



Place du recours à la vasectomie en Hauts-de-France : le regard des médecins généralistes

Jean-Charles Delvienne

► To cite this version:

Jean-Charles Delvienne. Place du recours à la vasectomie en Hauts-de-France : le regard des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03123210

HAL Id: dumas-03123210

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03123210>

Submitted on 27 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2020

Thèse n° 2020-183

Place du recours à la vasectomie en Hauts-de-France : Le regard des médecins généralistes.

THESE POUR LE DOCTORAT DE MEDECINE GENERALE
(DIPLÔME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement le 02 novembre 2020 par
Jean-Charles DELVIENNE

Président du Jury : Monsieur le Professeur Fabien SAINT

Juges :
Monsieur le Professeur Moncef BEN KHALIFA
Monsieur le Professeur Charles SABBAGH
Monsieur le Professeur Mathurin FUMERY
Madame le Docteur Rosalie CABRY-GOUBET

Directeur : Monsieur le Docteur Nicolas ROBIN



Remerciements

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Fabien SAINT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Chef de Service « Urologie-Transplantation »

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance pour avoir accepté de juger ce travail.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Moncef BEN KHALIFA
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction

Vous me faites l'honneur et le plaisir de participer à ce jury. Je vous remercie de votre confiance. Soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Charles SABBAGH
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Chirurgie digestive)

Je vous remercie pour votre participation à mon jury de thèse, en remerciant également votre frère Édouard pour avoir fait l'entremetteur. Soyez également assuré de ma plus sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Mathurin FUMERY
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Gastro-entérologie)

Je vous remercie d’avoir accepté de participer à mon jury de thèse si rapidement. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

Madame le Docteur Rosalie CABRY-GOUBET
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Histologie et Embryologie
Médecine et Biologie de la Reproduction et CECOS de Picardie
CHU Amiens Picardie, Centre de Biologie Humaine

Je vous remercie d’avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse et de juger mon travail. Je vous en exprime ma très sincère gratitude.

A mon directeur,

Monsieur le Docteur Nicolas ROBIN

Praticien Hospitalier

Chef de service de Médecine polyvalente du Centre Hospitalier de l'arrondissement de
Montreuil

Un grand merci à toi pour la suggestion de sujet et surtout pour avoir accepté de me diriger
dans ce travail. Et je te remercie également pour plein d'autres choses...

A Emilie, les mots ne seraient pas assez forts pour exprimer mes remerciements pour ton soutien indéfectible durant toutes les périodes difficiles que nous avons traversées. Merci d'avoir toujours cru en moi même quand je ne le méritais pas. La vie sera belle tant que je serai à tes côtés...Et aussi un très grand merci pour ton aide avec ce travail.

A ma mère, un grand merci pour toutes ces années à me soutenir dans ma vie personnelle comme professionnelle, avec l'amour maternel dont tu as toujours su faire preuve. Merci de m'avoir toujours fait confiance durant ma jeunesse ainsi que durant mon cursus médical.

A ma sœur, dont la force de travail ne m'a pas forcément servi d'exemple...mais dont l'amour m'a toujours apporté réconfort. Une pensée également pour mon neveu, en espérant que son avenir soit beau et heureux.

A mes grands-parents, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, avec une pensée émue pour ceux qui nous ont quittés.

A ma belle famille, merci à tous pour m'avoir toujours bien accueilli et m'avoir fait sentir comme un membre de la famille.

A mes amis, de tous horizons, pour leurs soutiens et leurs aides pendant toutes ces années. Un grand merci à mes amis et confrères, et tout particulièrement à Alex et Edouard, pour m'avoir fait confiance dès le début de mes remplacements et de m'avoir guidé dans cette voie.

A Coralie et David pour leur soutien durant les années difficiles et pour m'avoir fait l'immense honneur de devenir le parrain d'Anthime.

A mon père, pour son amour, son éternelle confiance en moi et dont la présence puis la perte ont fait de moi l'homme que je suis aujourd'hui.

SOMMAIRE

Introduction.....	1
I. Préambule.....	1
A) Anatomie.....	1
B) La vasectomie.....	2
1) Historique	2
2) Techniques.....	3
3) Cadre législatif.....	6
4) Comparatif entre la vasectomie et la stérilisation tubaire (type Essure)	7
II) Matériel et méthodes.....	8
A) Type d'étude	8
B) Echantillon.....	8
C) L'entretien	9
D) L'analyse	9
III. Résultats.....	10
A) Caractéristiques générales.....	10
B) Les connaissances sur la vasectomie.....	10
1) La prise en charge et le parcours de soin	10
2) L'efficacité de la méthode.....	11
3) La réversibilité.....	12
4) Les risques de la procédure	12
5) Le problème de la formation et l'information	12
C) La vasectomie dans leur pratique quotidienne	13
1) Un faible nombre de patients concernés.....	13
2) Un sujet difficile à proposer	13
3) Les raisons du choix vasectomie	13
4) Les explications du refus des patients.....	14
5) L'information du coté patient.....	14
6) La place des conjointes dans ce choix.....	15
D) La place de la vasectomie comme méthode contraceptive	15
1) Une méthode de dernier recours	15
2) Une méthode oubliée	16
3) Un intérêt indéniable nécessitant des améliorations.....	16
E) La différence avec les pays anglo-saxons : des pistes d'explications.....	16
1) La place de l'homme	16
2) La notion de virilité, une notion primordiale	17
3) Le manque d'information.....	17
4) Une origine sociologique	18
5) L'histoire.....	18
IV. Discussion.....	18
A) A propos de l'étude	18
1) Les forces.....	18
2) Les faiblesses	19
B) Le problème de la formation	19
C) Une méthode vue comme définitive et de derniers recours.....	20
D) La force négative de l'idéologie.....	21
E) Les pays anglo-saxons : un exemple à suivre ?	22
Conclusion.....	24
Bibliographie.....	25

Introduction

La question de la contraception et de ses différentes méthodes se pose au quotidien dans la pratique de tout médecin généraliste. En effet, En 2016, 92% des femmes concernées par la contraception ont déclaré utiliser un moyen pour éviter une grossesse (1). Le médecin généraliste est le premier recours lors de la prescription ou le renouvellement d'un moyen contraceptif. Il est également en première ligne lors des nombreux effets secondaires, souvent mal vécus, que provoque la contraception féminine. Un sondage récent rapporte que 19% des femmes arrêtent la pilule, principalement à cause des effets secondaires (2). En cela, la contraception masculine, et plus précisément la vasectomie, apporte une alternative (suivant le contexte) au problème de l'intolérance des différents contraceptifs par les femmes.

La loi du 4 juillet 2001 a permis à la vasectomie d'obtenir un cadre légal en France. Auparavant, la contraception définitive était régulièrement pratiquée, mais était considérée comme une mutilation physique et les médecins la pratiquant étaient seuls responsables malgré la demande et le consentement de leurs patients. Bien qu'elle soit légalisée depuis presque vingt ans, il existe une différence importante entre les pays sur le nombre d'hommes ayant subi une vasectomie. En effet, en 2013 elle représentait par exemple 21% des hommes en Grande-Bretagne contre 0,8% des hommes en France (3). Il est donc intéressant de tenter de comprendre quels sont les freins qui existent et expliquent le peu de recours à cette pratique dans notre pays.

De par son caractère central dans la prise en charge de la contraception, le médecin généraliste est confronté au quotidien à la demande de solution contraceptive, et ce, quelques soient les raisons des demandes. Alors que ces acteurs possèdent sûrement un point de vue sur cette méthode et sur les raisons de sa faible représentativité en France, peu de travaux se sont intéressés à la vasectomie et surtout aux ressentis des médecins généralistes sur cette pratique.

L'objectif principal de cette étude était de comprendre la place de la vasectomie en médecine générale comme méthode contraceptive au regard des raisons d'acceptation ou de refus des patients. L'objectif secondaire était de recueillir l'appréciation des médecins généralistes sur ce sujet et d'en analyser les déterminants d'un point de vue culturel, sociétal et éthique.

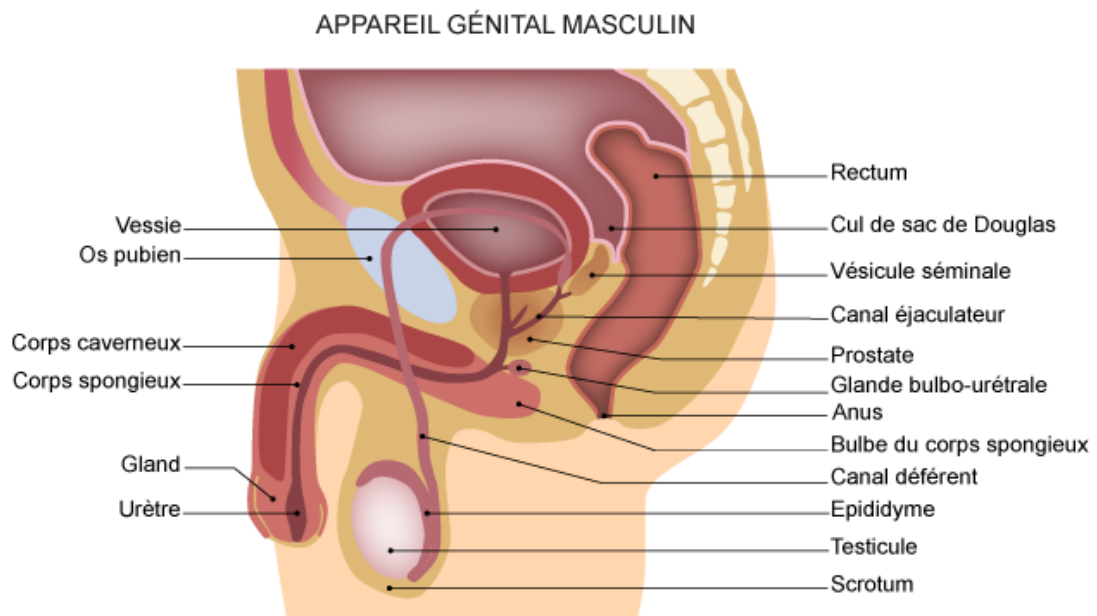
I. Préambule

A) Anatomie

L'appareil génital masculin est composé :

- De deux testicules, ayant une fonction exocrine (production des spermatozoïdes) et une fonction endocrine (sécrétion des androgènes).
 - Du tractus génital formé des voies spermatiques intra testiculaires, des voies spermatiques extra-testiculaires (canaux efférents, épидидymes, canaux déférents et canaux éjaculateurs) et des glandes annexes (vésicules séminales, prostate et les glandes bulbo-urétrales).
 - Puis le tractus uro génital qu'est l'urètre s'ouvrant à l'extérieur par le méat urinaire.
- (4)

Figure1 :



Le canal déférent, qui nous intéresse dans la vasectomie, permet d'acheminer les spermatozoïdes des testicules jusqu'à la prostate, permettant ainsi l'élaboration du sperme.

Le sperme est un mélange de sécrétions provenant des testicules, des épидидymes, de la prostate, des glandes bulbo-urétrales et surtout pour 2/3 de sa composition des vésicules séminales.

Il est constitué durant 2 phases de l'éjaculation :

- Emission avec sécrétion du liquide séminal, contraction du tractus séminal et fermeture du col vésical.
- Expulsion : contraction des muscles lisses urétraux et des muscles péri-anaux.

B) La vasectomie

1) Historique

Les premiers écrits historiques traitant de vasectomie datent du XIX^{ème} siècle. En effet en 1823, le chirurgien et anatomiste britannique, Ashley Cooper, démontre qu'une azoospermie sans atrophie testiculaire est possible après ligatures des canaux déférents chez le chien (5).

A partir de 1895, la vasectomie a supplanté la castration bilatérale en traitement des pathologies prostatiques comme l'hypertrophie, et ce jusqu'aux années 1940. Elle accompagnera également la chirurgie prostatique afin de prévenir les orchites avant l'avènement du traitement antibiotique.

C'est également à la fin du XIX^{ème} et début du XX^{ème} siècle que le physiologiste et urologue autrichien Eugen Steinach établit une distinction entre la fonction reproductrice des testicules et la fonction endocrine des cellules interstitielles. Après des expérimentations sur le rat, il imagine la vasectomie comme moyen de rajeunissement. C'est dans cette optique qu'il opérera de nombreux hommes importants de l'époque, tel que Sigmund Freud (5).

Pendant l'entre-deux-guerres, la vasectomie sera aussi employée dans le cadre de projets eugénistes. Entre 1928 et 1938, des lois imposant la stérilisation sont adoptées dans plusieurs pays européens (Suisse, Danemark, Suède, Finlande, Norvège, Estonie, Islande) mais surtout en Allemagne. En effet, le régime nazi fait adopter la loi du 14 juillet 1933 entraînant la stérilisation de 400 000 personnes, dont de nombreux hommes vasectomisés en raison de leur origine, de leur handicap, de leur hérédité ou de leur classe sociale (6).

Le développement de la vasectomie, en tant que méthode thérapeutique et eugéniste, permet aussi son développement comme méthode contraceptive. Les premières vasectomies clandestines connues ont eu lieu en Autriche en 1927. En France, l'arrestation d'opérateurs à Bordeaux en avril 1935 donnée lieu à l'« affaire des stérilisations ». Cette stérilisation d'hommes sains, physiquement et psychologiquement, entraîne une controverse largement rapportée par la presse de l'époque. En Autriche comme en France, les praticiens sont condamnés à des peines de prison ou des travaux forcés mais les stérilisés volontaires ne sont pas poursuivis.

Par ailleurs, elle devient une méthode courante de stérilisation dans les années 1960-1970 dans différents pays dits du tiers monde (l'Inde, le Bangladesh ou la Chine) et se développe aux États-Unis et en Australie. En revanche elle demeure illégale dans la plupart des pays européens où des filières s'organisent pour contourner l'interdiction.

En Europe, la première clinique de vasectomie ouvre en 1968 à Cardiff (Pays de Galles), quatre ans avant sa pleine légalisation (6).

En France, la situation est tout autre. En 1974, tandis que les hommes sont encore contraints de se rendre à l'étranger pour être opérés, la dépénalisation de l'avortement encourage la revendication de l'accès libre à la stérilisation masculine. Ce n'est pourtant qu'avec la loi du 4 juillet 2001 que la stérilisation à visée contraceptive est légalisée en France.

2) Techniques

La vasectomie est une méthode de stérilisation qui consiste à bloquer chirurgicalement les canaux déférents afin d'empêcher les spermatozoïdes de rejoindre et de se mélanger au sperme. En cela, la fonction endocrine des testicules est préservée, n'entraînant pas de pertes des caractères sexuels secondaires, de la libido ou des troubles de l'érection et de l'éjaculation. L'intervention se déroule sous anesthésie locale et selon deux méthodes différentes :

- La méthode conventionnelle : On pratique une incision médiane ou une double incision latérale afin d'avoir accès au canal déférent, qui sera ensuite isolé et sectionné (Figure 2 et 3). On conseille fréquemment d'exciser une petite portion de canal déférent afin d'éviter des reperméabilisations, et également de réaliser une analyse anatomo-pathologique.

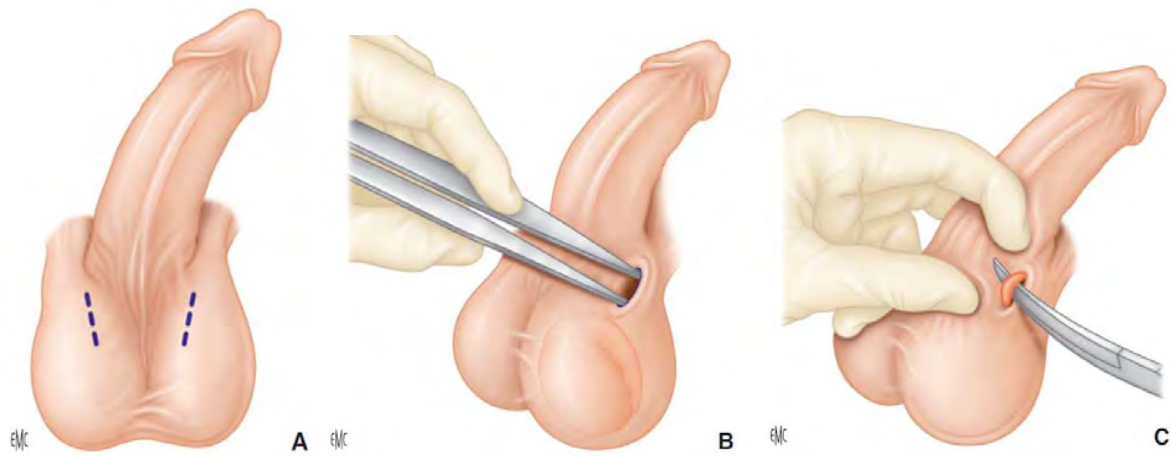


Figure 2 : Voie d'abord latérale

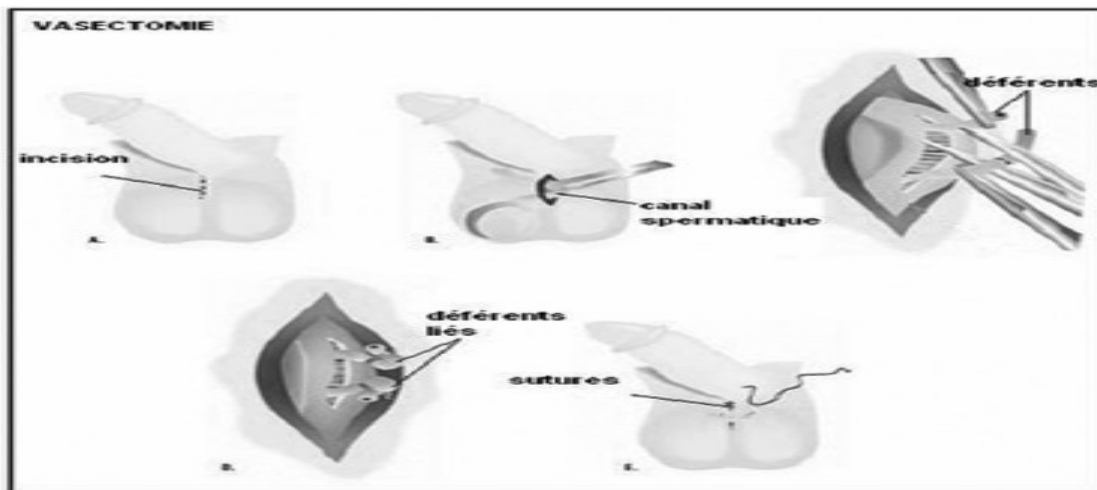


Figure 3 : Procédure

- La méthode par abord transcutané : Elle consiste à amener le canal déférent sous la peau puis à réaliser une anesthésie locale médiane. Ensuite la peau est incisée à l'aide d'une pince spécifique et les tuniques du déférent sont écartées ; puis il est extrait par cette incision avant d'être lié et sectionné (Figure 4). Cette technique a été développée en Chine. Elle permet une incision minime, ce qui permettrait moins de complications, essentiellement les hématomes (7).

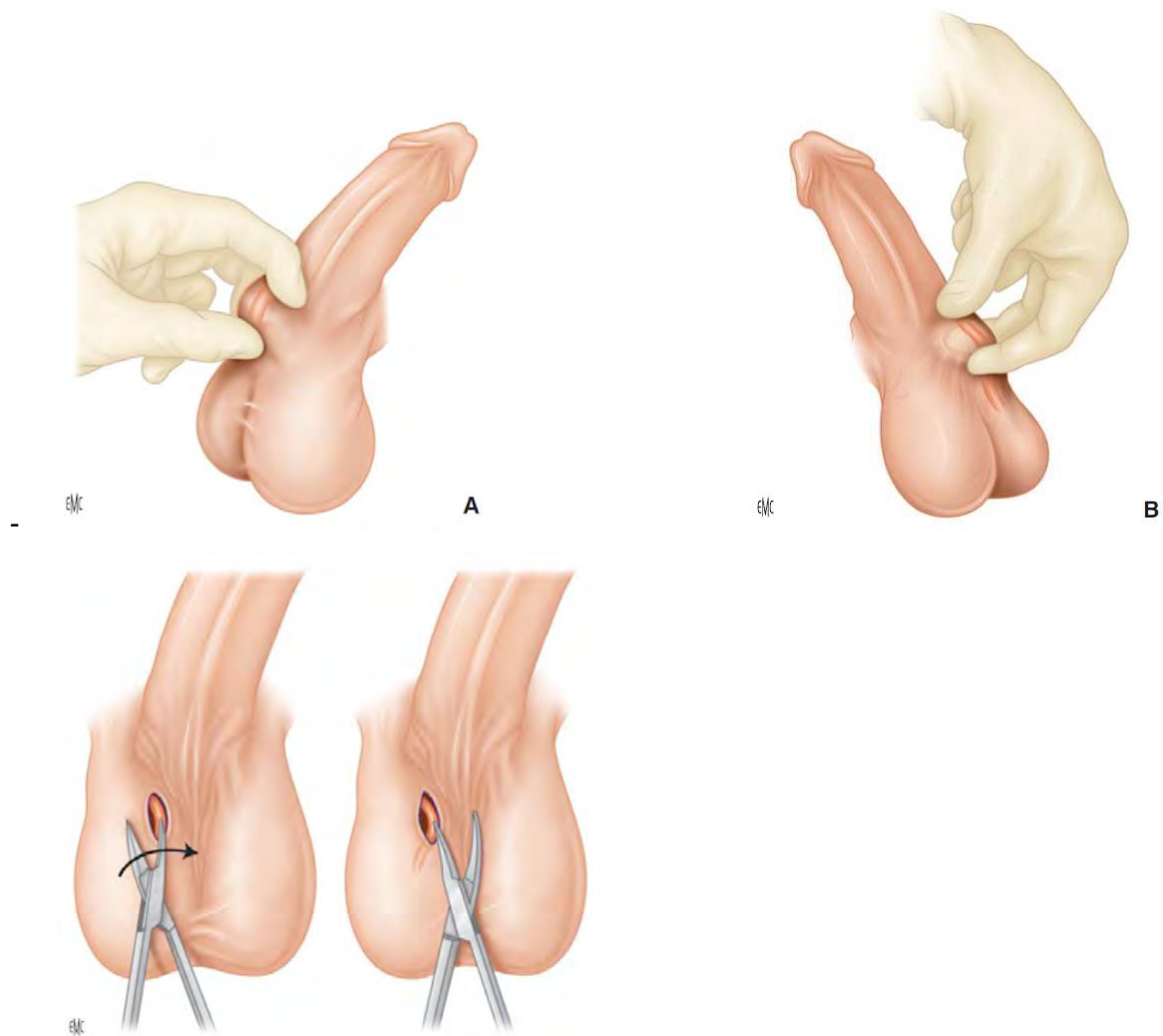


Figure 4 : Voie d'abord transcutanée

Pour les deux méthodes, il faut attendre un minimum de 20 éjaculats avant d'obtenir une azoospermie. Il faut donc réaliser un spermogramme de contrôle 3 mois après le geste et conserver un autre moyen de contraception en attendant la confirmation de l'azoospermie par le spermogramme. Avant l'intervention, le patient peut réaliser une auto-conservation de sperme au CECOS. Ce choix est rarement fait par le patient. Ainsi en cas de regret, il est possible de recourir à la procréation médicale assistée (FIV ou ICSI) (8).

Les complications de la vasectomie sont la douleur, les hématomes, les hémorragies, les infections, les orchépididymites, les granulomes et les retards de cicatrisation. Le taux de complications postopératoires est bas, environ 5%. La douleur et les hématomes sont les complications les plus courantes. Les hémorragies, les infections, les retards de cicatrisation sont rares. Les complications sont généralement bénignes et ne s'accompagnent que très rarement de réintervention chirurgicale.

La vasectomie est une technique efficace, le taux de grossesse avec cette méthode est de 1/800. Les échecs sont liés (9) :

- à des rapports non protégés avant que le sperme ne soit stérilisé, justifiant la réalisation du spermogramme de contrôle.
- au non respect de la procédure chirurgicale, opérateur dépendant.
- à la reperméabilisation précoce ou tardive du déférent, souvent lié à la formation d'un granulome.

Il existe une intervention réparatrice : la vaso-vasostomie sous microscope. Elle permet une reperméabilisation dans environ 75% des cas, et l'obtention d'une grossesse dans moins de 50 % des cas (10).

3) Cadre législatif

La vasectomie est reconnue comme une méthode contraceptive masculine depuis la loi du 4 juillet 2001 « relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception » Art L.2123-1 et -2. La loi permet d'encadrer la vasectomie sur le plan juridique. En effet, celle-ci ne peut être pratiquée que sur des personnes majeures, en libre conscience de leur acte et après une information éclairée sur les conséquences. (11)

L'acte sera pratiqué par un urologue formé à la pratique de la vasectomie, et ce, après une consultation préalable, la prise de connaissance d'un livret d'informations qui doit être remis au patient et un délai de réflexion de 4 mois. A la fin du délai de réflexion, le patient signera une fiche de consentement. (12)(13)

L'information de la conjointe n'est en aucun cas nécessaire même si elle est fortement recommandée.

4) Comparatif entre la vasectomie et la stérilisation tubaire (type Essure)

	Vasectomie	Stérilisation tubaire par hystéroscopie : méthode ESSURE
Définition	Méthode de stérilisation masculine qui consiste à sectionner ou bloquer chirurgicalement les canaux déférents qui transportent les spermatozoïdes	Méthode de stérilisation féminine qui consiste à bloquer les trompes utérines par la pose de micro-implants par voie vaginale à l'aide d'un hystéroscope
Anesthésie	Locale ou générale	Aucune, locale ou générale
Délai d'efficacité	Après 20 éjaculats, confirmée par un spermogramme à 3 mois	3 mois confirmée par une radio du bassin (+ hystérosalpingographie si doute)
efficacité	0,2 selon indice de Pearl	0,5 selon indice de Pearl
Risque / complication	Hématome, douleur aiguë ou chronique, infection, granulome, épididymite congestive	Échec pose implant, douleur pendant pose et après, perforation utérine ou des trompes, infection, allergie, hémorragie
contre-indication	Aucune	Grossesse en cours, naissance ou IVG datant de moins de 6 semaines, cervicites aiguës en cours, saignements anormaux non explorés
réversibilité	Vaso-vasostomie	FIV après section des implants, reperméabilisation impossible.
cicatrice	Scrotale : médiane ou bilatérale	Aucune

conditions logistiques	Réalisée par urologue, en ambulatoire, dans un établissement de soins de santé.	Réalisée par gynécologue formé pour cet acte, en ambulatoire, dans un établissement de soins de santé équipé du matériel d'hystéroscopie
Coût / remboursement sécurité sociale	57€ remboursé à 70 % par sécurité sociale	Environ 850€ remboursé à 70 % par la sécurité sociale sous condition : femme majeur de plus de 40 ans, avant 40 ans si contre-indications majeures aux contraceptions (hormonales, DIU) et pathologies contre-indiquant une grossesse .

Tableau 1 : Comparatif vasectomie/stérilisation tubaire type Essure® (14)

II) Matériel et méthode

A) Type d'étude

Dans le cadre de ce travail de recherche, une étude qualitative semblait la plus appropriée car celle-ci permettait d'avoir le point de vue ainsi que le ressenti des médecins généralistes. Bien qu'ils ne soient pas les exécutants de la vasectomie, ils ont une place primordiale au sein de la contraception dans son ensemble, c'est pourquoi il était important de recueillir leurs expériences et leurs réactions face à cette pratique.

B) Echantillon

Afin de permettre une bonne diversification des participants à cette étude, nous avons inclus des médecins généralistes des Hauts-de-France, aux caractéristiques différentes :

- Sexe féminin ou masculin
- Âges divers
- Exercice urbain, semi-rural et rural
- Situation maritale et enfants
- Confession religieuse

Le recrutement de ces médecins s'est fait par contact téléphonique et après accord verbal. Les médecins furent connus et choisis selon plusieurs cas :

- Au cours d'un remplacement
- Associés avec un praticien connu du chercheur,
- Implantés dans un lieu qui permettait de répondre aux critères de diversification

La saturation des données a été atteinte après le 13^{ème} entretien. En effet, cette dernière est obtenue lorsque plus aucune nouvelle notion n'apparaît dans les entretiens.

C) L'entretien

Les entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins généralistes, en face à face. Les entretiens individuels ont été privilégiés par rapport aux entretiens collectifs, afin de permettre confidentialité, confiance et anonymat. Les entretiens ont été enregistrés par le chercheur lui-même à l'aide d'une application dictaphone du téléphone de celui-ci.

Les entretiens étaient semi directifs, afin de permettre des questions ouvertes, facilitant l'échange libre mais encadré.

13 entretiens ont été effectués, ils ont tous été réalisés au cabinet des médecins interrogés, essentiellement avant le début de leurs consultations.

Les entretiens ont duré de 6 minutes 53 secondes à 11 minutes 24 secondes, pour une durée moyenne de 9 minutes et 9 secondes.

Les entretiens ont suivi une trame similaire dictée par le guide d'entretien réalisé au préalable, afin de permettre une homogénéité des questions et des relances.

Dans les jours suivants la rencontre, les entretiens ont été retranscrits sous Word permettant ainsi de constituer un verbatim servant de base de données pour l'étude.

D) L'analyse

Les verbatim obtenus ont ainsi permis un codage thématique en 4 grands codes principaux, chacun comprenant de multiples sous codes. Le codage a été réalisé par le chercheur lui-même, ainsi que par une tierce personne, avec mise en commun des différents codages. Enfin pour réaliser ce travail, le logiciel de traitement de données qualitative Nvivo 11 a été utilisé.

III. Résultats

A) Caractéristiques générales

Les diverses caractéristiques de la population interrogée ont été reportées dans le tableau suivant :

Médecin	Âge	Sexe	Situation maritale	Lieu d'exercice
MG1	62	F	Pacsée	Semi-rural
MG2	50	F	Divorcée	Semi-rural
MG3	38	M	En couple	Urbain
MG4	65	M	Marié	Urbain
MG5	37	M	Concubinage	Semi-rural
MG6	42	F	Concubinage	Semi-rural
MG7	57	M	Marié	Rural
MG8	52	M	Concubinage	Semi-rural
MG9	35	M	Pacsé	Semi-rural
MG10	41	F	Divorcée	Semi-rural
MG11	37	M	Marié	Rural
MG12	62	M	Marié	Urbain
MG13	57	M	Marié	Urbain

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins interrogés.

On notera que l'âge moyen des participants est de 49 ans. Tous les médecins interrogés ont des enfants (1,8 enfant de moyenne).

Sur les treize participants, dix se sont déclarés athées et trois catholiques.

On retrouve également 4 médecins ayant déjà eu un projet de vasectomie à titre personnel (ou le conjoint pour les femmes), mais aucun médecin n'a bénéficié d'une vasectomie.

B) Les connaissances sur la vasectomie

1) La prise en charge et le parcours de soin

a) L'unanimité sur la place de l'urologue

En effet, l'ensemble des médecins interrogés sait que le patient doit être adressé à l'urologue mais qu'il n'est pas forcément nécessaire de rencontrer son médecin traitant avant, comme le résume le MG8 « *Le patient doit rencontrer l'urologue. Il n'est pas forcément adressé par son médecin traitant.* ». Cependant, cela semble mieux de rencontrer son médecin traitant au préalable, toujours selon le MG8 « *Le patient peut aller voir l'urologue de lui-même ou alors on l'adresse. C'est mieux j'imagine, histoire de débrouiller le terrain.* ».

Seul le MG9 a parlé du consentement « *J'imagine qu'il doit signer un consentement.* »

b) Le délai de réflexion

Le délai de réflexion est une notion non acquise mais déduite par les médecins interrogés, MG9 « *J'adresse le patient à un urologue, qui lui laisse un délai de réflexion il me semble, de quelques mois...Je dirais 3 ou 4mois.... 4 mois en fait, comme la ligature.* ». Notons que la durée du délai de rétractation est déduite au regard de ce qu'ils connaissent, à savoir le délai de rétractation de la ligature des trompes, est donc de la contraception féminine.

c) Prise en charge par la sécurité sociale

Pour les médecins ayant abordé le thème de la prise en charge par la sécurité sociale, l'ensemble se trompe sur celle-ci et a mentionné qu'elle était de 100%, mais sans certitude, comme pour le MG1 « *Je pense que c'est pris en charge à 100 %* ».

2) L'efficacité de la méthode

La vasectomie est, pour l'ensemble des praticiens, une méthode avec une efficacité quasi parfaite comme le souligne le MG12 « *Ca marche à 99, 9% je pense.* » ou comme pour le MG11, avec une petite pointe d'humour « *La méthode est à 100% efficace, sauf si l'urologue a coupé le mauvais tuyau...(rire)* ».

Notons qu'un seul médecin a abordé la réalisation facultative d'un spermogramme de contrôle, MG5 « *De toute manière, je pense que l'on contrôle, quand même, après la procédure, on fait un spermogramme* ».

3) La réversibilité

La question de la réversibilité n'a fait aucun débat, car l'ensemble des praticiens s'accorde à dire que la vasectomie est une technique définitive comme le rappelle sobrement le MG8 « *Pour moi, c'est irréversible* ».

Cependant, il subsiste un questionnement ou doute chez certains, comme le MG9 « *J'imagine que l'on peut revenir en arrière mais les chances de redevenir fertile sont minimales* » ou le MG4 « *on peut se poser le problème si après les patients changent d'avis, est-ce qu'éventuellement il y a la possibilité d'une réversibilité.* »

4) Les risques de la procédure

La vasectomie est une technique qui ne présente pas de risques importants, et c'est une notion bien connue de l'ensemble des médecins interrogés. Ils rappellent également que cela reste un acte de chirurgie avec les risques inhérents à cela, comme le souligne le MG6 « *Comme tout geste chirurgical, il y a un risque infectieux, un risque d'hématome, et voilà. Après pas plus que le reste.* » ou le MG7 « *Il y a les risques chirurgicaux habituels mais c'est une intervention ambulatoire, elle me semble donc assez peu risquée.* ».

5) Le problème de la formation et l'information

Les praticiens interrogés s'accordent pour dire que la formation est très faible sur le sujet que ce soit durant le cursus, comme le souligne le MG12 « *On n'a quasiment aucune formation là dessus, je ne me rappelle pas en avoir eu à la fac* » et encore le MG 13 « *Si on se réfère à ce qu'on nous enseignait il y a 30 ans, quasi inexistant. Et encore je suis passé en urologie en stage.* ». L'avis est identique chez les praticiens plus jeunes, comme le MG11 « *Je crois que dans nos études, il doit y avoir une phrase là dessus, c'est tout.* ».

Le problème du manque de formation se poursuit même durant la vie professionnelle avec les formations médicales continues. Le MG5 indique « *Je pense en avoir entendu parlé durant mon cursus universitaire et depuis je n'ai pas eu une FMC dessus.* ». De même pour les articles médicaux comme le précise le MG9 « *C'est vrai que dans la littérature, on ne voit*

pas souvent passer des articles sur le sujet, pourtant je suis abonné à « la revue du praticien » ». Le manque de médiatisation du sujet est même mis en avant par le MG8 « On ne voit pas trop passer d'articles sur le sujet. C'est quand même très peu médiatisé. »

C) La vasectomie dans leur pratique quotidienne

1) Un faible nombre de patients concernés

Le nombre de cas varie peu entre les praticiens interrogés. En effet le nombre de patients ayant bénéficié d'une vasectomie oscille entre 1 et 5. Le MG13 n'a même aucun patient concerné « *À ma connaissance, je n'ai aucun patient ayant eu une vasectomie.* ». Certains médecins s'étonnent même du peu de patients vasectomisés dans leur patientèle, comme par exemple le MG1 « *un patient, depuis 1987, ça ne fait pas beaucoup* » ou encore le MG11 « *Un seul sur 1380 patients.* »

2) Un sujet difficile à proposer

En effet, le sujet de la vasectomie est un sujet difficile à aborder en consultation comme le souligne le MG10 « *C'est difficile de proposer directement au patient {...} C'est difficile à aborder avec tous les hommes.* ». Le MG11 regrette même parfois un peu la réaction des patients vis-à-vis de cette proposition « *Quand on propose ça, on a parfois l'impression d'être un extraterrestre. Du coup, les patients se posent beaucoup de questions.* ».

L'idée de la vasectomie est aussi fréquemment abordée par les patients eux-mêmes, comme pour le MG4 « *Ce sont toujours les patients qui ont demandé* ». Le MG6 a même eu des propositions émanant d'autre spécialiste « *Souvent c'était le gynécologue de la femme qui le proposait, plus que les patients eux-mêmes.* »

3) Les raisons du choix vasectomie

La vasectomie est un choix, et ce choix trouve son origine dans plusieurs raisons diverses. La principale raison rapportée par les praticiens est un problème de contraception chez la conjointe du patient comme le décrit le MG5 « *En majeure partie c'est un problème au niveau de la conjointe, au niveau de sa contraception* », ou encore pour le MG1 « *Des gens*

qui avaient des problèmes de santé, des femmes, qui ne pouvaient ni prendre la pilule ni autre chose, qui étaient trop jeunes pour faire une ligature. ». Les praticiens décrivent des patients qui souhaitent prendre le relais de la contraception dans le couple, comme le rapporte le MG3 « *Souvent on entend la phrase « ça fait 20ans qu'elle prend la pilule, je peux bien moi aussi faire un effort maintenant et faire le job » »* ou encore le MG9 « *Celle-ci avait déjà porté l'enfant {...} elle avait déjà pris la contraception, pilule ou stérilet, c'était à eux maintenant de porter la charge contraceptive ».*

Cependant il existe d'autres raisons ayant amené les patients à se tourner vers la vasectomie, comme le nombre d'enfants pour le MG11 « *Voilà, deux enfants, ils étaient certains de ne pas en vouloir d'autre. »* ou encore le désir de ne plus avoir d'enfants et le risque de grossesse pour le MG12 « *C'était une personne qui voulait être indépendante dans sa sexualité {...} La peur de se faire piéger et de se retrouver avec une paternité non désirée. ».*

4) Les explications du refus des patients

Même si la vasectomie est une méthode peu proposée en consultation ou amenée par les patients eux-mêmes, il n'empêche pas certains des praticiens interrogés d'essayer des refus, pour des raisons variées, comme pour le MG1 « *Ca faisait peur à la personne, à l'homme. Il avait peur que ce soit irréversible. »* ou pour le MG7 « *Le patient avait peur d'avoir des problèmes d'érection et d'éjaculation. Il avait peur pour sa vie sexuelle. ».* Plus étonnant, le MG10 rapporte les réponses des conjointes elles-mêmes, en lieu et place des hommes « *ce sont plutôt les femmes qui me disent « il voudra pas » ou « j'en ai déjà discuté avec lui, il ne veut pas » ».*

5) L'information du côté patient

Lorsque la vasectomie est une idée ou un choix du patient, celui-ci arrive en consultation déjà informé comme le souligne le MG6 « *Ils semblaient bien connaître le sujet, ils s'étaient renseignés d'eux-mêmes. »*, surtout à notre époque où la place d'internet est importante, MG1 « *Ils sont déjà informés, ils ont déjà regardé sur internet. ».*

Pour autant, internet n'empêche pas le médecin généraliste d'avoir une place importante dans l'information du patient, comme pour le MG12 « *Mais après il y a ce qu'on lit sur internet et après on veut la confirmation du professionnel de santé ».* La demande d'information à son médecin généraliste est bien confirmée par le MG5 « *Ils étaient justement en demande*

d'informations par rapport à la réversibilité, par rapport aux effets indésirables, par rapport essentiellement à la technique. ».

Le MG9 rapporte lui une demande plus précise des patients concernant l'urologue *« Ils m'ont demandé surtout un spécialiste référent, de confiance pour la réalisation du geste ».*

6) La place des conjointes dans ce choix

La vasectomie étant souvent choisie par les patients comme une méthode palliative à la contraception féminine, le rôle des conjointes est important comme le souligne le MG5 *« Il est important, un homme ne va pas faire une vasectomie pour lui spécialement, il va le faire surtout pour sa conjointe. »* ou pour le MG12 *« Quand c'est dans un couple stable, c'est hyper important. C'est vraiment une décision qui se prend à deux, et peut-être même beaucoup plus que dans la contraception féminine ».*

Même si la décision finale de réaliser une vasectomie revient à l'homme, l'entité couple a une place importante, selon le MG9 *« C'était une décision qui venait à chaque fois du couple mais mûrit par l'homme. C'est une décision personnelle qui vient d'une discussion de couple. »*

D) La place de la vasectomie comme méthode contraceptive

1) Une méthode de dernier recours

La vasectomie étant considérée par beaucoup de praticiens comme une méthode définitive, ils décrivent celle-ci comme une méthode de dernier recours, comme le souligne le MG5 *« Elle est plus ou moins irréversible, ce n'est donc forcément pas la première contraception que je proposerais dans mes consultations en premier lieu. »* ou encore le MG10 *« C'est une méthode de dernier recours très clairement car c'est une méthode définitive ».* Certains praticiens trouvent même que ce caractère quasi définitif n'est peut-être pas « à la mode » comme le MG3 *« C'est une méthode qui est quasiment définitive, donc je pense qu'elle n'est pas dans l'air du temps {...} de plus en plus d'hommes refont leur vie {...}, et certains n'ont pas envie de prendre le risque de ne pas pouvoir être « reproducteur » en fonction de leur vie notamment. »*

2) Une méthode oubliée

La vasectomie, pour beaucoup des praticiens interrogés, est considérée comme fréquemment oubliée, et ce pour des raisons diverses. Une des raisons évoquées est le peu de formation qu'ont les médecins généralistes, qui peut être associé au manque de demandes des patients, selon le MG7 « *On l'oublie car peu de patient l'aborde de leur côté et de notre côté, on est peu sensibilisé à la technique.* » et aussi le MG12 « *A cause de la faible fréquence de proposition, du manque d'abord des patients, et du manque de formation du côté praticien {...} en médecine, on oublie ce que l'on ne pratique pas.* »

Cet oubli de la vasectomie comme méthode contraceptive vient également de la vision que la contraception est une affaire féminine, comme le rappelle le MG5 « *Quand on pense contraception, on pense essentiellement pilule ou stérilet, la forme féminine {...} On a dans l'idée que la contraception est essentiellement féminine et on a tout de même tendance à oublier la contraception masculine.* »

Certains praticiens avouent même penser à la stérilisation tubaire avant la vasectomie, comme le MG9 « *C'est vrai que je n'y pense pas forcément et je vais même plutôt avoir tendance à proposer à la femme une ligature des trompes, qu'une vasectomie à l'homme.* ».

3) Un intérêt indéniable nécessitant des améliorations

Aucun médecin ne remet en doute l'intérêt important de la vasectomie, surtout par le prisme des problèmes rencontrés par les femmes avec la contraception comme le note le MG2 « *C'est à creuser et compte tenu des effets secondaires de la contraception, cela peut être intéressant.* » ou encore le MG13 « *C'est un sujet à aborder avec un angle de santé pour la conjointe* ».

Cependant, certains généralistes souhaitent des améliorations, toujours au niveau formation et information, comme le MG1 « *Du côté des médecins, faire un EPU par exemple, sur la vasectomie, ça pourrait être pas mal {...} Peut-être par des campagnes publicitaires, dans les médias* ».

E) La différence avec les pays anglo-saxons : des pistes d'explications

1) La place de l'homme

La place de l'homme dans la contraception, est plus généralement dans la société est une des pistes apportée par les généralistes pour expliquer cette importante différence, comme pour le

MG1 « Dans les pays anglo-saxons, l'homme va beaucoup plus partager, plus impliqué dans la contraception, alors qu'en France, c'est un problème de femme. » ou le MG12 « Même quand on aborde les sujets sur la contraception, on a l'impression que c'est un sujet complètement féminin, et pas du tout vu sous l'angle masculin des choses. ». Le MG13 expose son explication: « La place de l'homme, et même de la femme n'est sûrement pas la même non plus. Ils sont probablement plus progressistes. »

2) La notion de virilité, une notion primordiale

Une des principales explications à cette différence selon les généralistes, tient à la notion de virilité chez les hommes français, et même chez les hommes latins en général, comme le souligne le MG12 « Il y a souvent une différence entre les pays latins et les pays anglo-saxons. En France on a une vision latine des choses et peur de perdre un espèce de pouvoir par rapport à ça, la sexualité et la virilité. ». Le MG11 va même plus loin pour exprimer le problème de la virilité dans le contexte de la vasectomie « Je pense que pour l'homme, le fait d'être vasectomisé, dans l'inconscient collectif, dans notre culture, il a l'impression de se faire castrer et de perdre sa virilité {...} Dans notre inconscient collectif, de soignant, d'homme, c'est complètement soit tabou, soit vu comme une atteinte à la virilité. ».

Ainsi, certains considèrent la notion de virilité comme raison de la faible proportion de vasectomie en France, MG5 « La représentation des hommes par rapport à la virilité et par rapport à la puissance sexuelle, ce sont peut-être des éléments qui sont freinateurs. »

3) Le manque d'information

Une autre des pistes, très présente depuis le début, est le manque de formation et d'information des praticiens et des patients. Le MG5 indique « Le manque d'information, je dirais ça, que ce soit pour nous les médecins et aussi pour les patients », le MG9 ajoute « Le manque d'informations. On est sûrement aussi un peu responsables de ça, en tant que médecins. » Ou encore le MG10 « Le manque d'informations en général, si personne peut en parler autour d'eux ».

Quant à lui, le MG11 blâme les pouvoirs publics « Il y a une grosse insuffisance de la formation. Un gros déficit de communication aussi, des pouvoirs publics par exemple. »

4) Une origine sociologique

Un des autres arguments rapportés par les praticiens, est celui plutôt lié à un aspect socio-économique comme pour le MG3 « *Alors après aussi en Angleterre, économiquement, la vie est hors de prix, ils veulent moins d'enfants, démographiquement.* ».

Des considérations démographiques pouvant expliquer cette différence sont aussi évoquées comme par le MG7 « *La France a aussi un des plus gros taux de natalité en Europe. Ce n'est peut-être pas non plus dans notre nature de favoriser une contraception définitive.* » ou encore le MG11 « *Après je ne sais pas si en terme économique, c'est très bon de plaider pour des contraceptions définitives. Ils veulent peut-être pousser plus en terme de natalité.* »

5) L'histoire

Le fait que la vasectomie ne soit autorisée en France que depuis 2001 était totalement inconnu de l'ensemble des généralistes interrogés. En effet, certains des praticiens ont été surpris de l'aspect très récent de l'autorisation comme le MG10 « *2001...la vache, effectivement on a du retard* » ou encore le MG11 « *On a 40 ans de retard en fait.* ».

Aussi, le MG13 propose une piste tenant de l'histoire religieuse des pays anglo-saxons « *Les protestants, plutôt anglicans même, sont peut-être un petit peu plus ouverts psychologiquement sur le sujet.* ».

IV. Discussion

A) A propos de l'étude

1) Les forces

Le regard des médecins généralistes sur la vasectomie a été peu exploré jusqu'à maintenant, et en cela, fait l'originalité de ce travail. Le choix d'une enquête qualitative avec la réalisation d'entretiens semi-dirigés a permis une grande liberté de ton des praticiens interrogés, dans le respect de l'anonymat et de leurs idées. Cela a également permis de ressortir de multiples données, et ainsi des thèmes variés et larges.

Cette recherche a été menée rigoureusement pour répondre aux critères de validation.

Chaque participant, après avoir donné son consentement, a été prévenu de la démarche réalisée, et ce, avant le recueil des données. L'ensemble des entretiens s'est déroulé sans aucune perturbation. Le double codage a permis d'avoir un meilleur contrôle du codage thématique, jusqu'à la saturation des données.

2) Les faiblesses

Une des limites de l'étude peut venir de l'échantillonnage des participants. En effet, la parité homme/femme n'a pas été obtenue. On regrettera le manque également de participants exerçant en milieu rural, tout comme le manque de variété religieuse des médecins généralistes.

La façon de mener les entretiens a pu être différente parfois d'un praticien à l'autre, pouvant conduire à un biais d'investigation. En effet, malgré la volonté de rester le plus neutre possible, le fait de connaître certains d'entre eux a pu influencer l'interaction, la manière avec laquelle les questions ont été posées et par conséquent leurs discours.

La contraception, et surtout la vasectomie, sont des domaines touchant à l'intime et pouvant avoir une forte imprégnation idéologique. En cela, certains jugements pourraient prendre le pas sur des aspects plus scientifiques.

B) Le problème de la formation

Leur formation a été décrite unanimement par les praticiens comme un des problèmes expliquant le faible recours à la vasectomie. En effet, la majeure partie décrit une formation théorique très insuffisante voire quasi inexistante.

Ce ressenti a été corroboré par une thèse quantitative de 2013 de D.Monfort sur les déterminants à la recommandation de la vasectomie, qui montrait que 74% des praticiens interrogés jugeaient leur niveau de formation insuffisant, et que 56% d'entre eux aimeraient recevoir une formation sur le sujet (14).

De part les époques et les facultés côtoyées, la disparité de formation était attendue. Cependant l'ensemble des praticiens se rejoint sur le fait qu'il déplore leur niveau de formation, et plus particulièrement la formation reçue durant leurs études.

En France, un arrêté publié au journal officiel de 2013 liste les objectifs à acquérir durant le second cycle d'étude médicale. Ainsi en matière de contraception les objectifs sont :

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

Les modalités d'enseignement sont donc libres selon les universités et les enseignants (15).

L'arrêté du 19 octobre 2001 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales impose un enseignement théorique de 200 heures réparti sur 3 ans ainsi qu'un stage de 6 mois en gynécologie et/ou en pédiatrie. L'enseignement théorique exigé n'est pas détaillé et laissé libre à chaque département universitaire de médecine générale (16).

Ce manque de formation entraîne les praticiens à parfois favoriser la stérilisation contraceptive féminine à la vasectomie comme le souligne à nouveau l'étude de D.Monfort, 33% des médecins interrogés proposent seulement une contraception définitive féminine (14). Ceci pose un problème, car la méthode de stérilisation féminine par ligature des trompes nécessite un geste nettement plus invasif que la vasectomie, mais également, selon la HAS, la technique Essure® de stérilisation tubaire, n'a pas démontré de supériorité par rapport aux autres techniques de stérilisation féminine (17).

Au problème de formation s'ajoute également le problème de l'information. En effet, les praticiens décrivent un manque au niveau des pouvoirs publics qui ne promeuvent la vasectomie, ou encore au niveau des publications médicales à destination des médecins généralistes. Par exemple, « la revue du praticien » n'a proposé qu'un seul article sur la vasectomie comme sujet principal, en 2008.

C) Une méthode vue comme définitive et de derniers recours

Les médecins généralistes ont souvent évoqué l'irréversibilité comme un problème à la recommandation de la vasectomie comme méthode contraceptive. Un seul praticien connaissait la possibilité d'une méthode de reperméabilisation, même si celle-ci est encore peu fiable.

La vasectomie comme méthode de stérilisation, donc à visée définitive, amène les praticiens à ne proposer cette méthode qu'en dernier recours, quand toutes les méthodes de contraception féminine ont été essayées. Les entretiens ont bien mis en exergue que le recours à la vasectomie venait souvent d'hommes dont les conjointes avaient des problèmes avec leur contraception. Ce point de vue est bien souligné par une autre thèse qualitative de 2017 de l'université de Lyon (Theze.L), sur le vécu de patients ayant subi une contraception définitive. Il apparaît clairement que les patients arrivent à la vasectomie devant les difficultés contraceptives de leurs conjointes (18).

La place des conjointes et la notion de couple prédominent dans les demandes et les recours à la vasectomie. Les hommes subiront rarement de vasectomie de leurs propres chefs sauf certaines raisons marginales rapportées dans certains entretiens.

Cela est différent quand on s'intéresse au choix amenant les femmes à réaliser une contraception définitive. Dans l'étude « ESTHYPE », en 2007, la contraception définitive par procédé ESSURE faisait suite à un choix conjugal dans 33 % des cas et un choix personnel sans l'accord du conjoint dans 62 % des cas (19). La majorité des femmes dans cette étude avancent des raisons personnelles (les concernant directement) à ce choix définitif, à l'inverse des raisons amenant les hommes à bénéficier d'une vasectomie.

D) La force négative de l'idéologie

Le regard des généralistes a mis en avant un autre problème, celui de l'idéologie et plus précisément de la notion de virilité et de la place de l'homme. Le faible recours à la vasectomie peut aussi s'expliquer par le fait que la contraception a souvent cette image de quelque chose de féminin, d'un « problème de femme ». Cependant cette façon de penser semble s'atténuer avec le temps et l'évolution des mœurs. En effet, en 2012, un sondage téléphonique réalisé par le CSA sur un échantillon représentatif de 988 personnes, rapportait que seulement 7% des Français interrogés pensent que la contraception n'est qu'une affaire féminine contre 91% pensant que cela est une affaire de couple (20).

La notion de virilité est également fréquemment revenue dans nos entretiens car certains des refus des patients étaient motivés par la peur d'une atteinte à leur virilité et leur sexualité. Alors que la vasectomie n'affecte en rien la fonction sexuelle, cette idée reste fortement ancrée, devenant un frein à la recommandation de la vasectomie par les généralistes. Elle serait imaginée par les patients comme une perte de virilité, entraînant alors une diminution

d'une sorte de « puissance » marquée par la peur d'une perte de libido et des caractères sexuels, mais également de sa fonction reproductrice, de géniteur. La notion de perte de virilité se retrouve également dans le discours des femmes. En effet dans une enquête qualitative de 2007, celles-ci évoquent des répercussions éventuelles sur la virilité masculine, avec l'éventualité d'une fragilisation psychologique. Dans cette étude, les femmes associaient la virilité à la masculinité en terme de « pouvoir masculin » ou « d'intégrité corporelle et sentimentale », et se matérialise pour certaines dans l'intensité de la libido et l'érection (21).

De plus, l'évolution des mœurs, qui voit la plus fréquente séparation des couples avec la possibilité pour les hommes de refaire leur vie avec une autre compagne, peut entraîner à l'avenir une réduction du nombre de vasectomie, ou à l'inverse, une augmentation des vasovasostomie.

E) Les pays anglo-saxons : un exemple à suivre ?

Les chiffres de l'ONU sont limpides, le rapport des hommes vasectomisés entre la France et la Grande-Bretagne est de 1 pour 20. De nombreuses pistes peuvent être amenées pour expliquer cette différence. L'une d'elles est la relative autorisation récente de la vasectomie en France. La loi du 4 juillet 2001 est méconnue des généralistes. En 2013, sur 157 médecins généralistes interrogés, seulement 31% d'entre eux connaissaient cette loi et 26% ne proposaient pas la vasectomie par méconnaissance de la législation (14).

La France, dans ce domaine, a un retard conséquent face aux pays anglo-saxons, où la première clinique de vasectomie s'ouvrait en 1968, 4 ans après sa légalisation (6).

La virilité et la place de l'homme sont également évoquées par les médecins généralistes pour expliquer cette différence, la vision de l'homme étant jugée plus progressiste dans les pays anglo-saxons. En France, 22% des médecins réticents à proposer la vasectomie ne la proposaient pas pour des raisons idéologiques ou culturelles (14).

Le manque d'information est également à nouveau pointé du doigt par le généraliste. La première grande campagne légale de promotion de la vasectomie en Grande-Bretagne date de 1976 (6). En 2000, le british medical journal invitait même les français à faire du « tourisme vasectomique » (22). A l'instar, le site de santé publique France n'a aucune entrée lors de la recherche du mot clé « vasectomie ». Ce ressenti est validé par la thèse de D.Monfort qui

montre que 21% des médecins ne proposent pas la vasectomie par manque d'information sur le sujet (14).

On note également une différence au niveau de la prise en charge et des recommandations liées à la vasectomie. En effet, aux Etats-Unis, l'American Urology Association (AUA) a publié des recommandations très complètes afin de simplifier le protocole de suivi (23). A contrario, l'Association Française d'Urologie (AFU) n'a quasiment présentée aucune recommandation aux urologues français.

Aux Etats-Unis, une seule consultation voire même un simple entretien téléphonique peut suffire à programmer une vasectomie. Cette rapidité de prise en charge semble impossible en France, mais permet de « désacraliser » cette intervention.

Conclusion

Pour conclure, nous pouvons dire que la vasectomie est un moyen de contraception ayant de multiples avantages mais restant pour autant très peu pratiqué en France.

Du fait de la place centrale des généralistes dans la contraception, s'intéresser à leurs regards sur cette méthode nous paraissait pertinent. La réalisation de cette étude qualitative nous a permis d'obtenir leurs avis bruts, sans détours, nous offrant ainsi de mieux comprendre la situation singulière de la vasectomie dans notre pays.

Nous l'avons vu, sa faible représentativité en France peut s'expliquer par deux versants : le versant médecins et le versant patients.

En effet, il s'avère que les praticiens, malgré une bonne connaissance de la pratique, ont un regard très critique sur la formation et l'information délivrées sur la vasectomie en France. Ce point d'achoppement amène fréquemment les généralistes à délaisser la vasectomie, sans la proposer ou alors en favorisant dans un premier temps la contraception féminine. Des améliorations sur ce point, par notamment une plus grande implication des pouvoirs publics, pourraient amener la vasectomie à une meilleure diffusion dans la population.

Côté patients, comme vu précédemment, cette dernière ne touche pas qu'à une question médicale. Les médecins se heurtent parfois aux problèmes idéologiques et culturels que pose la vasectomie. Elle soulève des questions relatives à l'idéologie, à la sexualité et amène souvent à des discussions de couples.

Cependant, l'évolution des mœurs, la croissante amélioration de la parité au quotidien et la facilité de l'accès à l'information par internet pourraient, par la suite ouvrir la contraception au monde masculin, faire changer les idées sur la contraception en général et la vasectomie en particulier.

Nous pouvons imaginer que cela permettrait à la France de rattraper l'important retard qu'elle accuse face au pays anglo-saxons.

Bibliographie

1. Santé publique France : Mesurer l'évolution des comportements sexuels et contraceptif, du 16 juillet 2019. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/mesurer-l-evolution-des-comportements-sexuels-et-contraceptifs>
2. Sondage IFOP. Contraception : pourquoi les femmes délaissent la pilule, de septembre 2018 pour le site Illicomed : Disponible sur : https://www.illicomed.com/wpcontent/uploads/2018/09/115238_Rapport_Ifop_Illico_Med_11.09.2018.pdf
3. United nations : World contraceptive patterns 2013 ; Disponible sur : <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>
4. Kohler.C, L'appareil génital masculin, 2010-2011. Disponible sur <http://campus.cerimes.fr/histologie-et-embryologie-medicales/enseignement/histologie7/site/html/cours.pdf>
5. Soufir JC, Mieusset R, La contraception masculine, Jardin A, Izard V La vasectomie en France, p129-136, Paris, Springer,
6. Elodie SERNA, « De la castration thérapeutique à la vasectomie contraceptive », *Encyclopédie pour une histoire nouvelle de l'Europe* [en ligne], ISSN 2677-6588, 2016.
7. Brichart N, Bruyère. Vasectomie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales – Urologie, 2010 ; 41-430.
8. Hourie A. Evaluation des pratiques et impacts médico-économiques de la vasectomie : expérience monocentrique française. Thèse de médecine : Université de Rouen, 2016
9. Huyghe E, Blanc A, Nohra J, Khedis M, Labarthe P, Rouge D, Plante P, Vasectomie et chirurgie déférentielle : aspects légaux et techniques, Prog Urol, 2007. Disponible sur : <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/vasectomie-et-chirurgies-contraceptives-deferentielles-aspects-legaux-et-0>
10. HAS. Document de synthèse : Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Mars 2013.
11. Code de la santé publique Art L.2123-1 et L.2123-2 de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

12. Cormier L, Long JA, Contraception masculine Item 35-UE 2 AFU, Disponible sur : <https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/contraception-masculine.html>
13. Direction générale de la santé, Stérilisation à visée contraceptive. 2007. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret_sterilisation_a_visee_contraceptive.pdf
14. Monfort D. Déterminants expliquant le manque de recommandation de la vasectomie comme moyen de contraception par les médecins généralistes de Loire-Atlantique. Thèse de Médecine : Université de Nantes, 2013
15. Ministère de l'enseignement supérieur. Bulletin officiel n°20 du 16 mai 2013. Disponible sur : https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletinofficiel.html?cid_bo=71544&cbo=1
16. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales
17. Haute autorité de santé, commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé : avis de la commission du 29 mai 2012. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/essure-29_mai_2012_4062_avis.pdf
18. Theze L. Exploration du parcours et du vécu des personnes ayant une contraception définitive : enquête qualitative menée en Haute-Savoie. Thèse de Médecine : Université de Lyon, 2017
19. SCARABIN C, DHAINAUT C. Étude ESTHYPE. Stérilisation selon le procédé Essure® : vécu des femmes. Enquête multicentrique rétrospective. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. Nov 2007;35(11):1123-8.
20. Sondage CSA/Terrafemina de septembre 2012. Disponible sur : <https://www.terrafemina.com/vie-privee/famille/articles/17666-la-contraception-une-affaire-de-couple-pour-9-francais-sur-10.html>
21. Kalampalikis N, Buschini F, La contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires. Nouvelle revue de psychosociologie, p 89-104, Eres, Paris
22. Mayor S. French men invited to become « vasectomy tourist ». BMJ. 19 août 2000 ; 321(7259) :470.
23. American urological association. Vasectomy Guidelines. 2015. Disponible sur : <https://www.auanet.org/guidelines/vasectomy-guideline>

Annexe

Guide d'entretien :

Bonjour,

Actuellement remplaçant en médecine générale, je m'appelle Jean-Charles DELVIENNE. Un grand merci de me recevoir et de m'accorder du temps pour cet entretien de 15 minutes, qui sera enregistré et totalement anonyme.

Afin de terminer mon cursus, je prépare une thèse sur la contraception masculine, et plus précisément sur le recours à la vasectomie. En effet, la vasectomie n'est que peu utilisée en France, en comparaison des pays anglo-saxons.

1) Concernant vous même et votre exercice :

- a) Quel est votre âge?
- b) Quelle est votre situation maritale ? Avez-vous des enfants?
- c) Comment vous définiriez-vous d'un point de vue religieux?
- d) Quel est votre lieu d'exercice, son type et depuis combien de temps y exercez-vous?
- e) Personnellement, avez-vous bénéficié d'une vasectomie ou votre conjoint? Y avez-vous déjà pensé ?

2) Concernant vos connaissances sur la vasectomie :

- a) Que pouvez-vous me dire sur la vasectomie en terme de prise en charge? Le parcours de soins à réaliser?
- b) Comment jugez-vous le niveau d'information et de formation sur la vasectomie?
- c) Quel est votre point de vue sur l'efficacité de la méthode?
- d) Pensez-vous que la vasectomie soit une technique à risque?

3) Quelle est la place de la contraception masculine dans votre pratique quotidienne ?

- a) Avez-vous des patients vasectomisés, si oui avez-vous une idée du nombre ?
- b) Quand proposez-vous une vasectomie?
- c) Avez-vous déjà essuyé un refus suite à la proposition d'une vasectomie et quelle en était la raison?

- d) Si des patients sont demandeurs, quelle en est la raison? Comment sont-ils informés?
 - e) Quelle est la place des conjointes dans ce choix?
 - f) Quels ont été les retours des patients sur ce choix?
- 4) Quel est votre sentiment concernant la place de la vasectomie au sein de toutes les méthodes de contraception ?**
- 5) Sachant que la vasectomie est vingt fois plus pratiquée dans les pays anglo-saxons qu'en France, quels sont selon vous, les explications de cette différence ?**

Exemple d'entretien :

Entretien 5 – Juillet 2020

JC : Bonjour, actuellement remplaçant en médecine générale, je m'appelle Jean-Charles DELVIENNE. Un grand merci de me recevoir et de m'accorder du temps pour cet entretien de 15 minutes, qui sera enregistré et totalement anonyme.

Afin de terminer mon cursus, je prépare une thèse sur la contraception masculine, et plus précisément sur le recours à la vasectomie. En effet, la vasectomie n'est que peu utilisée en France, en comparaison des pays anglo-saxons.

JC : Quel est votre âge ?

MG5 : 37ans

JC : Quelle est votre situation maritale ?

MG5 : Je suis en couple, non marié.

JC : Avez-vous des enfants ?

MG5 : J'ai une fille

JC : Comment vous définiriez-vous d'un point de vue religieux ?

MG5 : Croyant mais non pratiquant.

JC : Quel est votre lieu d'exercice, son type et depuis combien de temps y exercez-vous?

MG5 : J'exerce à Breuil-le-sec, c'est un exercice semi-rural, et j'y suis installé en temps que collaborateur depuis 2017, et avant, j'y étais remplaçant depuis 6 ans.

JC : Personnellement, avez-vous bénéficié d'une vasectomie ou y avez-vous déjà pensé ?

MG5 : Non, ni l'un ni l'autre.

JC : Maintenant nous allons parler de vos connaissances sur la vasectomie. Que pouvez-vous me dire sur la vasectomie un terme de prise en charge ou sur le parcours de soins à réaliser ?

MG5 : La vasectomie pour moi, il y a une première demande de la part du patient, et ensuite il est adressé à un urologue. Il a un délai de réflexion, de mémoire qui est de 4 mois si cela n'a pas changé. Je pense qu'il doit rencontrer l'urologue dans un premier temps, ensuite il y a ce délai de réflexion qui s'enclenche. Il ne me semble pas que ce délai commence au moment où il rencontre son médecin généraliste. Du coup, l'urologue lui donne toutes les informations et après il a ce délai de réflexion, puis si il le désire, il réalise l'acte chirurgical.

JC : C'est tout à fait ça. Comment jugez-vous le niveau d'informations et de formations sur la vasectomie ? Au niveau des médecins ?

MG5 : Au niveau des médecins, à mon avis il est très peu développé, parce que moi je n'ai pas souvenirs qu'on m'ait parlé de la contraception masculine. On parle beaucoup de la contraception féminine effectivement, on n'a peu d'informations, je pense en avoir entendu parlé durant mon cursus universitaire et depuis je n'ai pas eu une FMC dessus.

JC : Vous n'avez jamais croisé de formations ou de lecture sur le sujet ?

MG5 : Non

JC : Quel est votre point de vue sur l'efficacité de la méthode ?

MG5 : Je pense que c'est très efficace. De toute manière, je pense que l'on contrôle, quand même, après la procédure, on fait un spermogramme.

JC : Ce n'est pas obligatoire, mais c'est mieux de réaliser un spermogramme, car il faudrait une vingtaine d'éjaculation avant que ce soit complètement efficace. Est ce que vous savez s'il y a une réversibilité ?

MG5 : Pour moi c'est irréversible. Mais peut être qu'il y a quelque chose.

JC : En effet, il y a une technique qui n'est pas parfait, avec une réussite autour de 70% et moins de 50% d'avoir une grossesse.

Maintenant on va parler de la place de la contraception masculine et de la vasectomie dans votre pratique quotidienne.

Avez-vous de patients vasectomisés et si oui avez vous une idée du nombre ?

MG5: Alors j'en ai un seul, j'ai un patient qui m'a fait une demande et qui a eu une vasectomie. Je connais un autre patient mais qui est suivi par ma collègue, donc moi j'en ai qu'un seul. Il a réalisé sa vasectomie en 2017, la première année de mon installation, qui était marié, qui depuis a divorcé.

JC : Est ce que cela vous est déjà arrivé de proposer une vasectomie ? Et quand ?

MG5: Alors ça ne m'est jamais arrivé moi personnellement de proposer une vasectomie. J'en ai déjà discuté avec des couples quand, notamment, plus facilement avec la femme quand elle avait des problèmes de contraceptions, dans ce cadre là où on pouvez être amené à parler des autres moyens de contraceptions, donc du coup d'évoquer la vasectomie pour son mari, mais rarement directement avec un homme, je ne l'ai jamais proposer sans qu'il m'en parle lui.

JC : Si des patients sont demandeurs, quelle en est la raison ?

MG5 : En majeure partie c'est un problème au niveau de la conjointe, au niveau de sa contraception

JC : Les patients vous semblent-ils informés ?

MG5 : Non, non, ils étaient justement en demande d'information par rapport à ça, par rapport à la réversibilité, par rapport aux effets indésirables, par rapport essentiellement à la

technique, et toujours cette crainte d'avoir des troubles de l'érection. Ce sont les craintes essentielles des gens.

JC : Avez-vous déjà essuyé un refus lors de la proposition d'une vasectomie ?

MG5 : Non, vu que je l'ai rarement proposé. Directement de la part d'un patient non, après quand il en parle avec leur femme, il y a plus de refus au niveau du couple.

JC : Quelle est la place des conjointes pour vous, dans ce choix ?

MG5 : Alors il est important car je pense que malgré tout, qu'un homme ne va pas faire une vasectomie pour lui spécialement, il va le faire surtout pour sa conjointe. Je pense que la place est importante dans leur décision commune. Mais moi, dans mon propos et dans mon rapport avec le patient, la fois où il est venu en parler, il était tout seul. Sa femme m'avait posé la question avant, au cours d'une consultation, puis après il est venu, donc je pense que la part est importante au sein de leur couple.

JC : Quel fut le retour du patient sur ce choix ?

MG5 : Il était plutôt satisfait, il avait des craintes concernant les troubles de l'érection mais il n'a pas eu d'effets à ce niveau là. Donc plutôt satisfait, voir même content, il était sûr de ne pas avoir d'autres enfants. Plutôt retour positif.

JC : Donc maintenant nous allons un petit réfléchir sur la situation. Quel est votre sentiment concernant la place de la vasectomie au sein de toutes les méthodes de contraception ?

Pensez-vous que c'est une méthode importante ? Oubliée des praticiens ou des patients ?

MG5 : Sa place, elle est un peu particulière parce que moi je l'envisageais comme une contraception définitive, donc irréversible, du coup par forcément la première place au niveau de la contraception. Ce serait obligatoirement dans une contraception de couple avec un homme, qui ne doit pas forcément avoir eu des enfants avant de l'envisager. Pour moi ce n'est pas forcément dans la première place, dans le sens qu'elle est plus ou moins irréversible, ce n'est donc forcément la première contraception que je proposerais dans mes consultations en premier lieu.

JC : Est-ce que vous pensez qu'elle est un petit peu oubliée par les praticiens ?

MG5 : Oui je pense qu'elle est un petit peu oubliée. On a dans l'idée que la contraception est essentiellement féminine et on a tout de même tendance à oublier la contraception masculine. On y pense dans le cadre d'une contraction associée à une MST, avec le préservatif. Quand on pense contraception, on pense essentiellement pilule ou stérilet, la forme féminine, donc oui on peut dire qu'elle est oubliée.

JC : Sachant que la vasectomie est vingt fois plus pratiquée dans les pays anglo-saxons qu'en France, quelles sont, selon vous, les explications de cette différence ?

MG5 : Je pense qu'elle est culturelle, peut-être religieuse. Nous, nous sommes peut-être plus hésitant sur les actes chirurgicaux. Ce qui pourrait expliquer cette différence...c'est peut-être socialement le rapport des hommes par rapport à la contraception. La représentation des hommes par rapport à la virilité et par rapport à la puissance sexuelle. Ce sont peut-être des éléments qui sont freinateurs.

JC : Merci

Résumé :

Contexte. Le médecin généraliste est le premier recours lors de la prescription ou le renouvellement d'un moyen contraceptif, mais également lors des effets secondaires de la contraception féminine. La vasectomie apporte donc une alternative aux problèmes d'intolérance des différents contraceptifs. En effet, elle consiste à bloquer chirurgicalement les canaux déférents afin d'empêcher les spermatozoïdes de rejoindre et de se mélanger au sperme, sans altérer la fonction endocrine des testicules. Cependant celle-ci est sous représentée en France car, en 2013, seulement 0,8% des hommes étaient vasectomisés contre 21% en Angleterre. L'objectif de cette étude était de comprendre la place de la vasectomie comme méthode contraceptive en médecine générale.

Méthode. Une étude qualitative par entretien semi-directif individuel en face-à-face auprès des médecins généralistes des Hauts-de-France, avec par la suite retranscription et analyse par codage thématique.

Résultats. 13 médecins généralistes ont été interrogés. Cela a montré que malgré une connaissance de la pratique, ils déploraient l'insuffisance de leur formation, et celle de l'information dont ils disposaient. La recommandation de la vasectomie se heurtait fréquemment aux limitations dues aux médecins eux-mêmes, vis à vis d'une méthode définitive, mais également à la réticence des patients, liée à des raisons plus idéologiques. Toutefois, les problèmes de contraception des conjointes amènent fréquemment les médecins et les patients à aborder le recours à la vasectomie. Ces différents facteurs, couplés à la récente autorisation de la vasectomie (2001), sont des pistes apportées par les généralistes pour expliquer l'écart avec les pays anglo-saxons.

Conclusion. La mise en exergue des facteurs freinateurs au recours à la vasectomie par les médecins généralistes ainsi que les points d'amélioration, permettent de voir que la place de celle-ci ne peut que grandir au sein des méthodes contraceptives, et ainsi rattraper le retard que la France accuse dans ce domaine.

Mots clés : Vasectomie ; Contraception ; Médecine générale ; Recherche qualitative.

Summary :

Context. The general practitioner is the first resort when prescribing or renewing a contraceptive method, but also for the side effects of female contraception. Vasectomy provides an alternative to the problem of intolerance of different contraceptives. Indeed, it consists of surgically blocking the vas deferens to prevent spermatozoa to join and mix with the sperm, without altering the endocrine function of testicles. However, it's under represented in France, because, in 2013, only 0,8% of men had vasectomized compared to 21% in England. The objective of this study was to understand the place of vasectomy as a contraceptive method in general medicine.

Method. A qualitative study by semi-structured individual face-to-face interview with general practitioners in Hauts-de-France, with transcription and analysis by thematic coding.

Results 13 general practitioners were interviewed. These have shown that despite a knowledge of the method, they deplored the deficiency of their training, as well as the information available to them. The recommendation of vasectomy frequently encountered limitations due to the doctors themselves with regard to a definitive method but also to the reluctance of patients, linked to more ideological reasons. However, wife's contraceptive problems frequently lead doctors and patients to discuss of vasectomy. These various factors, coupled with the recent authorization of vasectomy (2001), are reasons provided by general practitioners to explain the gap with Anglo-Saxons countries.

Conclusion. Highlighting the factors that slow down the use of vasectomy by general practitioners, as well as improvements, allow to see the place of this one can only grow within contraceptive methods, thus catch up the delay that France is showing in this field.

Keywords :Vasectomy ; Contraception ; General practice ; Qualitative research.