



HAL
open science

“ Et si on parlait vasectomie ? ” Étude des besoins et motivations pour une formation théorique des médecins généralistes : étude qualitative à visée exploratoire

Charlotte Abballe

► **To cite this version:**

Charlotte Abballe. “ Et si on parlait vasectomie ? ” Étude des besoins et motivations pour une formation théorique des médecins généralistes : étude qualitative à visée exploratoire. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03463645

HAL Id: dumas-03463645

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03463645>

Submitted on 2 Dec 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 CÔTE D'AZUR

ANNEE 2021



THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Pour l'obtention du diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

« Et si on parlait vasectomie ? »

**Etude des besoins et motivations pour une formation théorique
des médecins généralistes : Etude qualitative à visée exploratoire**

Présentée et soutenue le 28 octobre 2021,

A la faculté de Médecine de Nice

Par **Charlotte ABBALLE**

Née le 24 septembre 1989, à Saint Georges de Didonne (17)

MEMBRES DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur David DARMON

Assesseurs :

Madame le Docteur Gaëlle CALEMCZUK

Monsieur le Docteur Christian CASTAGNOLA

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Stéphane MUNCK



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Merci au Professeur Darmon de m'avoir fait le grand honneur de présider mon jury de thèse.

Merci au Docteur Munck de m'avoir guidée tout au long de mon travail ; et ce, malgré le rythme irrégulier de mon travail de recherche.

Merci au Docteur Castagnola d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Merci au Docteur Calemczuk de m'avoir inspiré ce sujet grâce à sa pratique complète, réfléchie et bienveillante envers les patients. Vous et le Docteur Derochet m'avez fait découvrir la médecine générale et transmis le goût de la profession. Vous avez été un fabuleux binôme de Maîtres de stage.

Merci au Docteur Tétart et Docteur Bouchez pour leurs précieux conseils lors des cellules de thèse qualitative.

Merci à Didier Lacassagne, pour son aide lors de la recherche bibliographique.

Merci à Laure de m'avoir éclairée sur la méthodologie qualitative.

Merci à Clémence d'avoir analysé et discuté avec sérieux de l'ensemble des entretiens menés.

Merci à l'altruisme de tous les médecins qui ont participé à cette étude.

Merci à Catriona pour sa traduction.

Merci à ma famille, toujours présente dans les moments difficiles. Vous m'avez soutenue tout au long de mon parcours médical.

A ma grande famille.

A mes grands-parents et Nonno Vincenzo : ce l'ho fatta !

A toutes les belles personnes rencontrées sur les bancs de la fac, avec qui nous avons vécu de très bons et moins bons moments : Raphaël, François, Jacques, Laure, Charles, Serena, Manue, Maylis, Lucille, Sarah, Pierre-Arthur, Mohamed, Kathy, Khadija, Adrien, Alfiya, Massy, Marie, Anne-Sophie, Mirabela, Martin et Elise. Je vous souhaite beaucoup de plaisir et de satisfaction dans notre mission de soin.

A mes amis de Royan, Bordeaux, Milan, Nice et La Rochelle qui font de ma vie ce qu'elle est.

A mon parrain Pascal et ma marraine Martine qui ont pris leur rôle à cœur et toujours veillé sur moi.

A l'équipe enseignante et aux médecins rencontrés pendant l'internat qui ont donné un nouveau souffle à mes études médicales : les merveilleuses équipes médicales et paramédicales de pédiatrie à Grasse, de Médecine Générale d'Urgence au CHU Pasteur de Nice, de médecine polyvalente à Gassin, de cardiologie à Cannes et de gynécologie à La Rochelle.

A Olivier mon tout.

A la vie...

LISTE DES ABREVIATIONS

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

DPC : Développement Personnel Continu

DU : Diplôme Uuniversitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

MG : Médecin Généraliste

MSU : Maitre de Stage des Universités

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	12
MATERIEL ET METHODE	14
1 - Plan expérimental.....	14
2 - Recrutement des participants	14
3 - La grille d'entretien	15
4 - Retranscription et analyse des données	15
RESULTATS	16
1 - Représentations des médecins généralistes des ressources mobilisables sur la vasectomie	17
a - Origines des connaissances actuelles des médecins généralistes sur la vasectomie.....	17
b - Outils d'information actuels sur la vasectomie et les freins à leur utilisation.....	17
2 - Représentations des médecins généralistes des bénéfices attendus d'une formation théorique sur la vasectomie.....	18
a - Penser à évoquer la vasectomie	18
b - Argumenter la solution de la vasectomie	18
c - Etendre la discussion de la vasectomie à de nombreuses situations	18
d - Gestion péri-opératoire par le médecin généraliste.....	19
3 - Formation théorique à la vasectomie : motivations et freins	19
a - Une volonté bien présente de se former	19
b - Esquisse d'une formation à la vasectomie.....	20
c - Les freins à une formation théorique sur la vasectomie.....	20
4 - Autres solutions que la formation théorique des médecins généralistes	21
a - Autres acteurs que les médecins généralistes	21
b - Dossier numérisé d'information des patients sur la contraception définitive masculine et féminine	21
c - Plaquette informative.....	22
d - Check-list.....	22
5 - Éléments influençant le médecin généraliste dans sa pratique	22
DISCUSSION	23
1 - Principaux résultats	23
2 - Analyse des résultats confrontés à la littérature.....	24
3 - Forces et limites de l'étude	25
4 - Perspectives de l'étude	27
CONCLUSION.....	28
REFERENCES.....	29
ANNEXES.....	33
1 - ANNEXE 1 : Comparaison de la proposition contraceptive des médecins anglais et français.....	33
2 - ANNEXE 2 : Définition Rural, Semi Urbain, Urbain.....	34
3 - ANNEXE 3 : Première version du guide d'entretien.....	35
4 - ANNEXE 4 : Dernière version du guide d'entretien	36
5 - ANNEXE 5 : Dossier numérisé d'information des patients sur la contraception définitive masculine et féminine	37
6 - ANNEXE 6 : Plaquette récapitulative du planning familial anglais.....	38
RESUME	39
ABSTRACT.....	40
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	41

INTRODUCTION

A l'échelle mondiale, la première méthode contraceptive est la stérilisation féminine (24%), puis le préservatif masculin (21%), et enfin le dispositif intra-utérin (17%) ainsi que la pilule contraceptive (16%)¹. En France, les données retrouvent la contraception orale comme étant largement majoritaire soit 43,4 % des femmes de 18 à 44 ans en 2013². Cette dernière représente une dépense de santé (coût annuel de 42 à 143 euros)³ et demeure un médicament avec des effets secondaires, une surveillance et des contre-indications dont le nombre augmente avec l'âge. Comparativement, la stérilisation à visée contraceptive ou la contraception définitive ne représente que 3,4 % des moyens de contraception et est très majoritairement féminine (85 % contre 15 % pour les hommes)¹. Or la vasectomie présente au moins trois grands avantages : elle est responsable de vingt fois moins de complications que la stérilisation tubaire féminine⁴, elle est plus efficace que cette dernière (indice de Pearl pratique de 0,15 contre 0,5 pour la stérilisation féminine)⁵ et est sensiblement moins chère (60,27 euros contre 167 euros pour la stérilisation tubaire)⁶. La balance bénéfice/risque est en faveur de la vasectomie pour la contraception définitive du couple, surtout depuis le retrait des ESSURE®, imposant dès lors une contraception définitive féminine par coelioscopie ou laparotomie.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 fait de l'information sur l'ensemble des méthodes disponibles, une obligation légale pour les prescripteurs⁷. Or plusieurs études montrent une hétérogénéité dans la proposition contraceptive selon les praticiens consultés (cf annexe 1)^{7 8 9}.

La vasectomie est une intervention pratiquée à grande échelle dans certains pays, notamment en Asie (Chine, Inde)¹⁰ ou encore dans certains pays anglosaxons : elle concernait en effet jusqu'à 20 % des couples au Canada, Angleterre et Nouvelle-Zélande en 2013¹¹. En France cette pratique reste encore très marginale (moins de 3000 opérations par an¹², soit environ 0,5% de la population concernée)¹. Cette différence a été souvent étudiée et de nombreux facteurs ont été mis en évidence qu'ils soient culturels, législatifs ou liés au système de santé^{7 13 14}. Par exemple, la législation française a limité la diffusion de cette technique chirurgicale. Ainsi, il a fallu attendre la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001¹⁵ pour que la ligature des canaux déférents puissent (dorénavant) être pratiquée sans craindre le délit de « mutilation ».

Concernant la vasectomie dans la pratique actuelle du médecin généraliste (MG), une étude de 2013 a étudié les principaux freins concernant cette technique. Pour 87 % des MG, ces freins étaient le manque de connaissance ou une autre cause modifiable comme le désengagement de

l'homme dans la contraception, l'oubli que la méthode existe, le peu de demandes des patients ou les fausses-idées du médecin¹⁶. En 2013, la haute autorité de santé (HAS) a publié un état des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée³. Dans ce rapport, l'HAS note comme freins principaux : la difficulté du médecin de se retrouver en marge de sa position thérapeutique habituelle, la contrainte de temps, l'influence des industriels du médicament ainsi que la clause de conscience des médecins. Elle retrouve également le manque de formation médicale initiale ou continue. Récemment une étude qualitative sur la vision de la vasectomie par le MG a décrit trois profils de médecins : les MG favorables et renseignés, les MG concernés ou non opposés et les MG désintéressés ou opposants⁹. Cette étude montrait également que même les MG les moins enclins à proposer la vasectomie à leurs patients seraient intéressés par une information sur ce thème.

La littérature en pédagogie médicale montre que la planification d'une formation est une démarche méthodique comprenant notamment l'analyse des besoins de formation^{17 18}. Ancrés sur la pratique, les besoins d'apprentissage doivent être identifiés par l'apprenant lui-même. A ce jour, il n'existe pas d'étude ayant exploré les actions envisagées par les MG pour se familiariser avec la contraception masculine et ainsi pallier au manque d'information de leurs patients.

Ainsi l'objectif de notre travail est d'étudier les besoins et les motivations des médecins généralistes sur une formation théorique à la vasectomie.

MATERIEL ET METHODE

1 - Plan expérimental

Pour une approche exploratoire, la méthode d'étude qualitative est la plus adaptée. En effet, des travaux ont montré que la rédaction des objectifs prend tout son sens si elle découle des besoins de formation démontrés et surtout ressentis par ceux-là même qui doivent acquérir les compétences nécessaires pour accomplir des tâches professionnelles concrètes¹⁷. Or Les techniques d'enquête de type entretien semi-structuré permettent de recueillir des faits, des opinions ou des attitudes¹⁸.

Cette étude qualitative avec analyse par théorisation ancrée a été menée au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes de décembre 2019 à décembre 2020.

Cette étude non interventionnelle menée auprès de professionnels de santé ne nécessitait pas d'avis du comité de protection des personnes. Elle a fait l'objet d'une déclaration de conformité MR-004 à la Commission nationale de l'informatique et des libertés puis d'un enregistrement dans le répertoire de l'Institut National des Données de Santé (INDS) numéro I44150606202020.

L'auteure, elle-même investigatrice a réalisé les entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes. Les 16 entretiens ont été anonymisés par l'investigatrice et numérotés de MG1 à MG16. L'analyse du matériau collecté par théorisation ancrée a également été effectuée par l'investigatrice mais aussi par un médecin co-codeur. Ce dernier avait préalablement participé à l'étude, il s'agit de MG4. La synthèse de l'analyse de l'investigatrice et de celle du co-codeur a permis de faire émerger de nouveaux concepts. Ceux-ci faisaient l'objet d'une recherche bibliographique par l'investigatrice et engendraient des modifications itératives du guide d'entretien.

2 - Recrutement des participants

L'unique critère d'inclusion était la profession de médecin généraliste. Le critère d'exclusion était d'avoir un mode d'exercice particulier exclusif (allergologie, expertise, ...). Un échantillonnage raisonné en recherche de variation maximale a été effectué selon l'âge, le sexe, le lieu d'exercice rural ou urbain (cf annexe 2), le mode d'exercice actuel (MG installé ou remplaçant), la carrière universitaire et l'âge de la relation médecin-patient.

Tous les MG ont été recrutés en Charente Maritime et à La Réunion. Certains MG ont été choisis à partir du carnet d'adresse de l'auteure puis par effet « boule de neige ». Un médecin a été recruté par l'intermédiaire du réseau des épidémiologistes de veille sanitaire de l'île de La Réunion. La plupart des médecins ne faisaient pas partie du répertoire professionnel de l'investigatrice et aucun ne connaissait précisément le sujet avant le début de l'entretien.

Les entretiens se sont déroulés au domicile ou au cabinet du participant, sans tiers présent. Chaque MG n'a été interrogé qu'une seule fois.

3 - La grille d'entretien

Le guide d'entretien a été testé sur un médecin généraliste volontaire extérieur à l'étude et ce test n'a pas entraîné de modification des questions. Dans l'esprit inductif de la théorisation ancrée, le guide de départ a été enrichi tout au long de l'étude par l'analyse des premiers entretiens et l'apport de la bibliographie. Des questions ont disparu du guide d'entretien soit parce que nous étions arrivés à saturation des données soit parce qu'elles étaient mal formulées ou finalement jugées hors sujet (cf. annexes 3 et 4). Trois questions fermées ont permis de renseigner trois caractéristiques des participants lors de l'entretien. Il s'agit de l'évocation récente ou répétée de la vasectomie lors d'une consultation, l'habitude des consultations contraception et le suivi d'une formation médicale continue par le MG.

4 - Retranscription et analyse des données

Les données des entretiens ont été enregistrées grâce à un dictaphone et un téléphone. Chaque entretien a été anonymisé et retranscrit mot à mot sur un logiciel de traitement de texte (Word®), en incluant le langage non verbal et les commentaires en « off » des MG sous forme de « note » à la fin de la retranscription.

Les retranscriptions d'entretien et résultats de l'étude n'ont pas été renvoyés aux MG pour correction. Néanmoins les autres critères de scientificité de l'étude ont été vérifiés à l'aide de la grille consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)¹⁹.

L'analyse a été menée par théorisation ancrée, selon le modèle de Glaser et Strauss²⁰. Un premier codage, ouvert, a été effectué de manière indépendante par l'auteure et un médecin co-codeur, grâce au logiciel QSR NVivo12®. Les résultats d'analyse des entretiens étaient confrontés entre les co-codeurs et permettaient la définition de nouveaux nœuds et sous nœuds de sens. L'auteure a aussi au fur et à mesure fait émerger des thèmes majeurs et mineurs, par l'analyse des ressemblances et des différences d'une majorité des nœuds de sens et sous-nœuds

de sens²¹. Ces thèmes sont nommés « ensembles » dans NVivo 12[®] et permettent la construction théorique de processus explicatifs par théorisation ancrée. Ils définissent et hiérarchisent les différentes parties des résultats.

RESULTATS

Seize MG, dont les critères de variation et caractéristiques sont listés dans le tableau ci-dessous, ont été recrutés en Charente-Maritime et à La Réunion de décembre 2019 à décembre 2020. La taille de l'effectif a permis la saturation des données et la diversité du recueil de données.

Au total, sur les 16 médecins interrogés, il y avait dix femmes et six hommes, les entretiens ont duré entre 13 minutes et 33 minutes, avec une moyenne de 21 minutes.

Tableau : Caractéristiques des 16 médecins interrogés

	Sexe	Age en années	Installé/Remplaçant	Temps d'installation en années	Seul/ en groupe	Rural/SU/Urban	MSU	Département
MG1	H	>60	Installé	>20	Seul	Urbain	Non	974
MG2	F	40-60	Installée	15	Groupe	Urbain	Oui	974
MG3	F	>60	Installée	>20	Seule	SU	Non	17
MG4	F	<40	Remplaçante	rempla 3 ans	NC	SU et Urbain	Non	17
MG5	F	<40	Remplaçante	rempla 3 ans	NC	Urbain	Non	17
MG6	F	40-60	Installée	<10	Groupe	SU	Non	17
MG7	H	<40	Installé	<10	Groupe	SU	Non	17
MG8	F	40-60	Installée	<10	Groupe	Urbain	Non	17
MG9	F	>60	Installée	>20	Groupe	SU	Non	17
MG10	F	40-60	Installée	<10	Groupe	SU	Non	17
MG11	H	40-60	Installé	<10	Groupe	SU	Non	17
MG12	F	<40	Installée	>10	Groupe	SU	Non	17
MG13	H	<40	Installé	<10	Groupe	SU	Non	17
MG14	F	<40	Installée	<10	Groupe	SU	Non	17
MG15	H	40-60	Installé	>10	Groupe	SU	Non	17
MG16	H	<40	Installé	<10	Groupe	Rural	Oui	17

SU : semi urbain soit moins de 5 000 habitants (cf annexe 2) ; MSU : Maitre de stage des universités ;

H : homme ; F : femme ; 974 : Ile de La Réunion ; 17 : Charente Maritime ; NC : Non concerné

1 - Représentations des médecins généralistes des ressources mobilisables sur la vasectomie

a - Origines des connaissances actuelles des médecins généralistes sur la vasectomie

L'ensemble des médecins rapporte que la vasectomie est enseignée en formation initiale mais très succinctement. En revanche la vasectomie est absente des programmes de formation continue. Le diplôme universitaire (DU) de gynécologie à destination des médecins généralistes n'aborde pas la vasectomie. Seule MG8 a suivi un cours exclusivement sur la vasectomie lors de son DU contraception (et non gynécologie) « *en DU j'ai eu un cours vraiment là-dessus, QUE là-dessus* ». Elle est d'ailleurs la seule médecin interrogée qui informe systématiquement les patient(e)s de la vasectomie pendant les discussions sur la contraception définitive.

Certains médecins doivent leurs connaissances sur la vasectomie à des sources hors du cadre de la formation médicale. Par exemple, un médecin a été interpellé par ce sujet devant une émission télévisée ; MG3 : « *J'ai vu une émission hier soir, c'était une émission sur la Nouvelle Zélande, 25% des hommes ont une vasectomie. (...) Je ne pensais pas que cela se faisait aussi... que ça se faisait en consultation, aussi simplement* ». Parfois la vasectomie s'est invitée dans leur vie personnelle. MG13 : « *je m'étais penché sur la question [de la vasectomie], parce que c'était plus ou moins dans l'air du temps pour moi* ». La vasectomie a, également, pu être rencontrée au hasard d'un compte rendu post-opératoire de leur patient, qui était la principale source mobilisable sur le sujet pour deux médecins, au cours de l'entretien.

b - Outils d'information actuels sur la vasectomie et les freins à leur utilisation

S'ils en ressentaient le besoin, la majorité des médecins effectuerait des recherches via le site internet de l'Association Française d'Urologie²². Ces recherches ne seraient pas entravées par une gêne de ne pas savoir face à leur patient ou ni par une quelconque représentation féministe de la vasectomie. Mais pour mobiliser ce genre d'outil d'information auprès des patients, il faut au préalable que les médecins aient pensé à la vasectomie et que ce soit dans leur éventail de propositions contraceptives avant la recherche d'information. Pour illustrer cet enjeu, exposons le cas d'un médecin qui, pendant l'entretien, vérifie sur choisirscontraception.fr²³ la mention de la vasectomie. MG14 : « *Ah oui elle est là [la vasectomie] ! Effectivement je ne l'ai jamais...* ». N'y pensant pas le MG ne propose pas cette solution même si elle est présente sur le site internet sollicité.

De plus, MG15 a soulevé le problème de promouvoir une méthode sans pouvoir immédiatement la défendre. MG15 : « *Si j'évoque ça [la vasectomie] en l'air en disant « Bon attendez, je ne me rappelle plus trop des effets secondaires et en quoi ça consiste » (...) là ils [les patients]*

seront moins rassurés ». De nombreux médecins (dont toutes des femmes interrogées) ont été marqués par un refus des patientes à l'évocation d'une vasectomie chez leur mari, ne permettant pas le dialogue sur la technique.

2 - Représentations des médecins généralistes des bénéfices attendus d'une formation théorique sur la vasectomie

a - Penser à évoquer la vasectomie

Les bénéfices d'une formation théorique sur la vasectomie auprès des MG ont été mentionnés par de nombreux participants. Il s'agit en priorité de rafraîchir ses connaissances et de penser à évoquer la vasectomie. MG11 : *« S'obliger à y penser systématiquement à chaque contraception. »*

b - Argumenter la solution de la vasectomie

Une action de formation pourrait également améliorer la qualité de l'échange avec le patient et le rassurer sur le fait que la méthode est connue des médecins généralistes. MG15 *« pour répondre sans avoir à chaque fois à cliquer sans arrêt sur le site de la société française d'urologie. (...) Quelque chose [une formation] qui permette que, quand on l'évoque [fait un claquement de doigts], on soit réactif aux différentes questions et angoisses. »*

L'objectif serait aussi d'ancrer dans la réflexion sur la contraception, le rapport bénéfice/risque favorable de la vasectomie par rapport aux méthodes féminines. Ceci constitue un argument de taille auquel les médecins interrogés étaient sensibles. MG5 : *« Si la vasectomie était mieux en termes de balance bénéfice/risque, oui je la proposerais plus. »*. A l'issue d'une communication rassurante sur la vasectomie, cette technique pourrait être *« démystifiée »* (MG6). Les MG voudraient aussi connaître l'avis des urologues sur cette technique avec leur recul en tant que spécialistes.

Certains de ces bénéfices étaient d'ailleurs visibles dans la pratique de MG8. Ce praticien a bénéficié d'une formation à la vasectomie et cela lui permet d'y penser de manière systématique.

c - Etendre la discussion de la vasectomie à de nombreuses situations

La vasectomie pourrait être abordée avec toutes les patientes sous contraception hormonale, quand le couple ne veut plus d'enfant. MG13 *« C'est vrai que je ne vois pas trop l'intérêt de continuer la prise d'hormones aussi longtemps alors que... »*.

Une formation des MG permettrait de cibler un autre public que les femmes déjà en demande de discussion autour de la vasectomie : MG4 : « *Je pense que je pourrais l'évoquer plus souvent et surtout avec les hommes en fait* » ; MG8 : « *On devrait l'évoquer avec nos patients homme, parce que la plupart du temps je l'évoque aux femmes mais, le message ne passe pas de la même manière quand c'est la femme qui en parle à son mari.* »

Cependant au cours de cette étude, aucun MG n'a trouvé de réponse à cette question : « comment et quand parler de la vasectomie directement aux hommes ? » : MG4 : « *c'est possible mais peut-être pas à 100% parce que ça finit par être un peu intrusif aussi.* » MG6 : « *En fait il faudrait évoluer vers une consultation de contraception de couple.* »

d - Gestion péri-opératoire par le médecin généraliste

Un participant précise que de meilleures connaissances pourrait l'aider dans la gestion post-opératoire de ces patients opérés d'une vasectomie.

3 - Formation théorique à la vasectomie : motivations et freins

a - Une volonté bien présente de se former

Le vécu d'une situation professionnelle ou personnelle au cours de laquelle le MG se sent en difficulté, pousse les MG à se former. MG16 : « *Je ne me pose jamais de questions en dehors de situations vécues (...)* Par principe, moi je suis ouvert à tout et je trouve ça bien. Mais il est vrai que tant que je n'en ressentirai pas le besoin face à un patient, je vais avoir du mal à retenir des choses ». Pour faciliter sa démarche de formation, le MG doit ressentir un besoin et un intérêt pour le sujet. Par exemple, un participant a soulevé l'intérêt croissant des patientes pour les questions de contraception. MG12 : « *ça fait dix ans que les femmes se questionnent beaucoup plus sur les possibilités de contraception, et remettent beaucoup plus en question ce qu'on leur propose comme possibilité, donc c'est forcément un questionnement qu'on a, et des discussions que j'ai beaucoup plus avec les patients qu'au tout début* ».

Certains médecins interrogés précisent que le sujet de formation doit être relativement précis et complet. MG10 : « Bah je préfère aller au fond des choses. Je préfère avoir UN thème et l'approfondir, plutôt que d'aller à un endroit où on va parler de 36 thèmes et on va être juste en superficie ».

La formation doit être adaptée à la médecine générale. La formation est en outre une opportunité pour « *connaître les gens, ça fait un réseau* » (MG10). Elle est d'autant plus appréciée qu'elle permet une actualisation des connaissances et qu'au décours de la formation, un outil type fiche didactique est fourni au médecin.

Ainsi, concernant le thème de la vasectomie, notre étude confirme que la plupart des médecins souhaite bien une formation théorique.

b - Esquisse d'une formation à la vasectomie

Les sources de formation habituelles des MG de cette étude, sont en grande majorité le développement professionnel continu (DPC) et les revues médicales. Arrivent ensuite en troisième position les soirées financées par des laboratoires et enfin les DU, groupes de pairs et congrès. Pour une formation théorique sur la vasectomie les MG mettent en avant deux formats : MG3 « *une réunion avec un spécialiste.* » puis MG2 « *Peut-être qu'en e-Learning, ça peut être fait avec des schémas bien explicatifs* ». D'autres médecins trouvent opportun qu'un cours soit dédié à la vasectomie en formation initiale. En revanche, l'information écrite a été peu promulguée par les médecins.

Concernant le contenu d'une éventuelle formation, les médecins souhaitent avoir des informations sur différents aspects : MG2 « *sur comment ça se déroule exactement : si les techniques ont évolué, s'il faut qu'ils prévoient une journée ; savoir s'il peut y avoir des douleurs secondaires. Aussi ça peut être des questions sur le fait qu'il peut y avoir un impact sur la vie sexuelle dans les jours qui suivent* ». D'autres médecins ont exprimé des curiosités sur l'encadrement légal de la technique : MG3 « *Des informations sur le plan médicolégal* », MG4 « *les critères et puis les contre-indications* ». Deux médecins voudraient des schémas pour expliquer à leurs patients. Un médecin a souligné l'intérêt de limiter la formation à la vasectomie : MG 9 « *le thème contraception est toujours trop large et on ne suit plus après au moment de la vasectomie* ». Il est constaté une grande variation entre les estimations des médecins sur le temps qu'ils y consacraient : MG6 « *J'aurais tendance à dire une demi-heure* » ; MG11 « *Je dirais qu'une soirée, ça peut être pas mal* ».

c - Les freins à une formation théorique sur la vasectomie

Parmi les participants, deux ont émis quelques réserves, notamment sur le fait que la formation devrait englober d'autres sujets que la vasectomie ou ont estimé qu'ils y consacraient peu de temps.

Certains médecins ont refusé toute formation sur la vasectomie. Parmi eux, deux ont changé d'avis au cours de l'entretien. Ils n'ont pas justifié leur manque de motivation initiale à l'égard du sujet. Chez la minorité de médecins ayant refusé « *définitivement* » l'information, la justification était un manque d'intérêt pour le sujet ou une appréhension. MG7 : « *Je pense que je ne pourrais pas le conseiller parce que je ne suis pas très adhérent à ce mode de contraception* ». Parmi ces refus, il est intéressant de noter que l'on retrouve les deux sexes et toutes les tranches d'âges.

4 - Autres solutions que la formation théorique des médecins généralistes

a - Autres acteurs que les médecins généralistes

Les participants ont réfléchi à d'autres intervenants pouvant promouvoir la vasectomie. Beaucoup de médecins ont insisté sur le rôle des gynécologues que ce soit lors de la formation initiale des MG ou lors des formations sur la contraception, qu'ils dispensent aux MG. Neuf MG interrogés déclarent avoir impérativement besoin de l'aide des médias pour changer les mentalités. MG3 : « *ça fait longtemps que je ne crois plus en la parole des médecins. Je pense qu'Internet aura peut-être plus de chance que nous* ». Certains médecins ont rapporté que la vasectomie devrait être enseignée à l'école parmi les modes de contraception.

L'exploration d'autres solutions que la formation des MG a souvent été réduite aux médias et aux gynécologues. Ces réponses sont rapidement arrivées à saturation. Nous avons alors élargi le panel des aides à la promotion de la stérilisation masculine par trois outils de décision partagée qui ont été proposés aux MG. Ceci dans une démarche par théorisation ancrée puisqu'ils émanent de l'expérience de MG8 (dossier informatique) et les deux autres de la bibliographie (plaquette informative et check list).

b - Dossier numérisé d'information des patients sur la contraception définitive masculine et féminine

Cet outil (annexe 5)²⁴, qui pourrait être disponible sous forme de fichier informatique sur ordinateur, a donc été inspiré de la pratique de MG8 « *moi je leur fournis toujours de la documentation. Toutes les fiches qu'on doit donner avec le consentement pour les quatre mois (...) pour qu'ils y réfléchissent à deux* ». Cet outil, présenté à d'autres participants a été accueilli avec succès. Cependant MG8, qui utilise cet outil reste sceptique sur l'efficacité de cette méthode : « *ça ne sert à rien, car en plus elles ne le font pas [y réfléchir à deux] ...* ».

c - Plaquette informative

Cet outil est un support explicatif imagé, largement utilisé par les médecins du planning familial en Angleterre (annexe 6)²⁵. Il se présente sous forme d'une réglette exposant l'ensemble des solutions contraceptives, même les méthodes définitives. Elle est jugée pertinente par plusieurs médecins. MG11 : « *c'est un document plus global. (...) On a souvent des documents sur la contraception, mais que la contraception féminine* ». En revanche la plaquette a été jugée insuffisante par d'autres participants. MG16 : « *si les gens veulent une contraception définitive, c'est pas du tout assez détaillé pour leur donner une information claire et loyale* ».

d - Check-list

Un deuxième outil, exploité par les MG anglais, est la check-list de solutions contraceptives, intégrée au logiciel du médecin, qui consiste à cocher et enregistrer informatiquement les techniques exposées au patient(e) pendant la consultation⁷. Cette check-list a été catégoriquement refusée par plusieurs participants, car jugée trop contraignante. MG16 : « *Non non. (...) si on voulait faire la check-list détaillée, c'est pas en vingt minutes qu'on peut la faire* ».

5 - **Éléments influençant le médecin généraliste dans sa pratique**

Cette étude a fait émerger qu'au cours d'une consultation de médecine générale, l'information donnée aux patients dépend du tri des informations fait par le MG sur différents critères subjectifs. Selon les participants, ces critères peuvent être l'âge, le sexe, les connaissances supposées du patient ou sa capacité à rechercher une information en toute autonomie, le manque de temps et le besoin de solution thérapeutique immédiate. Certains MG attendent une demande explicite du patient pour évoquer la vasectomie, surtout lorsque le médecin est un remplaçant. Pour d'autres MG, il faut tenir compte d'un nombre minimum d'enfants, de la personnalité et de la culture du patient ou enfin d'une intolérance à la contraception actuelle. La consultation peut également pâtir d'une crainte médico-légale du MG, de la projection par le médecin de son appréhension, de la vision du MG de son propre rôle. MG7 « *Si moi je le suggère, je pense que je peux l'influencer [le patient]. Et c'est tellement important que je me demande si j'ai le droit de l'influencer sur un acte comme ça ou pas* ». Le manque de demande de la part des patients peut être un frein important : MG1 « *c'est vraiment l'acceptation par le patient ... Les hommes c'est rare qu'ils soient disposés à faire des vasectomies, honnêtement... plus que... les femmes, qui sont plus aptes [à faire une ligature des trompes]* ». L'actualisation des connaissances par une formation, la bonne réception des recommandations officielles et l'usage correct ou non

des outils de décision partagée influencent de manière importante la discussion médecin-patient.

A noter que la peur de la contraception définitive pour des raisons médico-légales a été exprimée essentiellement par les MG de plus de 60 ans. Cette peur est plus présente pour la contraception définitive masculine que féminine, la ménopause aboutissant inéluctablement à une infertilité plus précoce chez la femme que chez l'homme.

Enfin, la pratique médicale peut être influencée par l'intérêt personnel à ce motif de consultation ou par la tranche d'âge prédominante dans la patientèle. MG10 : « *Non, non je pense que je préfère envoyer chez un gynéco quand c'est comme ça. Enfin gynéco ou uro chez les hommes (...) ce n'est pas ma spécialité et ce n'est pas quelque chose qui m'intéresse vraiment* ». MG11 : « *J'ai une population plutôt âgée* ».

DISCUSSION

1 - Principaux résultats

Les connaissances théoriques sur la vasectomie sont souvent anciennes (formation initiale) et limitées. Pour les participants, cela représente un frein à la promotion de cette méthode contraceptive auprès de leurs patients.

Consciente des bénéfices et de l'intérêt de la vasectomie, la majorité des médecins interrogés sont favorables à une formation théorique sur la vasectomie. Elle doit être précise, riche et adaptée à la pratique des médecins généralistes et sera d'autant plus appréciée qu'elle permet d'appréhender des outils pratiques de type fiche didactique. Selon les participants, les bénéfices attendus par cette formation sont multiples : mettre à jour les connaissances, mieux argumenter auprès des patients, développer les opportunités de discussion autour de cette thématique ou tout simplement « y penser ». A ces motivations intrinsèques se rajoutent des motivations extrinsèques. En effet, les médecins sont unanimes pour dire que la seule formation des MG ne suffira pas à démocratiser la vasectomie, ils attendent une aide des autres médecins (comme les gynécologues) et des médias. Précédemment une thèse de médecine de 2016 avait également mis en lumière l'attente de soutien des MG par les gynécologues et les médias⁹.

Même si elles ont aussi leurs propres limites, des sources complémentaires à la formation ont été, soit spontanément évoquées par les médecins, soit ont suscité leur intérêt : information écrite avec schémas, plaquette récapitulative des moyens de contraception ou encore une checklist en cours de consultation.

De rares médecins ont rapporté le manque d'intérêt pour la vasectomie ce qui représente le frein principal à une formation théorique.

Enfin, le tri des informations dispensées aux patients peut être fonction de nombreux critères subjectifs tels que l'âge et le sexe des patients, le nombre d'enfants, de la contre-indication à d'autres contraceptions, du manque de temps.

Cependant un autre problème n'a pas trouvé sa réponse au cours de cette étude : « comment et quand parler de la vasectomie directement aux hommes ? »

2 - Analyse des résultats confrontés à la littérature

En France, la formation dispensée aux étudiants en médecine en matière de contraception est limitée. L'étude de Maud Gelly⁸ et les expériences rapportées en entretien convergent vers un enseignement d'une durée de quatre heures environ, qui se focalise sur les caractéristiques techniques des différentes pilules contraceptives⁷. Par ailleurs, dans son ouvrage, Jean-Claude Soufir présente la santé sexuelle comme un tabou de l'enseignement et de la culture médicale, le parent pauvre de la médecine²⁶.

Dans la littérature, le document le plus complet sur la vasectomie à destination des médecins, provient de l'Association Française d'Urologie²². Néanmoins, il ne comporte pas de démenti sur d'hypothétiques liens de causalité entre vasectomie et athérome ou cancer du testicule ou de la prostate²⁶ et l'absence d'atteinte des caractères sexuels secondaires, qui sont des craintes exprimées par les patients²⁷, selon les précédentes études sur le sujet. Notre étude montre donc que l'outil le plus complet de la littérature, même s'il est améliorable, est la ressource mobilisable la plus citée par la majorité des médecins en matière de vasectomie. Cependant ce document n'est pas pour autant exploité lors de consultations de contraception.

Durant notre étude, on relève un fort taux de participation à des formations médicales (15 des 16 participants). C'est le cas d'une autre étude qualitative sur le DPC des médecins généralistes²⁸. La formation individuelle y représente 51 % de la quantité de formation des médecins, la presse et les ouvrages médicaux gardant une place prépondérante face à l'émergence d'internet. La formation présentielle est privilégiée pour 96 % des médecins enquêtés, la formation locale occupe la place la plus importante, devant la formation en groupe de pairs et la formation universitaire. Les freins principaux évoqués sont le manque de temps et la difficulté de s'absenter du cabinet.

Dans notre travail, de nombreux facteurs influencent la pratique des médecins concernant la vasectomie. L'hétérogénéité des pratiques médicales liée à la subjectivité du médecin a déjà fait l'objet d'études. Il existe autant de types de médecine générale que de médecins généralistes malgré des schémas d'aide à la prise en charge uniforme²⁹. Les recommandations contraceptives se révèlent très hétérogènes et vont souvent à l'encontre des normes promues par les autorités de santé nationales et internationales³⁰. En l'absence de formation adaptée, c'est souvent la méthode la plus connue et la plus facile à prescrire, à savoir la pilule contraceptive, qui est recommandée³⁰. L'autonomie de la profession médicale et son fonctionnement autonome qui exclut des critères d'évaluation extérieurs à la profession, explique la réticence à toute régulation, encadrement ou contrôle externe³¹. Les méthodes proposées aux femmes dépendent des caractéristiques professionnelles des prescripteurs (niveau de formation, lieu d'exercice) mais aussi de leurs représentations et de leur expérience contraceptive personnelle³⁰. Dans notre étude, certains médecins n'évoquent pas la vasectomie puisqu'une telle demande devrait venir du patient. Ces praticien(ne)s, influencé(e)s par de nombreux facteurs semblent faire un « choix par omission » à la place du patient : ne pas mentionner une technique parmi les propositions contraceptives. Dans sa thèse de sociologie, Ventola rappelle qu'il est important de « ne pas transmettre ses propres préjugés »⁷ même si cela est guidé par la bienveillance du médecin envers son patient.

3 - Forces et limites de l'étude

Cette étude de besoin de formation sur la vasectomie, est originale car elle n'avait jamais été menée jusque-là. Elle fait suite aux dernières données de la littérature interrogeant le regard des MG sur la vasectomie⁹, qui entrevoyait la nécessité d'une formation des MG et les données sont cohérentes avec cette même étude. Ce travail a été effectué auprès d'acteurs de terrain à qui s'adresse la formation et deux outils de décision partagée ont pu émerger de cette étude.

La contraception masculine est un sujet d'actualité puisque les patients expriment une demande d'information à ce sujet^{27 32}. De plus, la disparation des Essure® impose une réactualisation des connaissances du MG en termes de contraception définitive. Notre étude apporte une réponse à la question initiale des besoins et motivations des MG à une formation sur la vasectomie. Le résultat inattendu des facteurs subjectifs influençant les discussions médecin-patient sur la vasectomie sera également à intégrer dans une formation future.

Cependant le manque d'expérience de l'investigatrice a pu influencer la réponse des MG en diminuant l'efficacité des questions de relance. Également, les participants n'ont pas pu exprimer de retour ou de corrections sur leur entretien. Ces limites sont pondérées par la formation de l'investigatrice à la méthode qualitative en amont de ce travail et par le respect des autres critères COREQ. Enfin, le co-codage a permis de réduire la perte d'information et de vérifier la cohérence et le sens des idées exprimées en limitant les risques de mauvaise interprétation.

Les résultats doivent aussi être modérés par les possibles biais inhérents à la méthode qualitative, notamment un biais de mémorisation. Ce biais a été relevé chez les médecins plus âgés lorsque nous avons évoqué leur formation initiale. Nous soupçonnons aussi un biais de désirabilité sociale (effet Hawthorne)³³. En effet, les médecins ont pu montrer une facette positive de leur exercice, notamment dans leur motivation à la formation et sur la question du féminisme. D'ailleurs ce biais a été soulevé par MG16 : « *Dans l'esprit je pense que personne vous dira non, c'est toujours intéressant [une formation médicale]* ». Ce biais a pu de surcroît être aggravé par le fait que l'investigatrice, de sexe féminin, évoque un sujet qui de prime abord peut sembler féministe. Le biais d'autocomplaisance peut avoir joué un rôle lorsque les médecins ont parlé des solutions autres que la formation des MG pour la promotion de la vasectomie. L'étude de besoins expose également au risque démagogique de confusion entre besoin et préférence¹⁸.

L'investigatrice a tenté de contrôler autant que possible le biais de différence³³, en préparant des questions pour les MG n'ayant aucun intérêt pour le sujet de la vasectomie. Les MG réfractaires ont apporté une réelle avancée à l'étude par la justification de leur refus, malgré une durée moyenne de leur entretien réduite par rapport aux autres médecins.

Rappelons, qu'un biais de sélection est forcément présent, les MG volontaires qui consacrent du temps pour participer à cette discussion (prise de contact, rendez-vous d'une vingtaine de minutes) sont des médecins plus enclins en général aux formations et à l'élargissement de leur culture médicale.

Enfin, la définition même des besoins de formation est complexe et les entretiens semi dirigés ne permettent le recueil que des besoins ressentis¹⁸ (ce que les personnes indiquent comme étant leurs besoins), voir des besoins exprimés (besoins identifiés lors de mises en situation). Ainsi, il faudra s'enquérir des besoins prescrits (définis par des experts) et des besoins démontrés (déduits d'une comparaison avec un groupe de référence) pour la planification de la formation.

4 - Perspectives de l'étude

La majorité des MG de cette étude a exprimé et justifié leur intérêt pour des informations sur la vasectomie notamment une formation théorique. Il convient ainsi de concevoir cette formation en répondant aux besoins et aux attentes des médecins tels que nous avons pu les mettre en évidence dans notre travail.

Le thème de la vasectomie est un sujet spécifique, peu complexe, d'actualité, adapté à la médecine générale, permettant des échanges avec les acteurs locaux. Enfin cette formation peut se dérouler sur un temps limité et aboutir à l'utilisation d'une fiche de synthèse exploitable au cabinet. Cependant, ce sujet est rarement vécu en consultation et donc il suscite peu d'intérêt spontané pour plusieurs MG. Nos recherches bibliographiques ont montré que la création de formations à destination des médecins sur la « contraception masculine » financées par le DPC est récente mais ces formations restent peu visibles (2019 pour la société d'andrologie de langue française³⁴ et 2021 pour MG form³⁵). Ainsi notre étude confirme que ce genre d'action de formation doit être encouragée et que la vasectomie peut être un thème de formation à lui seul.

Pour une éventuelle formation, les formats les plus mentionnés pour le thème de la vasectomie sont une conférence par un expert (urologue ou gynécologue) majoritairement puis le e-Learning en formation continue post universitaire. Certains MG ont insisté sur l'importance des schémas utilisables ultérieurement avec leurs patients. Les médecins y consacraient entre trente minutes et trois heures. Ces suggestions des participants nous donnent une vision de l'attente des MG sur ce sujet, mais comme toute offre de formation, elle devra se diversifier pour être accessible à un maximum de médecins et son efficacité devra être évaluée.

Cette formation devra notamment, dans sa conception pédagogique, permettre de répondre à la question : « Quand et comment aborder la vasectomie en consultation de médecine générale ? ». Elle devra aussi évoquer la notion de « consultation de couple pour la contraception » et devra intégrer un travail sur les représentations de chaque médecin sur le sujet. La conception de la formation théorique des MG à la vasectomie et la création de la fiche de synthèse adaptée à la consultation permettant une décision partagée, sont autant de pistes de travaux de recherche.

CONCLUSION

Le retard de la France en matière de vasectomie est multifactoriel, avec une prédominance du facteur socio-culturel, vraisemblablement modifiable par une communication rassurante sur ce sujet. Or, selon les participants, une formation théorique permettrait de faciliter la communication autour de ce sujet avec les patients et tout simplement « d’y penser » !

La formation se devra d’être courte, exhaustive et permettre l’appropriation d’un outil simple de communication (fiche synthétique, plaquette informative, ...). Elle devra aussi permettre aux médecins de travailler sur leurs représentations de la contraception et notamment de la vasectomie. Enfin elle devra aider les participants à répondre à la question « Quand et comment aborder la contraception par vasectomie en consultation de médecine générale ? ».

Des travaux devront être menés pour construire cet enseignement, créer les supports informatifs et évaluer ces innovations tant auprès des médecins qu’auprès des patients.

La promotion de la vasectomie en France ne pourra pas se limiter aux efforts des médecins généralistes mais notre profession se doit d’accompagner au mieux les couples dans leur démarche contraceptive.

REFERENCES

1. Organisation des Nations Unies (ONU), département économique et social. Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet [Internet]. 2019 [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf
2. Institut National d'Etudes Démographiques (INED) Méthode contraceptive pour 100 femmes âgées de 18 à 44 ans [Internet] 2018 [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode-contraceptive/>
3. Haute Autorité de Santé (HAS). État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013 [cité 14 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee
4. Hendrix NW, Chauhan SP, Morrison JC. Sterilization and Its Consequences. *Obstet Gynecol Surv* [Internet]. déc 1999 [cité 9 oct 2021];54(12):766. Disponible sur: <http://journals.lww.com/00006254-199912000-00005>
5. L'assurance maladie. Efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. 2019 [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
6. L'assurance maladie. Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) en ligne [Internet]. L'assurance maladie. 2018 [cité 31 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abreegee.php?code=JHSA001>
7. Ventola C. Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usager.e.s des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines [Doctorat de Santé Publique Spécialité sociologie]. Villejuif: Université Paris Sud 2017
8. Taillefer A. Maud Gelly Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée. *Recherches Féministes* [Internet]. 2007 [cité 9 oct 2021];20(2):205-209. Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/017619ar>
9. Raboteau A. La vasectomie: regard de médecins généralistes [Doctorat de Médecine générale]. Saint-Etienne: Université de Saint-Etienne; 2016.
10. Huyghe E, Blanc A, Nohra J, Khedis M, Labarthe P, Rouge D, et al. Vasectomie et chirurgies contraceptives déférentielles : aspects légaux et techniques. *Prog Urol* [Internet]. 2007 [cité 16 mars 2021];4(17):789-793. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/vasectomie-et-chirurgies-contraceptives-deferentielles-aspects-legaux-et>
11. Organisation des Nations Unies (ONU), World contraceptive patterns. [Internet] 2013 [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/family/contraceptive-wallchart-2013.asp>

12. ARDECOM (Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine). Vasectomie [Internet]. 2018 [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.contraceptionmasculine.fr/vasectomie/>
13. De Guibert-Lantoine C. Révolutions contraceptives au Canada. Population [Internet]. mars 1990 [cité 13 avr 2020];45(2):361-98. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1990_num_45_2_3549
14. Huyghe E, Hamamah S. Contraception masculine. EMC Gynécologie. juill 2014;9(3):1-7.
15. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [Internet]. 2001-588 juill 4, 2001. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631/>
16. Monfort D. Déterminants expliquant le manque de recommandation de la vasectomie par les médecins généralistes de Loire Atlantique [Doctorat de Médecine générale]. Nantes: Université de Nantes; 2013.
17. Jean P. Pour une planification méthodique des activités de formation. Pédagogie Médicale [Internet]. 1 mai 2001 [cité 30 avr 2021];2(2):101-107. Disponible sur: <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2001/02/pmed20012p101/pmed20012p101.html>
18. Jouquan J. La problématique de l'analyse des besoins de formation. Pédagogie Médicale [Internet]. 1 août 2004 [cité 30 avr 2021];5(3):133-135. Disponible sur: <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2004/03/pmed20045p133/pmed20045p133.html>
19. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinesither Rev [Internet]. 1 janv 2015 [cité 6 avr 2021];15(157):50-4. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012314004331>
20. Glaser BG, Strauss AL, Soulet M-H, Oeuvery K, Paillé P. La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative. Malakoff: Armand Colin; 2017.
21. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Malakoff: Armand Colin; 2016.
22. Cormier L. Contraception masculine- Item 35- UE2 [Internet]. Association Française d'Urologie. 2016 [cité 12 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/congres-et- formations/formation-initiale/referentiel-du-college/contraception-masculine.html>
23. Santé Publique France. QuestionSexualité | Choisir sa contraception [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/ma-contraception-et-moi/tableau-comparatif-pour-vous-guider-dans-votre-choix-de-contraception>
24. Direction Générale de la Santé (DGS). Stérilisation à visée contraceptive - Livret d'information [Internet]. 2015. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret_sterilisation_visee_contraceptive.pdf

25. Family Planning Association (the sexual health compagny). Contraceptive methods that don't depend on you remembering to take or use them [Internet]. 2021 [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: https://www.sexwise.org.uk/sites/default/files/resource/2021-02/Contraceptive_Choices_Feb21.pdf
26. Soufir J-C, Mieusset R. La contraception masculine. Paris: Springer; 2013. 206 p.
27. Chambost J. Vision des hommes sur la vasectomie [Doctorat de Médecine générale]. Saint-Etienne: Université de Saint-Etienne; 2016.
28. Geeraert M. Evaluation des différents modes de formation et d'amélioration des pratiques professionnelles connus et utilisés par les médecins généralistes lorrains [Internet] [Doctorat de Médecine générale]. Nancy : Université de Lorraine; 2017. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932058/document>
29. Bravetti O. Identification des facteurs non médicaux influençant la décision d'une hospitalisation d'un patient en cabinet de médecine générale [Internet] [Doctorat Médecine générale]. Nancy : Université de Lorraine; 2018. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932133/document>
30. Roux A, Ventola C, Bajos N. Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. Sci Soc Sante [Internet]. 22 sept 2017 [cité 15 mars 2021];Vol. 35(3):41-70. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2017-3-page-41.htm?contenu=resume>
31. Le Bonniec J. La Formation médicale continue: enjeu stratégique et levier pour l'optimisation de la gestion des compétences médicales. Réflexions à partir de l'exemple du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc. Rennes: Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique; 2007 p. 79.
32. Smesny N, Ngo QM. Connaissances, représentations et attentes des hommes majeurs concernant la contraception masculine et la vasectomie [Internet] [Doctorat Médecine générale]. Saint Quentin en Yvelines : Université de Versailles; 2014 [cité 1 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=182212076>
33. Chabal S. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [Internet]. Ministère de la transition écologique- CEDIP. 2014 [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/les-principaux-biais-a-connaître-en-matière-de-a1113.html>
34. Société d'andrologie de la langue française. Formation vasectomie distanciel Contraception masculine _ Unité Mixte de Formation Continue en Santé.[Internet] 2020. Disponible sur: <https://www.salf.fr/wp-content/uploads/2020/01/MAQUETTE-DPC-contraception-masculine-avril-2020-diffusion.pdf>
35. MG FORM formation contraception masculine. [Internet] 2021. Disponible sur: <https://www.mgform.org/themes/view/57?libre=contraception+masculine&date1=&date2=&themes=&cursus=&specialites=®ions=®ions=&format=&financement=>

36. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Unité urbaine - Agglomération - Agglomération multicomcommunale - Agglomération urbaine [Internet]. 2020 [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501>
37. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Bases des unités urbaines de 1999 et 2010 [Internet]. 2020 [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2115018>
38. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). La grille communale de densité [Internet]. 2021 [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2114627>
39. Missègue N. Appréhender les territoires ruraux dans les études de la DREES. Construction d'une typologie à partir des zonages d'étude existants. [Internet]. Paris 2020 juill [cité 28 mars 2021] p. 36. Report No.: 63. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dd63.pdf>

ANNEXES

1 - ANNEXE 1 : Comparaison de la proposition contraceptive des médecins anglais et français

Méthodes contraceptives proposées par les praticien.ne.s britanniques

Méthodes contraceptives	D.T.	B.E.	S.N.	B.L.	K.I.	IL.	L.D.	T.N.	T.O.	FL.	C.H.	C.N.	S.S.	O.I.	D.X.	J.U.	M.C.
Vasectomie	Orange	Vert	Vert	Orange	Jaune	Vert	Orange	Orange	Vert	Vert	Jaune	Orange	Orange	Vert	Orange	Orange	Orange
Préservatif	Jaune	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Orange	Vert	Vert	Jaune	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Ligature/Essure	Orange	Vert	Vert	Orange	Jaune	Vert	Orange	Orange	Vert	Vert	Jaune	Orange	Orange	Vert	Orange	Orange	Orange
Pilule	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
DIU	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Implant	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Anneau	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Injection	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Méthodes "naturelles"	Vert	Vert	Vert	Jaune	Vert	Vert	Orange	Orange	Vert	Vert	Rouge	Rouge	Rouge	Orange	Rouge	Rouge	Jaune
Stérilet chez les nullipares	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Support pédagogique	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert

Légende		Méthode proposée		Consultant.e.s	
		Méthode proposée dans certains cas			Infirmier.e.s
		Méthode acceptée sur initiative des usager.e.s			Médecins généralistes
		Méthode refusée ou omise			

Attitudes des professionnel.le.s français.es vis-à-vis des différentes méthodes contraceptives

	N.H.	E.S.	C.D.	D.K.	S.A.	F.S.	O.Q.	B.S.		DE.	I.H.	AD.	P.Z.	H.G.	P.Q.	D.M.
Méthodes contraceptives																
Vasectomie	Orange	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge	Orange	Rouge	Rouge		Non	Vert	Rouge	Jaune	Rouge	Rouge	Orange
Préservatif	Orange	Rouge		Vert	Vert	Jaune	Orange	Jaune	Vert	Orange						
Ligature/Essure	Vert	Rouge	Vert	Vert	Rouge	Orange	Rouge	Vert		Vert	Vert	Vert	Vert	Rouge	Vert	Jaune
Pilule	Vert		Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert							
DIU	Vert	Orange	Orange	Orange	Orange	Vert	Orange	Orange		Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Implant	Vert	Rouge	Vert	Vert	Orange	Rouge	Rouge	Rouge		Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Anneau	Rouge	Rouge	Vert	Vert	Vert	Rouge	Rouge	Rouge		Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Injection	Rouge	Rouge	Vert	Vert	Vert	Rouge	Rouge	Rouge		Vert	Vert	Vert	Rouge	Vert	Vert	Orange
Méthodes "naturelles"	Rouge		Vert	Vert	Orange	Jaune	Rouge	Vert	Rouge							
DIU chez les nullipares	Vert	Jaune	Rouge	Rouge	Orange	Vert	Vert	Rouge		Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Rouge
Support pédagogique	Rouge		Rouge	Vert	Rouge	Rouge	Vert	Rouge	Rouge							

Légende		Méthode proposée		Médecins généralistes	
		Méthode proposée dans certains cas			Gynécologues
		Méthode acceptée sur initiative des usager.e.s			
		Méthode refusée ou omise			

Tableaux tirés de : Ventola C. Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usager.e.s des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines⁷

2 - ANNEXE 2 : Définition Rural, Semi Urbain, Urbain

On appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continue (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants. Sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes de moins de 2 000 habitants sans zone de bâti continu, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.³⁶

Il y a 8 tranches urbaines (de 0 à 7) selon le recensement de 2017 ; la classification zéro représentant les zones rurales ; dont voici les premières 0 : Commune hors unité urbaine. 1 : Commune appartenant à une unité urbaine de 2 000 à 4 999 habitants. 2 : Commune appartenant à une unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants³⁷

Il s'avère qu'en croisant le zonage en aires urbaines³⁷ et la grille de densité de l'Insee³⁸ on tient compte de deux approches du territoire : l'une étant liée à sa morphologie (à travers le nombre d'habitants et leur concentration), l'autre relevant de la fonction qu'il remplit (par-delà la concentration de l'activité économique). On privilégiera cette typologie dès lors que les différenciations territoriales jouent un rôle dans les travaux menés dans les domaines sanitaire et social, que ce soit sur les caractéristiques des populations étudiées, leurs prises en charge ou encore leurs besoins spécifiques.³⁹

En m'inspirant de ces classifications, j'ai décidé de classer les unités urbaines de la tranche 1 et donc de moins de 5 000 habitants dans la classe « Semi Urbain ». Les tranches 2 à 8 sont des zones « urbaines ». La tranche 0 reste au statut « Rural ».

3 - ANNEXE 3 : Première version du guide d'entretien

Version 1 (Décembre 2019 - MG1 et 2) :

- 1) Question brise-glace : Avez-vous déjà eu à rechercher des informations sur la vasectomie (vie professionnelle ou vie privée) ? Qu'avez-vous trouvé ?
- 2) Seriez-vous intéressé(e) par une formation théorique sur la vasectomie ? Si oui, sur quels points voudriez-vous être éclairé(e) par une formation sur la vasectomie ?
- 3) Quelle sont vos sources de formation habituelle ? En les comparant, quelles sont les plus efficaces ?
- 4) Pour une formation théorique sur la vasectomie, quel format d'enseignement serait le plus approprié ? Combien de temps y consacriez-vous ? A quel moment de votre cursus cela vous semble-t-il le plus opportun ?
- 5) Selon vous, quel est votre rôle dans le choix de contraception du/de la patient(e) ?
- 6) Quel serait pour vous l'argument pour promouvoir la vasectomie par rapport à la ligature des trompes ?
- 7) (Bref rappel sur la technique des Essure®) Avez-vous reçu des informations officielles sur l'arrêt de la pratique de la technique Essure® ?
- 8) Pensez-vous qu'il est important de mentionner la vasectomie (et le reste des contraceptions) tout au long de la vie contraceptive du ou de la patiente ; comme c'est le cas en Angleterre où lors de chaque consultation contraception l'ensemble des techniques (définitive ou non) sont énumérées ?
- 9) Avez-vous en tête des couples qui pourraient prétendre à la vasectomie ?
- 10) Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose sur des thèmes que je n'aurai pas abordés, sur mon questionnaire ?

4 - ANNEXE 4 : Dernière version du guide d'entretien

Version 8 (Décembre 2020 - MG16) :

- 1) Vécu : Racontez-moi une consultation où il a été question de la vasectomie.
- 2) La vasectomie est un sujet rarement abordé nécessitant parfois une recherche. Concernant vos recherches devant le patient : comment cela se déroule-t-il en général ? Pour la vasectomie, comment feriez-vous ? Quels Media ? Quels sites ? Satisfaction des informations trouvées ?
- 3) Qu'est-ce qui vous motive lors de la recherche d'informations médicales ?
- 4) Information théorique sur la vasectomie : seriez-vous intéressé(e) ?
- 5) Evoqueriez-vous plus souvent la vasectomie, si au cours d'une information théorique, vous appreniez que cette technique a un rapport bénéfice/risque meilleur que la ligature des trompes ?
- 6) Quelles seraient pour vous les solutions (du monde médical ou d'ailleurs) autres qu'une formation pour promouvoir la vasectomie auprès des couples et des médecins ? Quel est le rôle des médecins dans ces actions ?
- 7) Pensez-vous qu'une plaquette informative comme celle-là (cf annexe 6)²⁵ pourrait vous aider ? Avez-vous déjà un outil d'aide pour les consultations contraception ? Sinon une check list sur la contraception intégrée à votre logiciel ou un dossier dans l'ordinateur pour l'information concernant la ligature trompe et la vasectomie à imprimer et à remettre aux patient(e)s (cf annexe 5)²⁴ vous intéresseraient-ils ?
- 8) Quel est le dernier outil ou changement dans votre pratique que vous ayez adopté ?
- 9) Avez-vous déjà réalisé une première consultation contraception chez la jeune fille ? Beaucoup de médecins parlent de changer les mentalités pour la vasectomie, serait-il opportun de prononcer le mot vasectomie (sans entrer dans les détails) à cette occasion ?
- 10) Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose sur des thèmes que je n'aurai pas abordés sur mon questionnaire ou des critiques de ce dernier ?

5 - ANNEXE 5 : Dossier numérisé d'information des patients sur la contraception définitive masculine et féminine

Vous envisagez d'avoir recours à une stérilisation à visée contraceptive.
La stérilisation à visée contraceptive est autorisée par la loi (loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001). L'intervention et les démarches sont définies par ce texte législatif (cf. article 26 de la loi figurant en annexe).
Seules les personnes majeures peuvent demander une stérilisation à visée contraceptive.

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

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

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

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

Le délai de réflexion

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

La 2^e consultation préalable à l'intervention

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

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

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

Le lieu de l'intervention

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

L'accompagnement

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

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

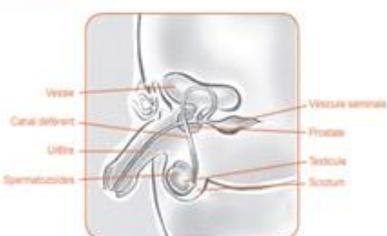
La loi confère à la seule personne concernée par l'intervention, la responsabilité du choix d'une stérilisation. Il lui est possible cependant d'associer son (sa) partenaire à sa réflexion. Toutefois, seul le consentement de l'intéressé(e) sera recueilli.

CE QU'IL FAUT RETENIR

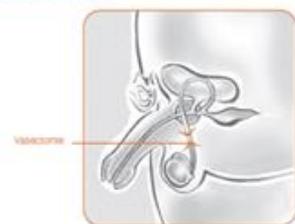
Première consultation médicale
la demande de stérilisation à visée contraceptive
Délai de réflexion
4 mois
Seconde consultation médicale
la confirmation écrite de la demande
L'intervention chirurgicale de stérilisation
dans un établissement de santé

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

Avant la vasectomie



Après la vasectomie



La vasectomie n'a pas d'effet sur l'apparence physique, ne modifie pas la qualité de l'érection et de l'éjaculation. Elle n'affecte pas le désir sexuel, ni le comportement psychologique et affectif.

ANNEXE 1

ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE PRÉALABLE À UNE STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE

Première consultation médicale (modèle d'attestation proposé)

exemplaire destiné à la/au patient(e)

1- Je soussigné(e)..... certifie :

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

Date Signature

2- Je soussigné(e), Dr..... certifie

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

Date Signature

6 - ANNEXE 6 : Plaquette récapitulative du planning familial anglais

Contraceptive methods that don't depend on you remembering to take or use them.

	Contraceptive implant	Intrauterine device (IUD)	Intrauterine system (IUS)	Contraceptive injection	Sterilisation
What is it?	A small, flexible rod put under the skin of the upper arm releases progestogen.	A small plastic and copper device is put into the uterus (womb).	A small, T-shaped, progestogen-releasing, plastic device is put into the uterus (womb).	An injection of progestogen.	The fallopian tubes in women or the tubes carrying sperm in men (vas deferens) are cut, sealed or blocked.
Effectiveness	Perfect use: over 99%. Typical use: over 99%.	Perfect use: over 99%. Typical use: over 99%.	Perfect use: over 99%. Typical use: over 99%.	Perfect use: over 99%. Typical use: around 94%.	Overall failure rate is about 1 in 200 for females and 1 in 2,000 for males.
Advantage	Works for 3 years but can be taken out sooner if you choose.	Works for 5 or 10 years depending on type but can be taken out sooner if you choose. Can be used as emergency contraception and left in place as an ongoing method.	Works for 3 or 5 years but can be taken out sooner if you choose. Periods often become lighter, shorter and less painful.	Works for 6 or 13 weeks depending on which type is used – you don't have to think about contraception during this time.	Sterilisation is permanent with no long or short-term serious side effects.
Disadvantage	It requires a small procedure to fit and remove it.	Periods may be heavier, longer or more painful.	Irregular bleeding or spotting is common in the first 6 months.	Can't be removed from the body so side effects may continue while it works and for some time afterwards.	Shouldn't be chosen if in any doubt about having children in the future.

Contraceptive methods that you have to use and think about regularly or each time you have sex.

	Contraceptive patch	Contraceptive vaginal ring	Combined pill (COC)	Progestogen-only pill (POP)	External condom	Internal condom	Diaphragm/cap with spermicide	Fertility awareness methods
What is it?	A small patch stuck to the skin releases estrogen and progestogen.	A small, flexible, plastic ring put into the vagina releases estrogen and progestogen.	A pill containing estrogen and progestogen, taken orally.	A pill containing progestogen, taken orally.	A very thin latex (rubber) polyurethane (plastic) or synthetic sheath, put over the erect penis.	Soft, thin polyurethane sheath that loosely lines the vagina and covers the area just outside.	A flexible latex (rubber) or silicone device, used with spermicide, is put into the vagina to cover the cervix.	Fertile and infertile times of the menstrual cycle are identified by noting different fertility indicators.
PERFECT USE MEANS USING THE METHOD CORRECTLY EVERY TIME. TYPICAL USE IS WHEN YOU DON'T ALWAYS USE THE METHOD CORRECTLY.								
Effectiveness	Perfect use: over 99%. Typical use: around 91%.	Perfect use: over 99%. Typical use: around 91%.	Perfect use: over 99%. Typical use: around 91%.	Perfect use: over 99%. Typical use: around 91%.	Perfect use: 98%. Typical use: around 82%.	Perfect use: 95%. Typical use: around 79%.	Perfect use: 92-96%. Typical use: 71-88%.	Perfect use: up to 99%. Typical use: around 76%.
Advantage	Can make bleeds regular, lighter and less painful.	One ring stays in for 3 weeks – it usually makes bleeding regular, lighter and less painful.	Often reduces bleeding and period pain, and may help with premenstrual symptoms.	Can be used if you smoke and are over 35. Can be used if you can't take estrogen.	Condoms are the best way to help protect yourself from sexually transmitted infections.		Can be put in before sex.	No physical side effects, and can be used to plan as well as prevent pregnancy.
Disadvantage	May be seen and can cause skin irritation.	You must be comfortable with inserting and removing it.	Missing pills, vomiting or severe diarrhoea can make it less effective.	Late pills, vomiting or severe diarrhoea can make it less effective.	May slip off or split if not used correctly or if wrong size or shape.	Not as widely available as external condoms.	You need to use the right size. If you have sex again extra spermicide is needed.	Need to avoid sex or use a condom at fertile times of the cycle.

Last updated February 2021 | Copyright FPA | sexwise.org.uk/contraception

Image tirée de : *Contraceptive methods that don't depend on you remembering to take or use them. Family Planning Association*²⁵

RESUME

Introduction : La vasectomie est pratiquée à grande échelle dans certains pays alors qu'elle reste marginale en France. Selon les études, les médecins généralistes sont intéressés par une information sur la contraception définitive masculine. Ainsi l'objectif de notre travail a été d'étudier les besoins et les motivations des médecins généralistes sur une formation théorique à la vasectomie.

Matériel et méthodes : Cette étude qualitative avec analyse par théorisation ancrée a été menée au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés conduits de décembre 2019 à décembre 2020 auprès de médecins généralistes.

Résultats : La plupart des médecins interrogés (dix femmes et six hommes), avaient des souvenirs lointains de la vasectomie et ils n'ont jamais utilisé les outils d'information à disposition sur ce sujet. Notre étude a confirmé que la plupart des médecins souhaitaient une formation théorique sur la vasectomie. Les bénéfices attendus étaient de penser à évoquer la vasectomie, de rassurer les patients et d'argumenter la solution de la vasectomie. Néanmoins certains facteurs subjectifs entravent le développement de la communication sur la vasectomie dans leur pratique (représentation, aspects médico-légaux...). Deux outils de décision partagée sur la contraception ont suscité l'intérêt des médecins. Ces derniers ont imaginé une formation sous forme d'une présentation par un urologue (en présentiel ou distanciel).

Conclusion : Les médecins proposent d'étendre la discussion sur la vasectomie à de nombreuses situations et de s'adresser directement aux hommes ou d'évoluer vers une consultation de contraception de couple. Une formation sur ce thème devra être courte, exhaustive et fournir un outil simple de décision partagée. Elle devra aussi permettre aux médecins de travailler sur leurs représentations de la vasectomie. Enfin, elle devra aider les participants à répondre à la question « Quand et comment aborder la contraception par vasectomie en consultation de médecine générale ? »

Mots-clés : vasectomie, éducation médicale, contraception, recherche qualitative, médecine générale, décision partagée, stérilisation.

ABSTRACT

Qualitative study on general practitioner training program about vasectomy

Introduction: While vasectomy is a widely practiced procedure in some countries, it remains marginal in France. Studies have revealed that general practitioners are interested in receiving information on permanent male sterilization. Thus, the research objective was to study the needs and motivations of general practitioners with regards to a theory-based training program on the practice of vasectomy.

Design: This qualitative study using grounded theory analysis was conducted through a series of semi-structured individual interviews with general practitioners, carried out from December 2019 to December 2020.

Results: Most of the doctors interviewed (ten women and six men) had distant memories of vasectomy and had never used the information tools available on this subject. Our study confirmed that most physicians want to receive theoretical training on the practice of vasectomy. The expected benefits were remembering to bring up the option of vasectomy, reassuring patients, and presenting the arguments in favor of vasectomy. Nevertheless, some subjective factors hinder the development of communication about vasectomy in their practice (personal approach, forensic aspects, etc.) Two shared decision-making tools about contraception have aroused the interest of physicians, who envisioned training in the form of a presentation by a specialist (conducted face-to-face or remotely).

Conclusion: General practitioners suggest broadening the discussion around vasectomy to many situations and speaking directly to men or moving toward couples' contraception consultations. Training courses on this topic should be short and exhaustive and provide simple shared decision-making tools. The training should also enable physicians to work on the way in which they present the option of vasectomy and help participants to answer the question of « when and how to speak about contraception by vasectomy in general medicine consultation ? »

Keywords: vasectomy, medical education, contraception, qualitative research, general medicine, shared decision, sterilization.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Introduction : La vasectomie est pratiquée à grande échelle dans certains pays alors qu'elle reste marginale en France. Selon les études, les médecins généralistes sont intéressés par une information sur la contraception définitive masculine. Ainsi l'objectif de notre travail a été d'étudier les besoins et les motivations des médecins généralistes sur une formation théorique à la vasectomie.

Matériel et méthodes : Cette étude qualitative avec analyse par théorisation ancrée a été menée au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés conduits de décembre 2019 à décembre 2020 auprès de médecins généralistes.

Résultats : La plupart des médecins interrogés (dix femmes et six hommes), avaient des souvenirs lointains de la vasectomie et ils n'ont jamais utilisé les outils d'information à disposition sur ce sujet. Notre étude a confirmé que la plupart des médecins souhaitaient une formation théorique sur la vasectomie. Les bénéfices attendus étaient de penser à évoquer la vasectomie, de rassurer les patients et d'argumenter la solution de la vasectomie. Néanmoins certains facteurs subjectifs entravent le développement de la communication sur la vasectomie dans leur pratique (représentation, aspects médico-légaux...). Deux outils de décision partagée sur la contraception ont suscité l'intérêt des médecins. Ces derniers ont imaginé une formation sous forme d'une présentation par un urologue (en présentiel ou distanciel).

Conclusion : Les médecins proposent d'étendre la discussion sur la vasectomie à de nombreuses situations et de s'adresser directement aux hommes ou d'évoluer vers une consultation de contraception de couple. Une formation sur ce thème devra être courte, exhaustive et fournir un outil simple de décision partagée. Elle devra aussi permettre aux médecins de travailler sur leurs représentations de la vasectomie. Enfin, elle devra aider les participants à répondre à la question « Quand et comment aborder la contraception par vasectomie en consultation de médecine générale ? »

Mots-clés : vasectomie, éducation médicale, contraception, recherche qualitative, médecine générale, décision partagée, stérilisation.