



HAL
open science

**La contraception définitive féminine dans les
départements des Bouches-du-Rhône et du Var : état
des lieux des pratiques, ressentis et représentations des
médecins généralistes**

Marine Paquet

► **To cite this version:**

Marine Paquet. La contraception définitive féminine dans les départements des Bouches-du-Rhône et du Var : état des lieux des pratiques, ressentis et représentations des médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03687163

HAL Id: dumas-03687163

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03687163v1>

Submitted on 3 Jun 2022

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

La contraception définitive féminine dans les départements des Bouches-du-Rhône et du Var : état des lieux des pratiques, ressentis et représentations des médecins généralistes

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 2 Juin 2022

Par Madame Marine PAQUET

Née le 15 mai 1992 à Dechy (59)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BRETELLE Florence

Président

Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Assesseur

Madame le Docteur GUINDON-PICARD Aurélie

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVIN Robert
	ALDIGHERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAUGERE Gérard
	AZORIN Jean-Michel		FAVRE Roger
	BAILLE Yves		FIECHI Marius
	BARDOT Jacques		FARNARIER Georges
	BARDOT André		FIGARELLA Jacques
	BERARD Pierre		FONTES Michel
	BERGOIN Maurice		FRANCES Yves
	BERLAND Yvon		FRANCOIS Georges
	BERNARD Dominique		FUENTES Pierre
	BERNARD Jean-Louis		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Paul		GALINIER Louis
	BERNARD Pierre-Marie		GALLAIS Hervé
	BERTRAND Edmond		GAMERRE Marc
	BISSET Jean-Pierre		GARCIN Michel
	BLANC Bernard		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Jean-Louis		GAUTHIER André
	BOLLINI Gérard		GERARD Raymond
	BONGRAND Pierre		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONNEAU Henri		GIUDICELLI Sébastien
	BONNOIT Jean		GOUDARD Alain
	BORY Michel		GOUIN François
	BOTTA Alain		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUBLI Léon		GRISOLI François
	BOURGADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		GUYS Jean-Michel
	BOUYALA Jean-Marie		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BREMOND Georges		HASSOUN Jacques
	BRICOT René		HEIM Marc
	BRUNET Christian		HOUEL Jean
	BUREAU Henri		HUGUET Jean-François
	CAMBOULIVES Jean		JAQUET Philippe
	CANNONI Maurice		JAMMES Yves
	CARTOUZOU Guy		JOUVE Paulette
	CAU Pierre		JUHAN Claude
	CHABOT Jean-Michel		JUIN Pierre
	CHAMLIAN Albert		KAPHAN Gérard
	CHARPIN Denis		KASBARIAN Michel
	CHARREL Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHAUVEL Patrick		LACHARD Jean
	CHOUX Maurice		LAFFARGUE Pierre
	CIANFARANI François		LAUGIER René
	CLAVERIE Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CLEMENT Robert		LEGRE Régis
	COMBALBERT André		LEVY Samuel
	CONTE-DEVOLX Bernard		LOUCHET Edmond
	CORRIOL Jacques		LOUIS René
	COULANGE Christian		LUCIANI Jean-Marie
	CURVALE Georges		MAGALON Guy
	DALMAS Henri		MAGNAN Jacques
	DE MICO Philippe		MALLAN- MANCINI Josette

PROFESSEURS HONORAIRES

DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain

MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc

UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
<i>ALBANESE Jacques Surnombre</i>	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGÉON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
	GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUY'S Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUBE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALI PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES
UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
 FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)
SOLER Raphael (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Florence BRETELLE,

Vous me faites l'honneur de présider et de juger mon travail. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon sujet de recherche. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère considération et de mon profond respect.

À Madame le Docteur Aurélie GUINDON- PICARD,

Je tiens à te remercier d'avoir accepté avec enthousiasme l'encadrement de ce travail. Dans cette aventure qui représentait notre première thèse, je suis reconnaissante de ton soutien et de la confiance que tu m'as accordée. Tes relectures, la pertinence de tes conseils et tes encouragements m'ont été d'une grande aide.

À Madame le Docteur Raphaëlle ROUSSEAU-DURAND,

Je te remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury et d'évaluer mon travail. J'ai beaucoup appris à tes côtés lors de mon dernier semestre d'internat. Merci pour nos échanges enrichissants, ta disponibilité et ta bienveillance venant renforcer mon choix de pratiquer la médecine générale.

À tous les médecins qui ont accepté de répondre aux entretiens,

Merci pour le temps et la confiance que vous m'avez accordés.

À mes relectrices,

Je vous remercie pour le temps accordé à la relecture de mon travail.

Aux équipes médicales et paramédicales rencontrées lors de mon internat,

Aux équipes d'oncologie de la Timone, des urgences d'Embrun, de gynécologie et de pédiatrie du CH de Martigues et de médecine polyvalente de la Ciotat, je vous remercie de m'avoir encadré, j'ai beaucoup appris dans vos différents services.

À André, Christine, Régis et Aurélie,

Merci pour les moments formateurs passés à vos côtés. Votre passion pour votre travail et l'attention portée à vos patients m'ont donné envie de suivre votre chemin de pratiquer la médecine de ville.

À mes co-internes,

Ça a été un plaisir de partager ces moments de stages et de gardes ensemble. Merci de m'avoir aidé dans notre formation et surtout d'avoir égayé mon quotidien.

Aux patients rencontrés depuis mon entrée dans les études de médecine,

Merci de m'aider à progresser chaque jour dans mon travail de médecin.

À toi l'inconnu qui lit ma thèse, merci de l'intérêt que tu portes à ce sujet.

À mon père, merci de m'avoir toujours soutenu dans ma vie personnelle et dans le choix de ces longues études. C'est grâce à toi que j'en suis arrivée là. Merci aussi à Patricia pour ton soutien.

À mes frères. Nicolas, Maïta et vos 4 petits blonds, pour ces moments de convivialité en famille à chaque fois qu'on se retrouve. Cédric, Florence et les garçons, pour le plaisir de se retrouver en montagne et de gagner un style inimitable de skieur équilibré grâce à vous. Olivier pour ta différence et ta sensibilité, j'ai eu de la chance d'être élevée à tes côtés.

Aux Leblanc, Detournignies et l'ensemble de la famille Paquet, je suis reconnaissante d'être entourée de vos familles accueillantes et bienveillantes.

À Julie et Amélie, plus que de simples cousines, vous êtes de véritables alliées de voyage, des confidentes et des soutiens sans faille.

Aux copines de Wattignies, Cam, Mado, Laure et les autres membres de Notre Dame et des scouts. On a grandi ensemble et c'est toujours un bonheur de vous retrouver pour partager les étapes de vie de chacune.

Aux copines de lycée, Agathe V, Agathe T, Charlotte, Claire et Lucie, merci d'avoir toujours été présentes. Il me semble loin ce moment où nous partions cheveux au vent dans la 206 verte (et son coffre de toit) pour explorer la côte ouest. Il me tarde de se retrouver pour un prochain week-end Marseillais, Parisien ou Bruxellois avec les gars, Coco et notre nouveau/nouvelle membre de l'équipe pour passer des bons moments, notre cher Sean Paul en fond sonore.

À la bande organisée Lilloise, Astrid, Marlène, Cécile, Clara, Sarah et Virginie. Ma belle équipe de rideuses, toujours prête à surfer la wave, que ce soit lors d'un road trip au Portugal avec Donovan ou au Cap Ferret. Je vous remercie pour ces bons moments, hâte de vous retrouver pour cuisiner un nouveau glaçage !

À Jade, mon binôme de fac. De puis la p2 on a vécu tellement d'aventures formidables ensemble. Nos nombreux voyages n'ont fait que renforcer notre lien. Maintenant, la France nous sépare mais notre attachement l'une à l'autre reste intact.

À la team X'trem, Adri, Benji, Clem, Gasp, Greg, Hub, Léo, Louis, Marmotte, Marion, Martin, Pj, Soph et Victo. Un début d'étude fracassant à vos côtés fait d'inté, de désinté et de longues soirées au Zep' qui m'ont valu une deuxième p2. Si c'était à refaire, je ne changerais rien. Merci pour ces années inoubliables qui, je l'espère, ne marquent que le début d'une longue histoire pour l'équipe des Modérés !

Aux cops du love, Agathe, Alex, Herbi, Jav, Manon, Cec, Charlotte, Romane, Lef'. Je n'oublierai jamais nos longues pauses en cafet', les soirées dans la voiture ou les mythiques Uno contre Bruno. Vous avez été une force lors de l'externat, merci pour ces moments de bonheur passés et à venir.

Aux BBC et autres Lillois non cités, merci pour ces belles années à vos côtés dans le Ch'Nord.

À Camille, on en a fait du chemin ensemble depuis notre arrivée au parc de la citadelle en Catwoman. Déjà amie à Lille, c'est après le départ à Marseille que nous nous sommes rapprochées. Merci pour ta bonne humeur, ta gentillesse, ton écoute et surtout ta douce voix qui te fera, un jour, gagner une émission télé.

Aux tatas zinzins, Ambre, Appo, Cécile, Claire et Pauline. Tout a commencé lors des diners au 1^{er} après la rébellion contre les barquettes, pourtant dignes d'un étoilé. C'est avec personne d'autre que je ne voudrais dépecer le sanglier de Doumé, aller chez Pierrot pour marmonner des chants corses et boire de l'eau de vie à 15h, vêler la grande Sophie ou escalader la pointe percée. Merci les filles pour ces moments de franche rigolade.

Aux autres amis de l'internat de la Timone, je garderai toujours en tête les améliorés qui ont contribué à cette ambiance si conviviale de début d'internat.

À Lucas, merci pour ces années d'internat à tes côtés où tu m'as fait découvrir ta passion pour la montagne. Je ne garderai que des bons souvenirs.

À Caps, ma surfeuse et grande skieuse de fond. Merci pour ton énergie, ton timbre de voix, tes bons plats pendant le confinement et tes conseils au quotidien, notamment lors de l'écriture de cette thèse.

À Sophie, tu m'as fait connaître la définition du mot « résilience ». Toujours le sourire aux lèvres, merci pour ta joie de vivre et votre accueil chaleureux avec ta coloc Claire.

À la Macavino, je vous remercie pour ces moments mémorables à vos côtés : les crêpes de Nono, les triple P de Caca, les talents de pâtissière de Nini, les feliz navidad, les « c'est le matin », le Greatest Showman mais surtout la semaine en Irlande dont Seal, Glenda, Inishmore et Stout se souviendront à vie.

À mes anciens colocs, Lucie, Constance, Guillaume, Pablo, Antoine et David. Je vous remercie pour ces beaux moments ensemble qui ont rendu le cours Lieutaud si agréable à vivre.

À la vila Gasquet, Axelle, Ben, Flo, Helene, Leo, Louise, Romain, Romane. Merci pour votre convivialité et votre soutien lors de ces longs week-ends dans la grotte. Soyez prêt Dj LaCrypte revient très vite !

Aux membres de la Gabonaise, Joris, Marion, Julie et Atlas. Mon arrivée dans cette douce maison marque la fin de ce travail. Je suis impatiente de profiter des barbecues dans le jardin, des apéros plage et de vous accompagner nager.

À Nico, pour ton accueil dans le Var, pour le partage de ton amour pour Giens en nous faisant découvrir, à chaque fois, des nouveaux endroits magnifiques.

Aux autres amis de Marseille, de Gap et du Var, merci à chacun m'avoir fait découvrir à vos côtés cette région incroyable.

Sommaire

1. INTRODUCTION	5
1.1. Définition	5
1.2. La contraception définitive dans le monde	5
1.3. La contraception définitive en France	7
1.4. Les techniques utilisées et les bénéfices secondaires observés	9
1.4.1. Les différentes voies d'abord	10
1.4.2. Les différentes techniques	11
1.4.3. Comparaison des différentes méthodes	12
1.4.4. La salpingectomie, un facteur protecteur du cancer de l'ovaire	13
1.5. Evolution de la contraception	14
1.5.1. Evaluation du choix de contractif en France	14
1.5.2. La contraception chez la femme de plus de 35 ans	15
1.5.3. Un taux d'IVG qui reste stable	15
1.5.4. Le rôle des médecins généralistes dans les consultations de contraception	16
1.6. Question et objectif de recherche	17
2. MATERIEL ET METHODE	18
2.1. Type d'étude	18
2.2. Population étudiée	18
2.2.1. Critère de sélection	18
2.2.2. Taille de l'échantillon	18
2.2.3. Recrutement	19
2.3. Recueil des données	19
2.3.1. Guide d'entretien	19
2.3.2. Réalisation des entretiens	20
2.4. Analyse des données	20
2.4.1. Retranscription des entretiens	20
2.4.2. Méthode d'analyse thématique	21
2.5. Recherches bibliographiques	22
3. RESULTATS	23
3.1. Population étudiée	23
3.2. Le médecin généraliste	23
3.2.1. Ses rôles	23

3.2.1.1.	Absence de rôle	24
3.2.1.2.	Informé.....	24
3.2.1.3.	Accompagner	26
3.2.1.4.	Adresser.....	26
3.2.1.5.	Conseiller.....	27
3.2.2.	Son ressenti	27
3.3.	Les facteurs qui influencent la décision des médecins	28
3.3.1.	Les éléments propres au médecin	28
3.3.1.1.	Son sexe.....	28
3.3.1.2.	Son âge.....	29
3.3.1.3.	Son intérêt pour la gynécologie	29
3.3.1.4.	Ses représentations.....	29
3.3.1.5.	Ses expériences personnelles	30
3.3.1.6.	Ses expériences professionnelles.....	30
3.3.2.	Les éléments propres aux patientes	30
3.3.2.1.	L'âge.....	30
3.3.2.2.	La parité	31
3.3.2.3.	Les échecs contraceptifs.....	32
3.3.2.4.	Les indications médicales	33
3.3.2.5.	Le handicap	34
3.3.3.	Les aides à la décision	34
3.4.	La balance bénéfique/risque.....	35
3.4.1.	Les avantages.....	35
3.4.1.1.	L'irréversibilité	35
3.4.1.2.	Le retour à un cycle naturel.....	35
3.4.1.3.	La protection du cancer de l'ovaire	36
3.4.1.4.	Un parcours simple	36
3.4.1.5.	Les retours positifs.....	36
3.4.1.6.	Une réponse à une augmentation des demandes	37
3.4.2.	Les freins	37
3.4.2.1.	Le regret.....	37
3.4.2.2.	Un acte chirurgical invasif	38
3.4.2.3.	Le manque de formation	39
3.4.2.4.	Le manque de pratique.....	39

3.4.2.5.	Le refus des gynécologues	40
3.4.2.6.	La méconnaissance des patientes	40
3.4.2.7.	Une méthode de seconde intention.....	40
3.5.	Une approche centrée sur la patiente.....	41
3.5.1.	Son choix.....	41
3.5.1.1.	Sa décision	41
3.5.1.2.	Un choix réfléchi.....	42
3.5.2.	Un choix de couple	42
3.5.2.1.	Le consentement du mari.....	43
3.5.2.2.	La vasectomie	43
3.6.	Le rôle de la société	44
3.6.1.	Une société immuable.....	44
3.6.2.	Une évolution sociétale	45
3.6.3.	Le poids des médias.....	46
3.7.	Modélisation des résultats	47
4.	DISCUSSION	48
4.1.	Critique de l'étude.....	48
4.1.1.	Force de l'étude	48
4.1.2.	Faiblesses et biais de l'étude.....	49
4.2.	Résultats principaux et comparaison aux données de la littérature.....	50
4.2.1.	Le rôle du médecin généraliste	50
4.2.2.	La difficulté à inclure la contraception définitive parmi les autres contraceptions.....	52
4.2.3.	Les critères d'accès à la contraception définitive selon les médecins	52
4.2.4.	La peur du regret, le frein principal.....	53
4.2.5.	Le manque de formation des médecins généralistes	54
4.2.6.	La vasectomie	55
4.2.7.	Une évolution sociétale	56
4.2.8.	Le contraste de la contraception définitive en France et dans le monde.....	57
4.3.	Perspectives.....	58
4.3.1.	Renforcer la formation des médecins généralistes.....	58
4.3.2.	Diminuer le risque de regret avec des aides décisionnelles	58
4.3.3.	Faire connaître du grand public.....	59
4.3.4.	Accepter le choix parfois discordant entre patient et personnel médical.....	59
4.3.5.	Intégrer l'homme dans le processus de choix contraceptif	60

5. CONCLUSION	61
6. BIBLIOGRAPHIE	63
7. ANNEXES	67
7.1. Annexe 1 : Tableau de la prévalence de la contraception définitive dans le monde....	67
7.2. Annexe 2: Exemples de législation dans certains pays du monde	68
7.3. Annexe 3: Le guide d'entretien.....	70
7.4. Annexe 4: Caractéristiques des médecins interrogés.....	72
7.5. Annexe 5: Indice de Pearl des différentes méthodes contraceptives	74
8. LISTE DES ABREVIATIONS	75

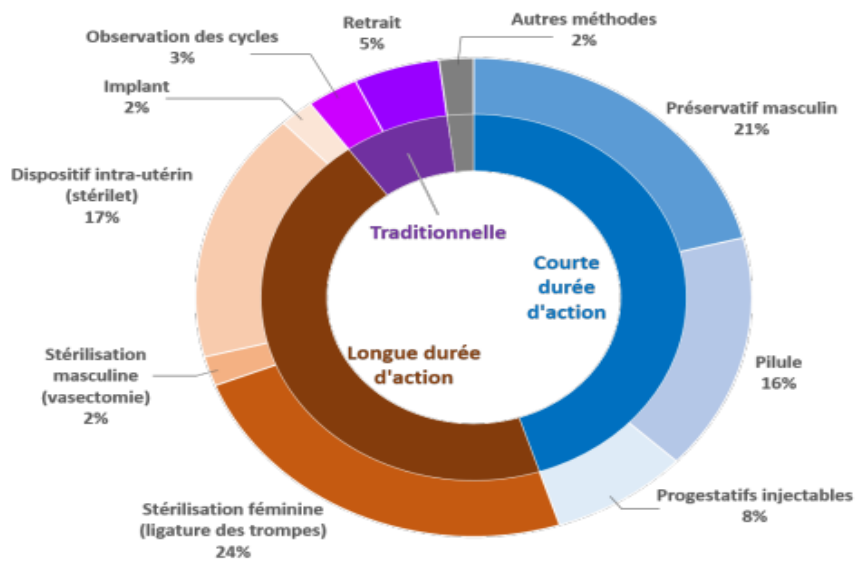
1. INTRODUCTION

1.1. Définition

La contraception définitive féminine ou stérilisation tubaire à visée contraceptive est une méthode efficace et irréversible ayant pour but de supprimer délibérément la fécondité des femmes. La principale indication est l'absence réfléchie du désir d'enfant. Mais elle est aussi réalisée dans le cadre de complications obstétricales avec notion de risque de survenue d'une nouvelle grossesse. Elle consiste en une action mécanique qui empêche l'ovule de passer de l'ovaire vers la trompe de Fallope, bloquant ainsi la rencontre avec les spermatozoïdes et la fécondation. La ligature des trompes peut être réalisée à tout moment du cycle, en post-abortum et post-partum immédiat. Elle est immédiatement efficace, n'a aucun effet sur le désir, le plaisir sexuel et ne protège pas des infections sexuellement transmissibles. La sécrétion hypophysaire de LH et de FSH ainsi que la sécrétion ovarienne de progestérone et d'œstrogène ne sont pas modifiées. Ainsi, la femme conserve un cycle hormonal et des menstruations jusqu'à sa ménopause.

1.2. La contraception définitive dans le monde

A l'échelle mondiale, la stérilisation à visée contraceptive est la première méthode de contraception utilisée, devant le préservatif masculin, les dispositifs intra-utérins et la pilule (1). Utilisée par plus de 220 millions de couples, la ligature des trompes représente 24% des méthodes de contraception dans le monde.



Répartition des méthodes de contraception à l'échelle mondiale, source (2) ; OMS 2019.

On observe de grandes disparités dans le monde. A titre indicatif, chaque année, 700 000 occlusions tubaires sont pratiquées aux États-Unis contre 200 000 en Europe (3). Les graphiques représentant la prévalence de la contraception définitive dans le monde selon les zones géographiques sont disponibles en Annexe 1. Les zones où la stérilisation féminine sont les plus représentées sont l'Amérique du sud, l'Amérique centrale, les Caraïbes, l'Asie du sud et l'Asie de l'est. La prévalence y était supérieure à 20% en 2011. En république Dominicaine près d'une femme sur deux a recours à une ligature des trompes. De même, en Inde et au Brésil, cela représente une femme sur trois. Ces chiffres sont donnés pour des femmes en âge de procréer, mariés ou en union. En revanche, en dehors de l'Afrique du sud, cette méthode contraceptive reste très marginale en Afrique. A noter qu'il existe de nombreux pays d'Afrique où la ligature des trompes à visée contraceptive est interdite par la loi.

La France fait partie des pays du monde où cette technique reste le moins répandue avec 35 000 actes par an en moyenne alors qu'ils sont bien plus nombreux dans les pays anglo-saxons.

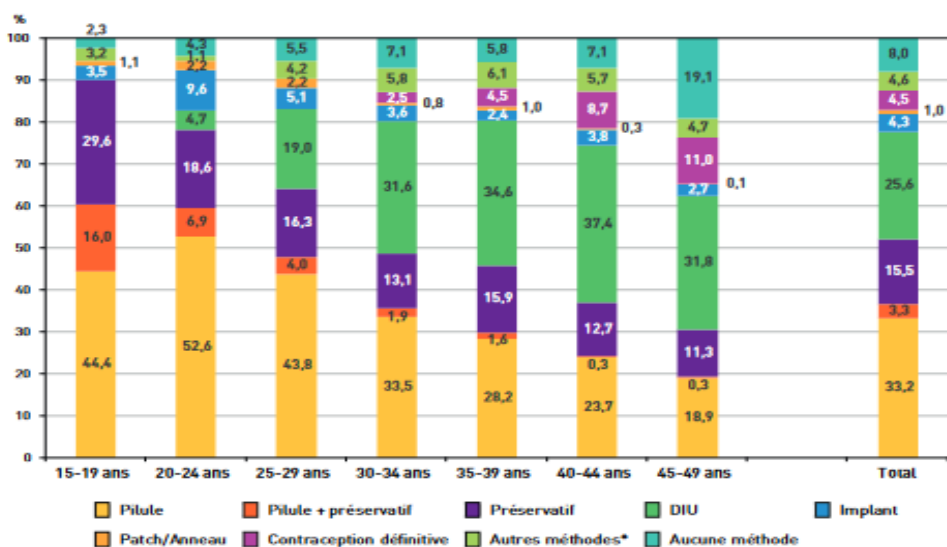
Dans le monde, de nombreux pays autorisent la stérilisation féminine comme moyen de contraception. Chaque pays possède une législation propre et des conditions d'accès variables dont plusieurs exemples sont disponibles dans le tableau en Annexe 2. Comme la France, certains pays ne demandent qu'un âge minimum qui est, par exemple, de 25 ans en Norvège et de 35 ans en Croatie. D'autres pays ne font intervenir que la parité, c'est le cas au Panama, en Tunisie et en Mongolie. Néanmoins, la plupart des pays associent l'âge et la parité. C'est le cas au Niger (35 ans et 4 enfants), à Cuba (35 ans et plusieurs enfants) et en Equateur (25 ans et 3 enfants). D'autres pays imposent une corrélation de l'âge et de la parité. Ainsi, en Hongrie par exemple, la ligature des trompes est possible à 40 ans sans enfant, à 35 ans avec 3 enfants et à 30 ans avec 4 enfants. Cette législation est également retrouvée en Russie, en Inde, au Brésil et en République Dominicaine. Le consentement du conjoint pour une stérilisation tubaire est réclamé en Chine, au Brésil, en Equateur et en au Niger. Un délai de réflexion est indispensable dans certains pays comme la France et le Brésil par exemple.

En 2022, des pays comme l'Iran, les Emirats Arabes Unis, le Venezuela, la Birmanie et le Soudan n'autorisent la stérilisation tubaire que pour des raisons médicales ou eugéniques. Le nombre de ces pays a tendance à diminuer.

1.3. La contraception définitive en France

Alors qu'elle est la première méthode de contraception utilisée dans le monde, la stérilisation féminine reste peu pratiquée en France. Elle représentait 4,5% des méthodes de contraceptions choisies par les femmes concernées par la contraception en France en 2016.

FIGURE 1 | Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
 * Cette catégorie comprend le diaphragme, la capot et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
 Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

C'est une des méthodes contraceptives les plus fiables. Son indice de Pearl, c'est-à-dire le nombre de grossesse observée chez 100 femmes utilisant une contraception donnée pendant un an, est de 0,5% (4). En France, cette méthode est prise en charge à 100% par l'assurance maladie.

La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001, relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, a autorisé la stérilisation à visée contraceptive en France. Elle a été rendue légale pour les femmes majeures sans condition de nombre d'enfants ou de statut marital. Elle ne peut être pratiquée que si la patiente a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée après un délai incompressible de 4 mois de réflexion. Avant cette loi, la stérilisation était considérée comme un acte de mutilation physique donc punissable au titre de blessures involontaires. Sa pratique engageant la responsabilité de celui qui la pratiquait, elle était réservée aux nécessités médicales.

La loi du 4 juillet 2001 a également défini les conditions précises pour les personnes dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap. Pour les patientes majeures sous tutelle ou sous curatelle, cette méthode de contraception est réservée aux femmes présentant une contre-indication médicale absolue aux autres méthodes ou une impossibilité de la prendre de manière efficace. On cherche

systématiquement à obtenir la volonté et le consentement de la patiente, si elle est apte à le donner. La décision revient au juge des tutelles après recueil de l'avis du représentant légal, d'un comité d'expert médicalement qualifié et des membres d'une association de personnes handicapées (5).

La première étape du parcours de soin est une consultation avec un médecin généraliste ou un gynécologue. Cette consultation consiste à donner une information compréhensible et éclairée par le médecin. Il refait un point sur les alternatives contraceptives et explique les différentes techniques utilisées, les modalités d'intervention, les risques médicaux et chirurgicaux du geste. Le médecin oriente vers un confrère s'il ne réalise pas lui-même ce geste. Lors de cette consultation, le médecin remet un certificat de consultation et un livret d'information du ministère de la Santé à la patiente (6). Passé un délai de réflexion de 4 mois, l'intervention pourra être réalisée après une confirmation écrite de la patiente sur sa volonté à subir l'intervention.

La Haute Autorité de Santé (HAS) conseille aux médecins de s'informer sur l'âge, le nombre d'enfants, l'âge du dernier enfant, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse et l'utilisation antérieure d'autres méthodes contraceptives. Chaque médecin reste libre de pratiquer, ou non, cet acte.

1.4. Les techniques utilisées et les bénéfices secondaires observés

Il existe plusieurs méthodes pour réaliser une stérilisation tubaire qui nécessite généralement une anesthésie générale et 1 à 3 jours d'hospitalisation. Il n'existe pas de contre-indication absolue à la stérilisation féminine en dehors d'une grossesse en cours mais le site de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) précise quelques situations devant conduire à certaines précautions et différer l'intervention (7).

La stérilisation tubaire est un acte irréversible. En cas de regret avec nouveau désir de grossesse, la patiente devra avoir recours à la procréation médicalement assistée (PMA) ou à une chirurgie réparatrice. Dans ce cas, il faudra envisager un rétablissement de continuité tubaire grâce à une anastomose tubo-tubaire réalisée

par coéloscopie ou laparotomie. Cette reperméabilisation chirurgicale reste possible mais difficile et d'efficacité incertaine.

1.4.1. Les différentes voies d'abord

Trois voies d'abord sont possibles : la coéloscopie, la laparotomie et les voies d'abord vaginales (8).

La coéloscopie permet un accès abdominal à ventre fermé. Un endoscope est introduit à l'aide de petites incisions réalisées au niveau ombilicale et au niveau de la paroi abdominale. Elle reste favorisée par rapport aux autres voies d'abord car elle est peu invasive, moins coûteuse et peut généralement être réalisée en ambulatoire. Les complications sont le risque de perforation vasculaire, les plaies viscérales et les douleurs postopératoires.

La laparotomie consiste en une incision de la paroi abdominale. Elle est généralement réservée aux interventions au décours d'une césarienne, qui est possible si la patiente a reçu une information préalable par un médecin et que le délai de réflexion de 4 mois est respecté. C'est un acte invasif pour lequel on a développé sa variante, la mini-laparotomie, qui consiste à réaliser une incision plus petite de 2 à 3 cm. Les principales complications sont : le risque d'infection (de la cicatrice ou infection génitale haute), les hématomes, les hémorragies intrapéritonéales, les accidents d'anesthésie et les douleurs postopératoires.

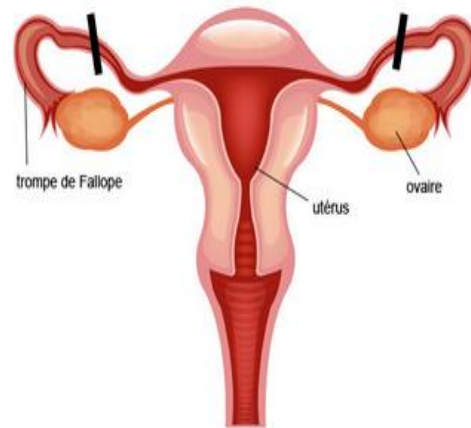
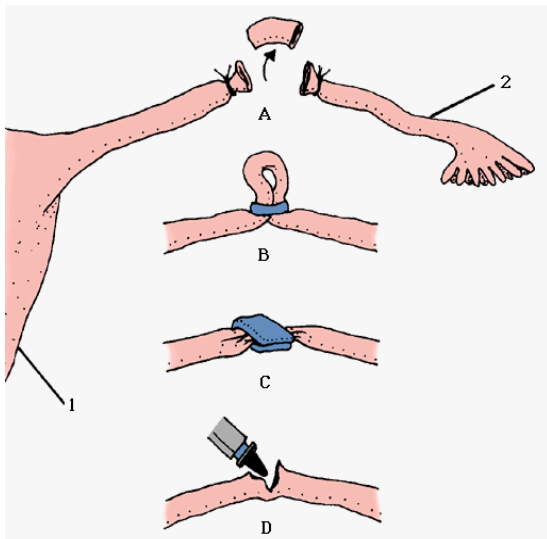
Les voies d'abord vaginales, la colpotomie et la culdoscopie ont l'avantage de ne présenter aucune incision abdominale mais augmenteraient le risque infectieux. La colpotomie postérieure aborde la cavité péritonéale en incisant le fornix vaginal postérieur en arrière du col utérin. Le chirurgien ramène les trompes de Fallope en intra-vaginale pour effectuer le geste avant de les remettre en place. La culdoscopie consiste à réaliser coéloscopie transvaginale. L'opérateur effectue une ponction du cul-de-sac de Douglas par voie vaginale, insuffle du gaz carbonique ou instille du sérum physiologique avant d'introduire une optique dans un trocart. Ces techniques sont moins utilisées, principalement par manque de pratique des chirurgiens. Elles sont privilégiées chez les patientes obèses, lorsque l'utérus est rétroversé ou en cas d'antécédents de réparation de la paroi abdominales ou de hernie.

1.4.2. Les différentes techniques

La salpingectomie est une méthode sûre, efficace et facile à apprendre. Elle consiste à créer une boucle au niveau de la portion isthmique de la trompe de Fallope puis de la sectionner. Les techniques les plus fréquentes sont celles de Pomeroy et de Parkland (Pomeroy modifié).

Les clips (Filshie ou Hulka-Clemens) et les anneaux de Yoon permettent une occlusion mécanique par compression de la trompe.

L'électrocoagulation permet une obturation tubaire par le biais d'une pince bipolaire. Celle-ci est réalisée au niveau de la portion isthmique tubaire. La principale complication est la brûlure des organes du voisinage et notamment de l'intestin.



- A : salpingectomie*
- B : Anneau de Yoon*
- C : Clips*
- D : Electrocoagulation*

En France, les dispositifs Essure étaient commercialisés de 2002 à 2017. Un micro-implant était placé dans chaque trompe par hystérocopie. Une fois en place, ces micro-implants engendraient une obstruction progressive des trompes par fibrose pour aboutir à une occlusion complète en 3 mois. C'était la technique majoritaire de l'époque avant que les patientes aient associé le port de ces dispositifs à des symptômes gynéco-obstétricaux et des troubles généraux variés, ayant un retentissement important sur leur qualité de vie. Les effets secondaires rapportés étaient des douleurs, des troubles intestinaux, des troubles neurosensoriels, des

troubles thyroïdiens, des faiblesses des membres inférieurs et des symptômes anxio-dépressifs. Malgré un rapport bénéfice/risque jugé favorable par l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), le laboratoire Bayer avait alors mis fin à leur commercialisation, dans tous les pays sauf aux Etats-Unis, au printemps 2017.

1.4.3. Comparaison des différentes méthodes

1.4.3.1. Comparaison de l'efficacité

Une étude de l'US Collaborative Review of Sterilization (9) retrouvait un risque d'échec à 10 ans de 1,85%. Selon différentes études, la voie d'abord utilisée n'influçait pas l'efficacité de la stérilisation tubaire contrairement à la technique. La salpingectomie semblait plus efficace que la coagulation tubaire bipolaire et les clips (10). Bien que la grossesse après stérilisation soit rare, cela reste possible avec un risque accru de grossesse extra-utérine. Le risque cumulé à 10 ans de grossesse ectopique était estimé à 0,73 %, toutes méthodes confondues. Le taux d'échec dépendait de nombreux facteurs dont principalement l'âge, la technique utilisée et l'expérience de l'opérateur. Le risque d'échec était plus élevé chez les femmes jeunes au moment de l'intervention.

1.4.3.2. Comparaison des complications

Les complications dépendent à la fois de la voie d'abord et de la technique utilisée. Le taux de complications majeures, justifiant un geste chirurgical ou médical complémentaire est inférieur à 1 % des cas. Les complications mineures, principalement les infections urogénitales, représentent 1 à 10 % des cas en fonction de la technique.

Actuellement, la littérature ne permet pas de conclure et de privilégier une voie d'abord chirurgicale plutôt qu'une autre. Les femmes subissant une culdoscopie auraient un risque infectieux plus important que les femmes pour lesquelles la mini-laparotomie ou la cœlioscopie ont été réalisées (11). En revanche la culdoscopie

semble avoir comme avantage de diminuer les douleurs postopératoires immédiates. Ainsi, le choix se fait selon les préférences personnelles de la patiente et de l'expérience du chirurgien réalisant l'acte.

Dans les études comparatives retenues par la Cochrane Library et rapportées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), il semblerait que les complications soient significativement plus importantes lors de l'utilisation des anneaux comparée aux clips et lors d'une salpingectomie par technique Pomeroy plutôt qu'une électrocoagulation (12). Les douleurs postopératoires sont moins fréquentes après une électrocoagulation plutôt que dans les suites d'une salpingectomie ou de la pose d'anneaux. (13). Les études rapportent des difficultés techniques, moins fréquentes dans le groupe des clips.

Une méta-analyse réalisée en 2020 publiée dans le American Journal of obstetric and gynecology (14) comparant les différentes techniques chirurgicales conclue que la salpingectomie peut être préférée aux autres techniques car d'efficacité comparable avec l'avantage de réduire le risque de cancer de l'ovaire.

1.4.4. La salpingectomie, un facteur protecteur du cancer de l'ovaire

Le cancer de l'ovaire (CO) est la 4^{ème} cause de décès par cancer féminin avec 5200 nouveau cas et 3500 décès estimés en 2018 (15). Il présente un développement souvent insidieux qui donne très peu de signe clinique au début de sa croissance. Le diagnostic est difficile à poser, donc généralement de découverte tardive à des stades évolués. Il existe différents types de CO, leur classification dépend des cellules à partir desquelles ils se développent. Les cellules épithéliales qui recouvrent les ovaires, les cellules germinales qui se trouvent à l'intérieur de l'ovaire et les cellules stromales qui constituent le tissu structurel qui retient les ovaires.

Les tumeurs épithéliales cancéreuses, appelées aussi carcinomes épithéliaux de l'ovaire représentent 90% des CO et sont donc les plus fréquents. Ils touchent généralement les femmes âgées de plus de 50 ans. La survie à 5 ans est en moyenne de 43% (16). Il existe de nombreux sous types dont les principaux sont :

les carcinomes séreux (le plus fréquent, environ 70 % des CO), les carcinomes à cellules claires (10 à 13 % des CO), les carcinomes endométrioïdes (6% des CO), les carcinomes mucineux (4% des CO). Il existerait une association entre l'endométriome et les carcinomes à cellules claires et endométrioïdes sans qu'un lien causal ne soit vraiment démontré.

Certaines études (17) montrent que les procédures de ligature des trompes par salpingectomie sont associées à une diminution significative du risque de CO. La réduction des risques est estimée à 34% pour les cancers épithéliaux. Le risque relatif, c'est-à-dire le rapport du risque de survenue de cancer de l'ovaire dans le groupe ayant eu une intervention sur le risque de survenue de ce même critère dans la population générale, est de 0,73 pour les carcinomes séreux et de 0,40 pour les carcinomes endométrioïdes. En revanche il n'y pas de différence significative sur les carcinomes mucineux.

Le mécanisme par lequel la ligature des trompes peut protéger du CO reste méconnu et hypothétique. Il semblerait que de nombreux carcinomes séreux de hauts grades soient issus des cellules de la trompe de Fallope voisine qui se sont fixées sur la surface de l'ovaire atteint, et non dans les ovaires.

1.5. Evolution de la contraception

1.5.1. Evaluation du choix de contractif en France

Depuis la légalisation de la contraception par loi Neuwirth du 19 décembre 1967, le schéma contraceptif a souvent évolué. Ces dernières années on note une nette diminution des demandes de contraceptions par pilule. En effet, 2012 a vu naitre le début d'un grand débat médiatique suite à la plainte de patientes sur le risque de thrombose veineuse profonde associé à l'utilisation de la pilule oestro-progestative de 3^{ème} génération (18). Ainsi entre 2010 et 2016, tous âges confondus, la pilule est passée de 40,8 à 33,2% des contraceptions, alors que les préservatifs, les dispositifs intra-utérins (DIU) et les implants ont augmentés respectivement de 10,8 à 15,5%, de 18,7 à 25,6% et de 2,4 à 4,3%. (18).

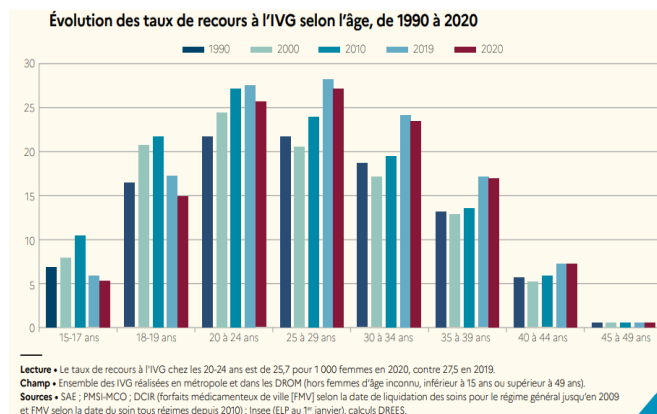
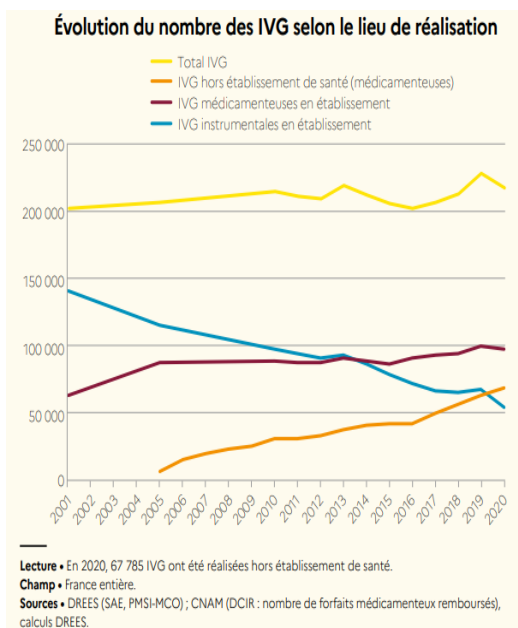
1.5.2. La contraception chez la femme de plus de 35 ans

Selon l'âge des femmes, la contraception évolue. Premièrement les patientes plus âgées sont susceptibles de désirer une forme plus permanente de contraception. Deuxièmement, avec l'âge certaines méthodes contraceptives deviennent inappropriées. Aucune méthode contraceptive n'a de contre-indication absolue en raison de l'âge seul. Néanmoins les œstrogènes augmentent les risques d'événements thromboemboliques veineux (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) et artériels (accident vasculaire cérébral et infarctus du myocarde). C'est pourquoi les recommandations préconisent d'utiliser avec prudence les contraceptifs hormonaux contenant des œstrogènes chez les patientes de plus de 35 ans avec au moins un facteur de risque cardiovasculaire associé : tabac >15 cigarettes par jour, obésité, diabète ou hypertension (19). En raison de l'efficacité supérieure et de l'absence d'association avec des événements cardiovasculaires, l'OMS recommande de favoriser les DIU, les implants et la stérilisation chez les femmes de plus de 35 ans.

1.5.3. Un taux d'IVG qui reste stable

Le nombre d'interruption volontaire de grossesse (IVG) reste stable depuis des années avec un pic en 2019 malgré la propagation des contraceptifs. La contraception a fait diminuer de nombre des grossesses non désirées mais en cas de grossesse non souhaitée, les femmes sont plus susceptibles d'interrompre la grossesse qu'il y a 20 ans. On remarque une diminution en 2020 associée à une baisse des naissances qui s'explique principalement par l'épidémie de Covid19 (20).

Une étude Française réalisée en 2003 mettait en évidence que seulement 2,7 % des femmes sexuellement actives, âgées de 18 à 44 ans, ne souhaitant pas de grossesse n'utilisaient aucune contraception. Pourtant, les grossesses imprévues sont estimées à 33 % dont 50% se terminent en avortement. Au total 65 % des grossesses non planifiées sont survenues chez des femmes utilisant la contraception (21). Il faut donc se poser la question de la mauvaise observance des méthodes et de l'oubli de pilule.



Évolution du nombre d'IVG selon le lieu de réalisation et selon les âges sur les dernières années (22).

1.5.4. Le rôle des médecins généralistes dans les consultations de contraception

Depuis quelques années on note une pénurie de médecins. Les gynécologues médicaux ont diminué de 40% leurs effectifs en dix ans. C'est ainsi que les médecins généralistes voient leur rôle de suivi gynécologique augmenter. Près de 90% des médecins généralistes assurent une partie du suivi gynécologique de leurs patientes (23). Une femme sur trois est suivie par son médecin généraliste pour sa contraception. Les consultations de contraception représentent 1,2% en moyenne des consultations des médecins généralistes. Le rôle des médecins généralistes est fondamental dans le choix de la méthode de contraception des patients.

1.6. Question et objectif de recherche

Le choix de ce sujet de thèse a été mené après une réflexion sur les choix contraceptifs des femmes françaises dont la ligature des trompes reste anecdotique. Il a été confirmé suite au constat de l'importance de la place des médecins généralistes dans les consultations de contraception.

L'objectif principal de cette étude était d'établir un état des lieux des pratiques des médecins généralistes sur la contraception définitive féminine. Ce travail a cherché à identifier et comprendre les hésitations, les difficultés ressenties, les motivations, les besoins, les attentes et les déterminants du choix des médecins généralistes à proposer la ligature des trompes dans le cadre d'une consultation en médecine générale.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude

Pour répondre à la question de recherche, j'ai fait le choix d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, réalisés auprès de médecins généralistes des Bouches-du-Rhône et du Var de septembre 2021 à janvier 2022. Ce travail a été rédigé selon les critères COREQ (24).

2.2. Population étudiée

2.2.1. Critère de sélection

Dans une étude qualitative, l'objectif est d'obtenir la plus grande diversité de réponses possible, on ne cherche pas à obtenir un échantillon représentatif de la population étudiée. La sélection des participants a été établie afin d'obtenir l'hétérogénéité maximale de l'échantillon étudié. Avec ma directrice de thèse, nous avons élaboré une liste de critères pour inclure des médecins aux profils variés. Les critères retenus ont été : le sexe, l'âge, la durée d'installation, le type d'exercice (seul, associé ou cabinet de groupe), la zone d'activité, la pratique et les formations en gynécologie (réalisation de DU complémentaire, la pratique de l'IVG et de l'échographie) ainsi que les autres formations (maitre de stage universitaire, etc....). Les médecins interrogés étaient tous installés en cabinet libéral dans les départements des Bouches-du-Rhône ou du Var. Les médecins non thésés, remplaçants ou retraités ont été exclus de l'étude.

2.2.2. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon n'était pas fixée au début de l'étude mais obtenue selon les méthodes d'analyse qualitative après saturation des données. C'est-à-dire, le moment où les idées deviennent récurrentes et où les entretiens ne font plus émerger de nouvel élément. Cette méthode requiert donc une analyse des données au fur et à mesure de leur recueil. Pour cette étude, la saturation a été obtenue lors

du dixième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer la saturation des données.

2.2.3. Recrutement

Les participants ont été recrutés par trois moyens :

- Trois participants ont été recrutés par connaissance de l'investigatrice principale.
- Trois participants ont été recrutés sur recommandations des médecins interrogés.
- Les autres participants ont été sélectionnés sur Doctolib. La plateforme permet d'avoir accès aux informations telles que les formations complémentaires effectuées par les médecins généralistes. Contactés régulièrement par l'intermédiaire du secrétariat, les médecins ont été inclus sur la base du volontariat. Sur quarante-trois médecins contactés, six ont répondu favorablement, quatre ont refusé et trente-trois demandes sont restées sans réponse. Les inclusions ont été effectuées au fur et à mesure des réponses pour obtenir une diversité maximale des participants interrogés sur les critères préalablement cités.

2.3. Recueil des données

2.3.1. Guide d'entretien

Le guide d'entretien (Annexe 3) a été élaboré après réflexion sur le sujet et documentation. Un entretien pilote a été effectué pour s'assurer de la compréhension des questions, sans être intégré dans l'étude. Le guide d'entretien était composé de treize questions ouvertes avec, si nécessaire, la possibilité de relances et de reformulations. Il portait sur les connaissances, les pratiques et les avis des médecins généralistes sur le sujet d'étude. La trame a été modifiée tout au long du travail de recherche dans une logique d'adaptation des questionnements, en introduisant de nouvelles données soulevées par les participants.

2.3.2. Réalisation des entretiens

J'ai réalisé l'ensemble des entretiens, en privilégiant les entretiens physiques dans le cabinet du médecin interrogé. Avec le contexte sanitaire actuel et l'emploi du temps chargé des médecins, six entretiens ont été réalisés par téléphone. A la demande des participants, deux entretiens ont été réalisés lors d'un même échange, favorisant les dialogues entre médecins. L'enregistrement s'est fait à l'aide de l'application dictaphone du téléphone ou par l'enregistreur vocal de l'ordinateur. Les médecins étaient libres de suspendre ou d'interrompre l'entretien et pouvaient se retirer de l'étude à tout moment.

Les entretiens débutaient systématiquement par un rappel succinct du travail mené, l'obtention du consentement d'enregistrement et la confirmation d'anonymisation des données. Ensuite, il se poursuivait par des explications sur le déroulement d'un entretien dans le cadre d'une recherche qualitative, à savoir la nécessité de questions ouvertes favorisant la libre expression et le développement d'idées sans craindre le « hors sujet ». Enfin, je me chargeais de recueillir les caractéristiques des médecins sans pouvoir les identifier afin d'assurer la confidentialité des données.

2.4. Analyse des données

2.4.1. Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits sous forme de verbatim, fidèlement, au mot près, en prenant en compte la ponctuation, les pauses et les silences. J'ai réalisé intégralement les retranscriptions à l'aide du logiciel Microsoft Word. L'anonymat des personnes enquêtées a été garanti par la numérotation des entretiens en fonction de l'ordre chronologique de sa réalisation. Les médecins interrogés n'ont pas eu accès aux retranscriptions mais les résultats de l'étude ont été transmis par email.

2.4.2. Méthode d'analyse thématique

L'analyse s'est faite par la méthode de la théorisation ancrée, c'est-à-dire au fur et à mesure de la démarche inductive. Contrairement aux analyses quantitatives, ce processus progressif a pour but de créer une théorie à partir des données de terrain sans hypothèse initiale. Le but est ici de faire émerger une théorisation à partir des codes de recherches. Le traitement des données s'est fait à l'aide du logiciel N'Vivo.

Le codage a été réalisé en plusieurs étapes :

- Premièrement, par un codage ouvert qui consiste en une lecture approfondie des retranscriptions. Les fragments de texte sont étiquetés sous forme de code pour synthétiser le sens et le thème principal du verbatim. Un même code pouvait être retrouvé dans les différents entretiens, cela permettait de regrouper sous son étiquette les idées similaires. La phase de recueil et l'analyse ont été effectuées en parallèle pour permettre la modification progressive du guide d'entretien. Une triangulation des données a été réalisée par le double codage des entretiens.
- Deuxièmement, par un codage axial réalisé après saturation des données. Cette analyse thématique regroupe les codes pour permettre la création de catégories. L'objectif est d'établir des liens entre les catégories par comparaison continue.
- Et enfin, par un codage sélectif qui consiste en une mise en relation des catégories dans le but de faire émerger une théorie. Les données codées et catégorisées lors des étapes précédentes sont articulées pour modéliser un schéma synthétisant les résultats obtenus lors de cette étude.

Cette étude est hors-champ de la loi Jardé car elle n'implique pas la personne humaine et n'a donc pas nécessité d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP). Elle n'a nécessité aucune démarche particulière auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) car les enregistrements des entretiens et les retranscriptions ont été anonymisés et supprimés après l'analyse.

2.5. Recherches bibliographiques

Un court travail de recherche bibliographique a été mené avant la réalisation des entretiens afin de rester neutre, de limiter les à priori et de ne pas orienter les réponses des médecins interrogés. Une recherche plus approfondie a été réalisée après réalisation de l'ensemble des entretiens. En parallèle, une documentation sur l'analyse qualitative a été effectuée, afin d'améliorer ma formation à cette méthodologie de recherche.

3. RESULTATS

3.1. Population étudiée

Le tableau en Annexe 4, décrit la population étudiée avec les caractéristiques de l'échantillon sur les critères préalablement sélectionnés. Les entretiens ont été classés selon l'ordre chronologique de réalisation.

Douze entretiens ont été réalisés, auprès de huit femmes et quatre hommes. L'âge moyen des participants était de 43,8 ans avec des extrêmes allant de 32 ans pour la plus jeune, à 73 ans pour le plus âgé. Cinq médecins avaient réalisé le diplôme inter-universitaire (DU) de formation complémentaire en gynécologie obstétrique pour les médecins généralistes. Deux médecins généralistes, après réalisation de ce DU, exerçaient à 100% une activité de gynécologie au cabinet. Quatre médecins étaient maîtres de stage des universités (MSU), c'est-à-dire qu'ils reçoivent des internes en formation dans leur cabinet. Deux médecins avaient une formation complémentaire en médecine d'urgence.

La moitié des entretiens ont été réalisés directement au cabinet du médecin interrogé. L'autre moitié a été effectuée par téléphone à la demande des médecins. Les entretiens ont duré entre 18 et 34 minutes, pour une durée totale de 264 minutes et une moyenne de 24 minutes. La saturation des données a été obtenue après dix entretiens avec la réalisation de deux entretiens supplémentaires afin de s'en assurer.

3.2. Le médecin généraliste

3.2.1. Ses rôles

Au fil des différents entretiens, les médecins généralistes ont abordé la notion de leur rôle dans une consultation de contraception et plus particulièrement de la contraception définitive féminine.

3.2.1.1. Absence de rôle

De nombreux sujets interrogés estimaient n'avoir aucun rôle à jouer. Pour eux, il s'agissait d'une discussion que la patiente devait avoir avec son gynécologue. L'avis médical était alors reporté sur les spécialistes, jugés plus aptes et compétents pour répondre aux questions des patientes. Certains médecins traitants déclaraient ne pas être toujours informés de la décision des patientes qu'ils suivaient pourtant depuis plusieurs années.

E10 : « Bah pour moi ce n'est pas mon rôle de médecin généraliste, enfin ce n'est pas vraiment mon rôle sinon je l'aurais peut être abordé plus souvent. »

E7 : « Nous l'intérêt est quand même un peu limité. [...] Ce n'est pas vraiment à moi d'en parler et de le présenter. Je considère que ce n'est pas mon domaine d'expertise, il faut un avis de spécialiste. On est quand même dans une région assez médicalisée donc beaucoup de femmes ont un suivi par un gynéco ou même une sage femme. »

E6 : « J'ai une patiente dont je suis le médecin traitant que je suivais depuis presque 10ans. Elle ne m'en avait pas parlé. Je l'ai appris en lui demandant s'il y avait un risque de grossesse alors qu'elle avait des douleurs abdominales. »

3.2.1.2. Informer

Le rôle d'information et d'explication du médecin a été fréquemment évoqué. Pour cela, deux approches se démarquaient. Les médecins qui attendaient que la demande vienne de la patiente et ceux qui étaient proactifs dans la démarche en l'évoquant spontanément.

E12 : « Donc il y a les deux en fait, il y a celles qui n'y avaient pas du tout pensé ou qui ne savent pas vraiment en quoi ça consiste qui ont besoin d'explications. Et il y a celles qui y avaient, peut-être, déjà un peu pensé mais qui n'auraient peut-être pas forcément osé demander si je ne leur avais pas proposé. »

Dans certains entretiens, c'était la demande initiale de la patiente qui était attendue. Les médecins considéraient cette méthode contraceptive comme un choix qui devait être à l'initiative de la patiente et non une proposition qui viendrait du praticien.

E5 : « Je pense que ça doit venir d'une démarche de la patiente, il y a plein de choses moi comme ça dans ma pratique, pour lesquelles si ça ne vient pas d'une demande de la patiente je ne propose pas. Je pense à la chirurgie bariatrique par exemple. »

Pour d'autres médecins la ligature des trompes était considérée comme une alternative contraceptive à part entière. Elle était donc spontanément proposée dans l'arsenal contraceptif, principalement lors d'une demande de contraception non hormonale et chez des patientes plus âgées.

E3 : « Dans la majorité des cas après 40ans, dans une consultation de contraception c'est quelques chose que j'évoque systématiquement. »

E12 : « Chez les femmes de 40ans, c'est quelque chose que j'évoque systématiquement. Pour moi ça fait partie des choses que je propose : pilule, stérilet, préservatif et contraception définitive. Ca fait partie des propositions systématiques. »

Le rôle d'expliquer les diverses techniques utilisées et leur effets indésirables chirurgicaux a été abordé de façon récurrente par les médecins. Les informations devant être suffisantes à la bonne compréhension de la technique.

E12 : « J'essaye d'être le plus exhaustive possible. [...] Je trouve, bien sûr, que c'est complètement notre rôle. C'est notre rôle de proposer, d'informer et d'expliquer. »

E11 : « Je me dis, peut-être, que c'est justement plus notre rôle vu qu'on connaît bien les gens, on connaît leur vie, etc... Mais bon après c'est aussi de l'ordre du spécialiste puisque de toute façon c'est eux qui le font. Mais ça ne me choquerait pas de l'aborder avec des gens que je connais bien si je pense que ça correspond. »

3.2.1.3. Accompagner

Pour accéder à la démarche, la patiente doit attendre un délai incompressible de 4 mois. L'entretien réalisé avec le médecin généraliste permet de dater la 1^{ère} consultation et de débiter le délai réflexion grâce au courrier remis qui sert de certificat de consultation. Cela permet d'accélérer le parcours.

E8 : « Moi je fais juste un courrier et je leur dis qu'il y a un délai de réflexion de 4 mois. De toute façon le temps d'avoir un rendez-vous ça va donner à peu près ça. Et je leur dis de bien garder mon courrier au moins le délai peut bien débiter à cette date. »

Sans avoir un rôle initial, le médecin généraliste a parfois été sollicité dans le cadre des démarches administratives, quand la patiente nécessitait une prolongation d'arrêt post-chirurgicale par exemple.

E6 : « La patiente m'en a parlé parce que qu'elle avait besoin de prolonger son arrêt de travail post-opératoire. »

3.2.1.4. Adresser

La décision finale revenant au gynécologue le médecin généraliste est souvent un interlocuteur ayant un rôle d'adressage. Il oriente vers ses confrères spécialistes qui expliqueront plus en détail les techniques et ses complications possibles avant d'effectuer le geste.

E2 : « Souvent, elles ne savent pas à qui s'adresser. Donc elles viennent me voir mais déjà avec l'idée en tête, juste pour que je les oriente vers celui qui va faire le geste. »

3.2.1.5. Conseiller

Le statut de médecin traitant et de médecin de famille donne un lien de confiance pour lequel les patientes attendaient d'être conseillées. Sans porter de jugement, le médecin pouvait donner son avis et essayait de convaincre ou de dissuader la patiente de réaliser ce geste chirurgical.

E6 : « Je lui donnerai mon avis mais comme je fais avec tout le reste. Je lui dirai que je ne suis personne et que c'est son choix. »

E4 : « Alors c'est vrai que dans ce cas la il faut rester le plus neutre possible, poser des questions et donner les informations les plus claires possible et que ce soit vraiment la patiente qui décide en fait. Mais dans certains cas je serai poussé à convaincre quand même. »

3.2.2. Son ressenti

Lors de l'annonce du sujet de thèse, des médecins ont affiché une certaine désorientation et surprise vis à vis de ce thème d'étude.

E7 : « Au début, ce sujet, on se demande un peu pourquoi est ce que tu fais une thèse la dessus en médecine générale mais la réflexion est intéressante. »

Quelques praticiens déclaraient être mal à l'aise et déstabilisés. Ils mettaient en avant les craintes, les hésitations et les contradictions amenés par la réflexion de ce sujet.

E4 : « Tu nous fais réfléchir sur des choses dont on n'a pas forcément réfléchis avant, c'est déstabilisant. »

E6 : « Après, ça reste une intervention donc le risque zéro n'existe pas même s'il est minime. [...] Mais le frein, ce n'est pas vraiment les risques chirurgicaux. C'est un peu contradictoire avec ce que j'ai dit avant ! »

Face à des médecins aux réponses variées, on retrouvait des réactions véhémentes avec des opinions tranchées.

E4 : « Après, c'est peut-être très violent ce que je dis mais je pense à ça. »

E1 : « A 20ans je pense que je l'enverrai voir une psychologue pour essayer de comprendre pourquoi elle veut faire ça. [...] Je me mets à la place de son père... Je pense que le médecin a intérêt à courir vite ! C'est ma façon de voir les choses. »

E5 : [en parlant du contentement du mari] Alors ça c'est inadmissible ! Non mais oh my god ! Ah c'est honteux ! C'est honteux ça, non ? »

3.3. Les facteurs qui influencent la décision des médecins

3.3.1. Les éléments propres au médecin

Alors que les médecins possèdent une formation commune, on observait une grande hétérogénéité de pratique.

E12 : « Mais c'est ça qui est intéressant dans la médecine générale, on a tous plus ou moins appris les même choses mais on fait chacun à notre sauce. »

3.3.1.1. Son sexe

Le premier critère mis en avant par les médecins interrogés pour expliquer cette variabilité de pratique était leur sexe. En effet, ils estimaient que le suivi gynécologique était plutôt réalisé par les généralistes femmes.

E1 : « Et puis je dois dire... même si je suis équipé c'est compliqué de faire de la gynéco en ville quand on est un homme. Globalement je trouve qu'il y a un gros frein de mes patientes sur la gynéco en ville... »

E4 : « Alors peut-être que le fait que je sois une femme et d'avoir inscrit sur Docolib que je faisais du suivi de gynéco, je parle beaucoup de la contraception. Je pense que mon avis compte en tant que médecin et en tant que femme, elles se sentent plus comprises je pense. »

3.3.1.2. Son âge

De plus, les interrogés estimaient que leur âge influençait leur pratique.

E10 : « Peut-être que je le proposerai plus dans plusieurs années puisque peut-être, moi-même je me poserai la question. Peut-être que j'y penserai un peu plus. »

E2 : « J'en propose peu, c'est certainement lié à mon âge. »

3.3.1.3. Son intérêt pour la gynécologie

Les médecins généralistes peuvent orienter en partie leur activité au cabinet. Ainsi, de nombreux praticiens renforcent le suivi en gynécologie. Ceci venant augmenter le nombre de patientes pouvant être la cible de la stérilisation tubaire. Les médecins qui réalisaient moins de gynécologie au cabinet se sentaient moins concernés par le sujet.

E7 : « J'avoue que je fais peu de gynéco depuis que je suis la. Je fais juste de la gynéco d'urgence quand il n'y a personne d'autre. Et j'ai une patientèle assez variée avec des mamies qui n'ont plus trop ce problème ! »

E9 : « Le fait d'avoir quand même une activité essentiellement centrée sur la gynéco, forcément on draine un peu plus de patientes. On aura beaucoup plus de ligatures que les autres. »

3.3.1.4. Ses représentations

Un autre point soulevé lors des entretiens était l'impact de la personnalité du médecin. Ils mettaient en avant l'implication de leur religion, de leur ouverture d'esprit et de leur opinion personnelle dans leur pratique.

E1 : « Moi je suis chrétien catholique donc pour moi aller castrer une jeune femme de 18 ans après seulement 4 mois de délai de réflexion, c'est compliqué. Je pense que si tu posais la question dans un autre pays avec une autre religion, tu aurais des réponses très différentes. »

E9 : « Quand elles viennent, je montre qu'on est un peu ouvert d'esprit. Les femmes sont sur des réseaux, le bouche à oreille fait que ça se sait. " Vous pouvez aller

chez le Dr X. vous n'êtes pas jugez car vous êtes homosexuels ou une femme seule. Après elles savent qu'avec nous on peut parler de stérilisation tubaire. »

3.3.1.5. Ses expériences personnelles

Le fait de se poser la question, soi-même, de la contraception influençait en partie la prise de décision. De plus les expériences personnelles du quotidien faisaient évoluer sa réflexion sur cette contraception.

E12 : « Moi j'ai eu me mère qui avait eu ça et pour elle c'était complètement naturelle. Donc j'ai grandi avec l'idée que c'était normal. [...] C'est peut-être aussi pour ça que moi ça ne me gêne pas d'en parler et ça m'a toujours semblé normal. »

E8 : « Pour y adhérer complètement car moi c'est ce que j'ai comme méthode de contraception. C'est sur que quand elles m'en parlent, je leur dis que moi c'est la méthode que j'avais choisi. »

3.3.1.6. Ses expériences professionnelles

Par ailleurs, les expériences vécues pendant la carrière influençaient la pratique. On peut supposer que des retours de patientes qu'ils soient négatifs ou positifs ont eu un impact sur les futures décisions médicales du médecin.

E2 : « Au début de ma carrière, ça me paraissait abominable de se faire ligaturer les trompes. [...] L'année de mon installation vous m'auriez posé la question, j'aurais dit non ! Je dirai que l'expérience et la longévité de la carrière fait que vous évoluez.»

3.3.2. Les éléments propres aux patientes

3.3.2.1. L'âge

Lorsqu'on interrogeait les médecins sur les critères qui intervenaient dans le processus de choix, le premier critère cité était l'âge de la patiente. En effet nombreux étaient les praticiens à émettre des réticences à proposer la stérilisation à visée contraceptive chez des femmes jeunes. On remarquait que très peu de

médecins proposaient spontanément cette méthode avant un certain âge, en moyenne de 40 ans. En cas de demande formulé par une femme jeune, les réactions se déclinaient de différentes manières, allant d'une acceptation de demandes sans limite à une opposition franche.

E3 : « Avant 40ans en revanche sauf s'il y a des indications médicales, pour moi c'est non. »

E12 : « Alors moi je le propose systématiquement passé 38 ans mais pas avant. »

De nombreux médecins étaient étonnés par la législation Française qui ne semblait pas en accord avec les pratiques actuelles des gynécologues. L'âge de 18 ans permettant l'accès à la contraception définitive était jugé incohérent et choquant.

E2 : « C'est vrai qu'une femme de 18 ans a le droit de le demander légalement. En pratique aucun médecin ne va la faire. Il y a souvent des textes de loi qui ne sont pas très en accord avec la pratique médicale, ce n'est pas nouveau ! »

E4 : « Alors moi le principal critère c'est l'âge quand même. [...] A 18ans pour moi c'est vraiment trop jeune et le fait qu'il n'y ait pas de critère d'âge, ça me choque. »

3.3.2.2. La parité

On peut soulever dans les résultats de cette étude que la parité a été fréquemment citée. N'étant pas qualifiée d'obligatoire, les médecins semblaient avoir des freins à proposer cette méthode contraceptive chez des femmes nullipares.

E3 : « Le nombre d'enfant, c'est un critère que je trouve intéressant car à la limite une patiente de 25ans qui a déjà eu 4 enfants la on peut considérer autrement. [...] C'est un critère que je regarde. »

E7 : « Pour les enfants, j'y ai pensé naturellement mais je ne trouve pas que ce soit un critère pertinent pour que ce soit porté au légal. »

3.3.2.3. Les échecs contraceptifs

Lorsque l'on demandait les raisons qui poussaient à proposer la ligature des trompes, l'intolérance et les échecs aux autres contraceptifs ont souvent été évoqués. Par exemple les règles hémorragiques, les infections sous DIU mais encore les effets indésirables des pilules constituaient des difficultés à trouver une alternative contraceptive.

E3 : « Je le propose quand on arrive à une situation où il n'y a rien d'autre que le préservatif. Les femmes chez qui je suis au bout des propositions, qui ne supportent plus la pilule, qui ont des métrorragies constantes, qui ont eu une grossesse sous DIU. A 40ans, là c'est sûr que je vais les orienter vers une contraception définitive. »

E7 : « Le DIU au cuivre ça donne parfois des règles hémorragiques, ça peut compliquer avec des anémies, des hypotensions, etc... Il y a des patientes qui le tolèrent vraiment très mal. »

On retrouvait aussi la contre-indication aux contraceptions contenant des œstrogènes chez les femmes de plus de 40ans ayant des facteurs de risques cardiovasculaire par exemple.

E8 : « Il y a aussi les femmes qui ont des contre-indications aux hormones, qui accumulent âge et tabac par exemple. J'en ai parfois qui arrivent à plus de 35ans avec des contraceptions qui ne sont pas du tout adaptées à leur profil ! »

E3 : « J'y pense chez les patientes qui ont des contre-indications, des femmes chez qui on est bloqué niveau contraception, ça se fait presque naturellement. [...] Je pense à la thrombophilie par exemple.

Un médecin nous faisait part de sa difficulté à trouver une alternative contraceptive chez une patiente qui présentait de nombreuses allergies.

E9 : « J'ai eu une patiente qui est allergique au cuivre et au latex. C'est vraiment un cas exceptionnel mais ça complique les choses. »

De plus, les méthodes naturelles, comme la technique du retrait, étaient jugées d'efficacité insuffisantes.

E5 : « Je suis désolée mais la méthode du retrait ne marche pas ! Les femmes qui sont persuadées qu'en écoutant leurs cycles et leur corps elles ne vont pas tomber enceinte. Je leur dis juste qu'il y a beaucoup de chances qu'elles reviennent avec une grossesse. »

Par ailleurs, la contraception définitive semblait être une réponse aux oublis fréquents de pilule.

E10 : « C'est vrai que les méthodes de contraception définitives on n'en parle pas trop, ce qui est un peu dommage. C'est vrai qu'à 40 ans les personnes en ont marre de prendre une pilule tous les jours et ne veulent pas mettre un corps étranger dans leur corps. »

Il faut ajouter à cela les propositions secondaires à des interruptions volontaires de grossesse à répétition.

E2 : « Alors par contre ça m'est arrivé de le proposer car je fais des IVG médicamenteuses. Donc quand je vois une femme qui a déjà 3-4 gosses et qui en est à sa 8eme IVG, je lui dis, à un moment donné " vous ne voulez pas vous faire ligaturer les trompes la? " »

3.3.2.4. Les indications médicales

Dans les motifs évoqués par les médecins, on retrouvait également les indications médicales de stérilisation tubaire. Ce sont le plus souvent, des situations où la grossesse ultérieure est contre-indiquée car elle mettrait en péril le pronostic vital de la patiente. Cela pouvant faire suite à une grossesse ou un accouchement avec complications obstétricales.

E1 : « Les femmes qui se mettent en danger par le simple fait d'avoir des enfants. [...] Quand tu fais la 3^{ème} césarienne et que tu vois la couleur des cheveux du petit à travers l'utérus, tu prends peur... Donc tu fais une ligature. »

E8 : « La personne chez qui une grossesse serait dangereuse. Si on prend des dames avec des lupus, on sait que dans les formes sévères elles peuvent mourir avec une grossesse... Alors oui. »

3.3.2.5. Le handicap

La question du handicap est revenue lors de plusieurs entretiens. Les médecins l'évoquaient dans cette situation particulière marquée par des difficultés d'observance thérapeutique ou d'incapacité à gérer seule sa contraception.

E1 : « Ou des raisons, comment je pourrais dire... une handicapée mentale. Ça cadrerait parfaitement. Quelqu'un qui n'est pas capable d'utiliser une contraception classique, lui proposer alors une contraception définitive. Surtout le handicap mental, dans l'autisme par exemple. »

E4 : « Peut être que la loi est aussi large par rapport au handicap. Aux jeunes qui souffrent d'un handicap notamment mental, où je pense qu'il existe aussi une sexualité et pour qui la contraception est compliquée. [...] Je ne dis pas qu'il faut stériliser tous les handicapés, ce n'est pas du tout ça que je veux dire, ce n'est pas l'objet de mon propos ! »

3.3.3. Les aides à la décision

Les médecins s'accordaient sur le fait qu'il n'existait pas réellement de profil type de patiente à qui on pouvait proposer la contraception définitive. Ils faisaient preuve de souplesse dans leur discours en s'adaptant au cas par cas.

E3 : « En vrai je m'adapte. Chaque situation est différente, c'est ce que je dis d'ailleurs aux dames. »

Pour aider le praticien dans son choix d'accepter ou non la demande des femmes, le cadre légal semblait non seulement rassurer mais surtout aider à poser les limites. Pour ne pas se retrouver seul dans ce choix, certains médecins ont proposé de favoriser les décisions médicales partagées par plusieurs professionnels.

E8 : « Vu les conséquences que ça a et le fait que ce soit définitif comme moyen de contraception, c'est vrai que c'est bien de mettre une limite. »

E8 : « En fait, il devrait y avoir des conseils, un peu come on fait pour l'interruption médicale de grossesse, où ça passe devant un jury en disant "Bon voila, est ce que dans ce cas on accepte ou pas ? Est ce que la pour la ligature des trompes chez cette femme est jeune, etc..." Pour qu'on puisse dire, dans ce cas à vous on peut quoi. Parce que c'est vrai que pour certaines personnes c'est difficile. »

3.4. La balance bénéfice/risque

3.4.1. Les avantages

3.4.1.1. L'irréversibilité

Quand on demandait les avantages présentés par cette méthode contraceptive, les motifs évoqués étaient multiples. L'irréversibilité de la technique était perçue comme un soulagement permettant de diminuer la charge mentale de la prise contraceptive et de retrouver une sexualité détachée de la procréation.

E12 : « L'avantage c'est que c'est définitif ! Et, du coup, au moins elles n'ont plus du tout besoin de se poser la question. »

E9 : « Elles se disent tranquille car il n'y a plus cette épée de Damoclès sur la tête, elles savent qu'elles peuvent profiter de leur homme librement. Elles ont une sexualité plus épanouie car elles savent qu'elles ne vont pas tomber enceinte. »

3.4.1.2. Le retour à un cycle naturel

Le retour à cycle naturel, sans perturbation hormonale du cycle féminin, semblait être un avantage qui répond à une demande de la part des patientes.

E8 : « Une fois qu'on est sûr de ne plus vouloir d'enfant, c'est effectivement le moyen de contraception idéal dans le sens où il n'y a pas d'oubli et puis, pour le coup, on retrouve un cycle tout a fait normal. »

3.4.1.3. La protection du cancer de l'ovaire

La ligature des trompes apporte un bénéfice secondaire, confirmé dans la littérature, qui est la protection du cancer de l'ovaire.

E8 : « Et en plus, cette méthode protège contre le cancer de l'ovaire. »

3.4.1.4. Un parcours simple

Au-delà de ces avantages, cette méthode est jugée simple par son abord en consultation, la facilité d'adressage et la réalisation du geste en ambulatoire.

E2 : « Je suis à l'aise car je n'ai aucun problème à aborder la question, il n'y a pas de difficulté. »

E3 : « J'ai un correspondant chirurgien avec qui je travaille, on a l'habitude jusque la, ça s'est toujours bien passé. »

E1 : « Une coelioscopie ça se fait très bien, ce n'est pas quelque chose de traumatisant [...] C'est un petit geste, ça doit se faire en ambulatoire. »

3.4.1.5. Les retours positifs

Les médecins semblaient obtenir des retours positifs des femmes ayant bénéficié de cette méthode. La mauvaise adhérence des patientes était retrouvée lorsque les patientes n'avaient pas eu d'explications initiales suffisantes sur les répercussions du geste.

E12 : « Je n'ai pas eu de mauvais retour, une fois qu'elles ont pris la décision c'est un soulagement. Elles le voient comme enfin débarrassé. »

E8 : « J'ai eu une seule femme, une fois, qui n'était pas une patiente que je suivais. Elle m'a appelé car elle ne comprenait pas pourquoi elle avait ses règles avec la

ligature des trompes. Je lui ai dit "alors la je pense que la personne ne vous a pas bien expliqué comment ça fonctionnait !" [...] On ne lui avait pas donné les bonnes infos, on n'avait pas vraiment entendu la demande de la patiente. »

3.4.1.6. Une réponse à une augmentation des demandes

Les femmes intéressées, donc les demandes paraissaient en augmentation.

E9 : « Par contre moi en 4 ans d'installation en cabinet c'est une question qui revient de plus en plus. [...] Du coup, j'en ai de plus en plus qui commencent à en parler. »

3.4.2. Les freins

Malgré les atouts de la ligature des trompes, cette technique présente aussi de nombreux freins. Des médecins se retrouvent parfois embarrassés par le fait de le proposer ou d'accepter une demande dont le choix de vie lui semble incompréhensible.

3.4.2.1. Le regret

L'irréversibilité citée dans les bénéfices attendus pouvait aussi se retrouver comme étant le frein principal. Le caractère définitif gênait les praticiens, ne les poussant pas à proposer cette méthode contraceptive.

E7 : « Pour moi c'est un peu le même délire que le tatouage. Je me dis toujours "oh et si je change d'avis ce n'est pas cool." »

E10 : « Le côté définitif et irréversible me gêne. On peut avoir une idée à un âge et regretter plusieurs années après... »

La principale raison était la crainte du changement d'opinion car les changements de vie pouvaient donner lieu à de nouveaux projets. Dans les suites d'un divorce ou d'un décès par exemple, le désir d'une nouvelle grossesse pouvait se faire ressentir.

E6 : « J'ai déjà eu des femmes, d'ailleurs j'ai une patiente, elle a demandé a son mari de se faire une vasectomie. Il l'a fait, c'est très bien d'ailleurs. Mais après elle a

quitté son mari et maintenant, elle a le bébé d'un autre qu'elle a rencontré après. »

E1 : « Mais c'est toujours très compliqué car tu es dans un instant T, tu as un environnement et des circonstances qui font que tu as un désir de faire ça. [...] Il y a des changements de partenaires, des changements de contexte familial [...] Tu ne peux pas te projeter sur l'avenir donc il faut bien réfléchir. »

E12 : « D'ailleurs ça fait toujours partie des questions que je leur pose. [...] Je leur demande "Si vous divorcez et que vous rencontrez Georges Clooney ou Brad Pitt qui veut vous faire un enfant, qu'est ce que vous dites?" Et quand elles me disent " Mais je m'en fou moi, même Georges Clooney, je ne veux plus d'enfant c'est fini." Bon bah la on sait qu'elles ont fait le cheminement et qu'elles n'en veulent plus. »

Dans le cas d'un changement d'avis après réalisation du geste, le médecin le voyait comme un choix irresponsable. Le regret provoquait de la colère après avoir passé du temps à expliquer son caractère définitif.

E12 : « Parce que le problème c'est ça, moi je prends du temps pour expliquer le côté définitif et du coup quelqu'un qui viendrait en me disant "en fait j'ai changé d'avis." Je me dirais que c'est un peu irresponsable. »

On retrouvait également une crainte des conséquences médico-légales avec la peur d'un procès.

E8 : « Après je comprends bien le chirurgien qui se dit que si la femme change d'avis, il va avoir un procès qu'il risque de perdre même si les patientes ont signé un papier. C'est la seule raison qui font que les chirurgiens ne le font pas je pense. »

3.4.2.2. Un acte chirurgical invasif

Au-delà de leur caractère définitif, c'est l'acte chirurgical qui posait problème. Cet acte n'est pas dénué de complications chirurgicales lié au geste lui-même ou à l'anesthésie. Cette opération jugée, par certains, de confort semblait présenter peu d'avantages en comparaison aux méthodes contraceptives de longue durée.

E12 : « Une appendicite ou un kyste tu n'a pas le choix, il faut opérer. Tu sais que le pronostic vital est plus ou moins engagé et l'acte chirurgical est justifié. Ici l'acte chirurgical n'est pas justifié par une pathologie, c'est une chirurgie de confort. »

E7 : « Je trouve que c'est beaucoup de risques, d'argent et de moyens pour une contraception. Ce qui m'embête c'est surtout le fait que ce soit un geste invasif avec des risques d'infection, d'anesthésie générale et de complications post-op. »

3.4.2.3. Le manque de formation

Par ailleurs, c'est le dépassement de leur champ de compétence qui était mis en avant. La méconnaissance de la législation et des techniques utilisées présentait un frein. Il est difficile de pouvoir donner des explications éclairées aux patientes sans connaître soi-même de quoi on parle. Les entretiens ont mis en évidence un réel manque de formation sur la contraception définitive lors de notre cursus.

E10 : « Déjà, on n'est pas sensibilisé pendant notre formation donc après on a du mal à la proposer. On ne connaît pas bien donc on n'est pas capable de... Je ne pourrais même pas expliquer la méthode de la chirurgie et comment ça se passe donc... »

3.4.2.4. Le manque de pratique

Alors qu'ils étaient minoritaires à ne pas vouloir aborder le sujet, les médecins généralistes n'étaient pas souvent à l'initiative du parcours. Les médecins ne pensaient pas à en parler lors des consultations car ils étaient peu confrontés à ce type de demande.

E2 : « Ce n'est pas quelque chose que je pratique et conseille beaucoup et pour lequel j'ai une grosse demande. Donc ce n'est pas un terrain où je me sens habitué. »

E4 : « Un autre frein c'est peut être aussi qu'on ne l'envisage pas suffisamment au cabinet. Par exemple, moi quand tu me demandes les méthodes de contraception je ne vais pas forcément le mettre dans la liste. Celle la, je n'en parle pas. »

3.4.2.5. Le refus des gynécologues

Un autre obstacle dans le parcours de la stérilisation à visée contraceptive était le refus des gynécologues dans certaines situations. Selon l'âge et les conditions d'accès à la demande, c'est le médecin qui réalise le geste, à qui revient le droit d'accepter ou non la demande. Alors que la plupart des médecins sont concordants sur les critères d'acceptabilité, certains entretiens ont révélé une opposition de la part du spécialiste après que le généraliste ait rédigé un courrier favorable.

E5 : « Les gynécos à qui j'adresse refusent avant 40 ans et pareil si elles n'ont pas eu d'enfant. Après le gynécologue a le droit de refuser, ça reste une opération de confort. »

E6 : « J'ai eu une dame qui a eu 6 IVG ! Elle n'avait vraiment aucun autre choix de contraception. Même en faisant un courrier, on lui répondait négativement pour faire une ligature de trompe. »

3.4.2.6. La méconnaissance des patientes

La ligature des trompes semblait peu connu des médecins généralistes mais c'est aussi la méconnaissance des patientes qui était présenté comme un frein.

E9 : « Alors il y en a qui me parlent du système Essure. Je dis "approfondissez vos recherches car ça fait 4 ans qu'on ne le fait plus." »

E9 : « Je pense que c'est quelque chose qui n'est pas encore très connu du public, je pense que c'est quelque chose dont on ne parle pas assez. »

3.4.2.7. Une méthode de seconde intention

La contraception définitive féminine était pour de nombreux médecins interrogés une méthode jugée de seconde intention. Ceci était expliqué par le fait que des contraceptifs de longue durée, tel que le DIU ou l'implant, sont des techniques efficaces et réversibles. Les médecins estimaient que lorsque ces contraceptions étaient bien tolérées, elles étaient à privilégier plutôt qu'un acte chirurgical.

E1 : « Ce qui me fait hésiter c'est qu'une contraception permanente et réversible en soit existe, ça s'appelle le stérilet ou alors même l'implant. »

E2 : « Mais si tu veux ce n'est pas comme si aujourd'hui, en France, on n'avait pas moyen d'avoir une contraception efficace. On a tellement de moyens de contraceptions que c'est impossible de ne pas trouver un qui nous en convienne. »

3.5. Une approche centrée sur la patiente

3.5.1. Son choix

3.5.1.1. Sa décision

Lors des entretiens, les médecins déclaraient de pas vouloir influencer le choix de la méthode contraceptive. Ils préféraient rester objectifs sans influencer la décision. Le geste allait être réalisé sur les patientes donc le choix était de leur responsabilité. Le choix des femmes prenait en compte de nombreux critères. Ses représentations, ses attentes et sa religion venant jouer un rôle clef dans le processus décisionnel.

E12 : « Mais on n'a pas à forcer la main ni à donner notre opinion. Comme tous les actes qu'on fait en pratique au cabinet. Mais personnellement ça ne me gêne pas, je ne juge pas. C'est leur vie et leur choix, elles font ce qu'elles veulent. »

E12 : « Souvent elles ont l'impression de perdre comme un peu leur féminité car elles ne sont plus en capacité de procréer. [...] Elles disent "oh non, je ne suis pas prête." Souvent c'est ça qui revient chez celles qui refusent, elles voient comme un vieillissement prématuré. »

Sur ce sujet très peu abordé, on notait l'importance de l'entourage dans la transmission de l'information.

E1 : « Et, en plus, parfois cette demande doit être dirigée par l'entourage qui s'en mêle et donne son avis. La femme n'y pense pas forcément car naturellement une femme ne pense pas à se faire castrer. Je ne pense pas. Sauf si elle a failli y passer au dernier accouchement, mais une femme naturellement ne pense pas à ne plus jamais vouloir d'enfant. Ils lui disent "si tu faisais ça ce serait bien, plus besoin de prendre la pilule, plus de stérilet, tu peux faire ce que tu veux, etc..." »

Quelques médecins attendaient que la demande vienne de la patiente après avoir fait des recherches elle-même, permis pas l'accès à diverses sources d'informations en ligne.

E5 : « C'est quand même quelque chose de plus lourd avec des conséquences plus profondes et je pense que ça doit vraiment venir d'une demande. Je pense que dans la majorité des cas c'est le souhait d'une patiente. Plutôt spontanément. Quand elles arrivent, elles ont déjà fait des recherches sur internet. »

3.5.1.2. Un choix réfléchi

L'impact lourd de la contraception définitive implique une décision murement réfléchie pour laquelle les médecins attendaient de leur patiente une préparation psychologique. Le délai de réflexion étaient jugé court et long à la fois.

E12 : « Pour moi, il faut vraiment qu'il y ait eu un cheminement et une réflexion dans cette décision la. Ce n'est pas une décision qu'il faut prendre sur un coup de tête quoi. C'est quelque chose dont la patiente doit avoir murement réfléchi avant. Cela nécessite un délai de réflexion personnel quand même. 4 mois c'est court et long en même temps. »

3.5.2. Un choix de couple

Le médecin de famille possède un statut privilégié dans la connaissance de ses patients dans leur globalité. Il possède un rôle important d'échange et permet d'inclure, plus facilement, le couple dans les discussions.

E7 : « En tant que médecin de famille tu soignes en général le mari et la femme. Donc je conseille d'en parler à son conjoint, c'est une très bonne chose d'un point de vue personnelle et de couple. »

3.5.2.1. Le consentement du mari

Quelques pays dans le monde imposent un consentement signé de la part du mari pour accorder une stérilisation tubaire. Ce questionnement a beaucoup fait réagir les médecins interrogés. De manière général, ils s'accordaient à dire qu'il est indispensable de communiquer au sein d'un couple lorsque la femme prend cette décision. Mais l'obligation d'obtenir le consentement du conjoint était considérée comme une infantilisation de la femme.

E12 : « Au sein du couple, qu'elle en parle au mari je trouve ça normal car c'est une décision qui va impacter sur la vie et l'avenir du couple. Mais de la à demander l'autorisation ça non, je trouve ça avilissant au possible. Pour moi on infantilise la femme, ça me paraît un peu arriéré. »

E9 : « Le choix du mari, ce n'est même pas la peine d'en parler. Il n'y a rien de plus rabaissant que ça. Moi je suis féministe, si vous voulez tout savoir. Donc pour moi il est hors de question de demander l'avis du mari. Je pense que c'est un sujet de couple mais après la décision revient uniquement à celui qui va faire la chirurgie. »

3.5.2.2. La vasectomie

Parler de contraception définitive féminine en consultation faisait systématiquement évoquer l'existence de la vasectomie, qui est encore moins rependu en France que la ligature des trompes.

E3 : « Et souvent quand on parle de ce sujet ça rebondit sur la contraception définitive masculine. »

E8 : « J'ai quand même pas mal des patientes qui ont des ligatures. Je serai incapable de donner un chiffre exact mais je dois avoir une centaine de patientes par rapport aux messieurs où je dois en avoir une dizaine. »

Les médecins rapportaient des difficultés à proposer cette technique pourtant moins invasive. L'élément principal auquel se heurtaient les médecins était la perception masculine de la perte de virilité et la peur de l'impuissance suite à l'acte chirurgical.

E8 : « Souvent les freins des hommes c'est parce qu'ils ont peur de l'impuissance. Et ça reste fragile sur ce domaine la. [...] Ils ont vraiment peur des troubles de l'érection même si tu leur dis que ça ne passe pas la. C'est la principale crainte. »

3.6. Le rôle de la société

3.6.1. Une société immuable

Spontanément, l'idée que la ligature des trompes était une pratique très marginale en France a fait ressortir plusieurs aspects de notre société. Premièrement, le poids de la contraception porté par les femmes, conforté par la mentalité latine du sud de la France.

E2 : « On est un pays latin, tout au moins ici à Marseille, où les hommes se disent toujours "je pourrais peut-être toujours avoir un enfant plus tard avec une femme plus jeune." C'est très sexiste mais c'est la réalité ! »

E3 : « Par contre quasi systématiquement se pose la question de la contraception chez le mari. [...] Mon constat c'est qu'on est dans un pays à mentalité latine où, aujourd'hui, un homme n'imagine pas qu'on puisse aller agir en bas. Pour eux, la question de la contraception c'est pour les femmes. Là où dans les pays anglo-saxons, c'est beaucoup plus développé chez les hommes, avec un équilibre beaucoup plus important. »

Deuxièmement les médecins regrettaient de ne pas diffuser de manière plus large l'existence de la ligature des trompes. Ils estimaient que cela était en partie du à notre culture Française pour laquelle la sexualité restait encore tabou.

E9 : « Je pense que c'est quelque chose qui n'est pas encore très connu du public, ça reste tabou, je pense que c'est quelque chose dont on ne parle pas assez. »

3.6.2. Une évolution sociétale

Lors de ces dernières années, la médecine a beaucoup évolué. Avec ce paradoxe de vouloir tout contrôler associé à un rejet de la médecine classique avec l'émergence des mouvements antivax et le refus des hormones.

E5 : « Maintenant les femmes de la génération de Greta Thunberg, elles ne veulent plus d'hormone. Des femmes qui veulent une méthode naturelle, sans hormone, c'est la grande mode ! C'est vraiment le profil type. »

E7 : « Je ne pense pas qu'il faut faire un parallèle avec les vaccins mais en ce moment on est très critique sur tous les médicaments. Mais en même temps on veut continuer à tout contrôler et tout soigner. »

En parallèle, il y a de plus en plus de femmes qui affirment leur non-désir d'enfant pour privilégier leur carrière professionnelle ou par convictions écologiques.

E5 : « Les femmes plus âgées sont inquiètes par ce qu'elles entendent mais elles se disent en même temps féministes. Je me dis tu ne peux pas être féministe et refuser la contraception ! La pilule c'est ce qui a fait la révolution des femmes depuis les années 70, qui les a libérées, qui a fait qu'elles décident. »

E6 : « Il y a de plus en plus de femme qui ne veulent pas d'enfant. Les obliger à en avoir c'est "normaliser" un truc. Si on ne veut pas d'enfant on ne veut pas d'enfant. »

Un autre argument avancé pas les médecins était l'instabilité des couples avec une augmentation du nombre de divorce.

E11 : « C'est aussi avec l'évolution de la société actuelle avec le nombre de divorces qui augmentent. [...] Le fait de se dire que si jamais les gens se séparent, ils ne peuvent plus avoir d'enfant. Le côté définitif ça peut déranger beaucoup de monde. »

3.6.3. Le poids des médias

Dans cette volonté de promouvoir l'existence de la ligature des trompes, les médias étaient perçus comme un facteur d'amélioration pour faire connaître du grand public.

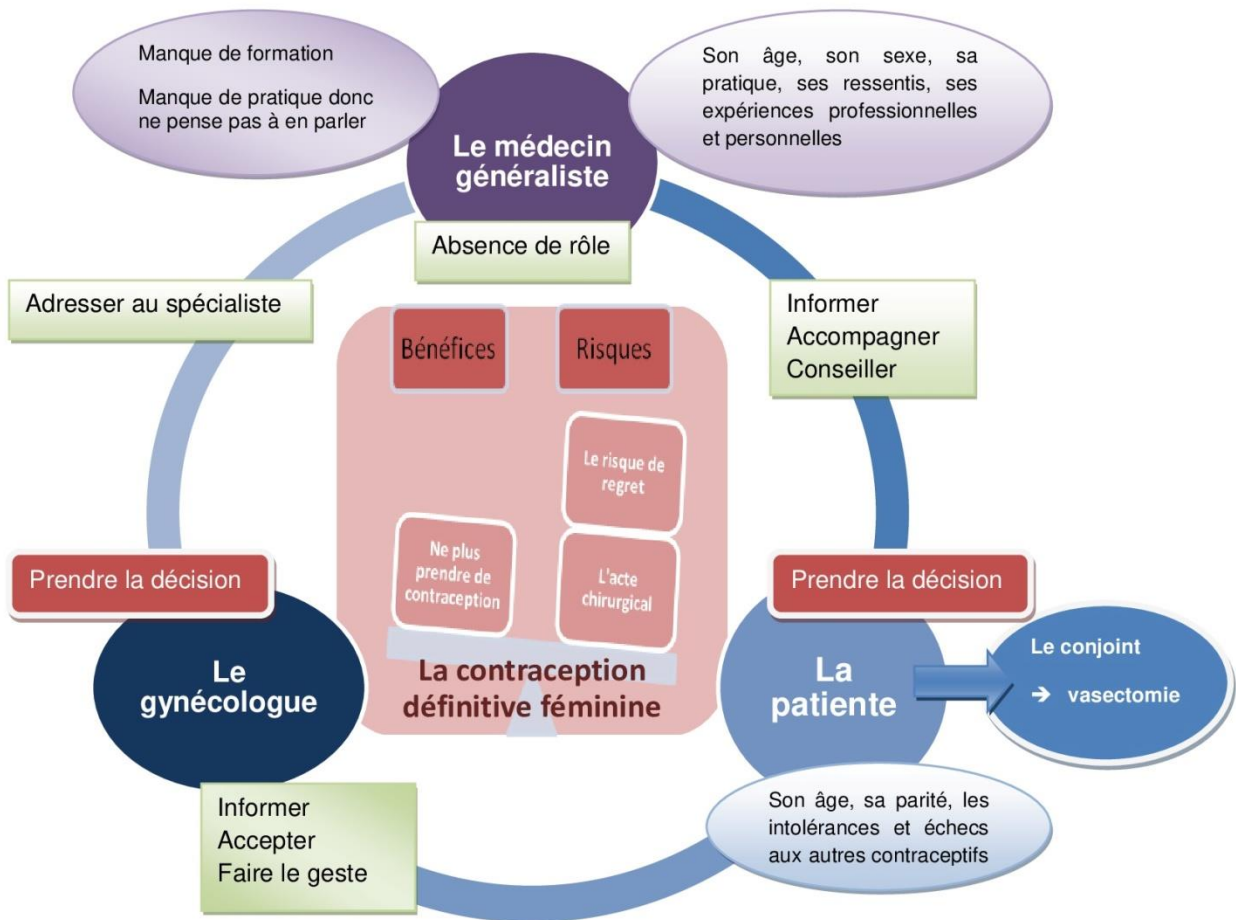
E9 : « Moi je pense qu'il faudrait un peu plus en parler. Pourquoi ne pas faire des spots à la télé en parlant de la contraception et de la stérilisation tubaire. On leur dit de porter le masque pour le Covid, pourquoi ne pas faire des spots publicitaires sur la contraception ? Je pense que c'est bien d'en parler car il y a des femmes que ça soulagerait bien. »

A l'inverse les médias pouvaient aussi avoir une influence négative. Certains médecins leur reprochant d'avoir eu un impact négatif lors débat médiatique autour des dispositifs Essure.

E8 : « A un moment donné, ils en avaient parlé des Essure, je ne sais plus si c'était à la télé, dans un journal ou autre. A partir de là on a eu effectivement les retours négatifs. [...] Une fois que ça passe à la télé ou dans les journaux c'est terrible ! Ça a un effet ! Car il y a avait même eu un rapport de l'HAS qui disait qu'il n'y avait pas lieu de ne plus les proposer... »

E2 : « Et puis maintenant qu'on n'a plus les Essures, ça a forcément un impact. Déjà on le propose moins et les femmes ne dissocient pas les 2. Elles ont entendu dans les médias qu'il y a avait des effets secondaires et elles pensent que ce sera pareil avec une ligature. »

3.7. Modélisation des résultats



4. DISCUSSION

4.1. Critique de l'étude

4.1.1. Force de l'étude

J'ai fait le choix d'une étude qualitative. Cela me semblait plus adapté car elle permettait d'explorer les ressentis, les opinions, les comportements et les représentations des personnes interrogées. L'objectif était de comprendre des éléments subjectifs et d'analyser leur approche lors des consultations pour mieux les appréhender. Une étude quantitative n'aurait pas été appropriée pour ma problématique.

Je me suis appliquée à respecter au mieux les différentes étapes de la méthodologie de la recherche qualitative afin d'obtenir une bonne validité interne. Pour cela j'ai respecté les lignes directrices de la grille COREQ.

Le choix d'effectuer le recrutement selon plusieurs modalités m'a paru pertinent pour recruter des médecins aux profils variés. J'ai pu obtenir une grande variabilité d'expérience et de profils vis-à-vis de la pratique de la gynécologie au cabinet. Les médecins devaient être installés, ce qui excluait les médecins remplaçants. Ce choix me semblait important car la discussion autour du geste de stérilisation tubaire est intime et nécessite un suivi de la patiente sur le long terme, propre à la pratique du médecin traitant.

Les entretiens étaient effectués dans un cadre anonyme et restreint pour favoriser la mise en confiance et libérer la parole sur un sujet personnel. Le recueil des données a été effectué par des entretiens semi-dirigés modifié au cours des entretiens pour s'adapter aux nouvelles idées exposées. L'objectif était d'encourager la libre expression des médecins et le recueil de données inattendues à travers des questions ouvertes.

A ma connaissance il n'y a pas d'étude similaire réalisée sur ce thème de recherche. Les thèses retrouvées étaient des études quantitatives principalement. De plus, ce sujet est original car la majorité des études sur la contraception définitive ont été réalisées avant de 2017. L'arrêt de la commercialisation des dispositifs Essure,

cette année la, a considérablement modifié l'approche de la stérilisation tubaire en France.

Depuis plusieurs années on remarque un changement dans les pratiques contraceptives avec une diminution des demandes de contraceptifs hormonaux. Cette évolution sociétale en fait un sujet d'actualité.

4.1.2. Faiblesses et biais de l'étude

Avec ma directrice de thèse, il s'agissait de notre première expérience dans le domaine de la recherche qualitative. Je me suis formée avant et durant la recherche par les cours de la faculté d'Aix-Marseille et la lecture d'ouvrages spécialisés. Mais mon inexpérience et mes compétences limitées ont pu influencer la qualité du recueil et de l'analyse des données.

Un biais d'analyse est indéniable car le traitement des données réalisé est soumis à interprétation personnelle, malgré une triangulation des données pour tenter de le réduire.

Particulièrement intéressée par mon sujet de recherche, je me suis lancée dans ce travail avec mes propres idées préconçues et ma subjectivité. J'ai eu des réponses très variées pour lesquelles je ne partageais pas toujours les points de vue. Consciente de cet obstacle, j'ai tenté de rester le plus neutre possible. Je me suis appliquée à garder le maximum d'objectivité durant toutes les étapes, néanmoins un biais de subjectivité reste inévitable et inhérent à tout travail de recherche qualitative.

On retrouve au niveau de l'échantillon sélectionné un probable biais de sélection. Le recrutement était réalisé sur la base du volontariat donc nous pouvons supposer que les médecins ayant répondu favorablement se sentaient plus concernés et intéressés par cette thématique. Pour exemple, lors d'un refus téléphonique, un médecin m'a répondu « Oh ce sujet la en plus, je n'ai rien à dire ! »

Le contexte sanitaire lié à l'épidémie de Covid19 a encouragé la réalisation d'une partie des entretiens par appel téléphonique. Une limitation à l'interprétation des données, notamment non verbales, ne peut être exclue.

Ce choix de sujet de thèse n'est pas neutre. La grande variabilité des profils, d'opinions et d'expériences ont rendu difficile la synthèse en un résultat unique.

4.2. Résultats principaux et comparaison aux données de la littérature

4.2.1. Le rôle du médecin généraliste

En janvier 2019, le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a constaté que le nombre de gynécologues médicaux était inférieur à 1000 (25). On constate alors que l'accès aux gynécologues va devenir de plus en plus difficile. Avec un nombre moyen de consultation pour motif gynécologique estimé à 3.6 par femme et par an, le médecin généraliste va devoir répondre à cette demande qui va grandir au fil des années. A mon sens, en tant que médecin de famille, nous connaissons la vie intime et le parcours de ces femmes. Nous sommes donc un interlocuteur de choix pour repérer celles qui pourraient bénéficier de ces méthodes et les accompagner tout au long de la procédure. En s'intéressant à un sujet dont l'acte est souvent réalisé par un médecin spécialiste, ce travail montre le rôle majeur que peut avoir le médecin généraliste. Il un interlocuteur privilégié auquel les patients accordent leur confiance. D'après une enquête de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) (26), 95% des personnes interrogées évoquent le médecin généraliste pour répondre aux questions qu'ils se posent sur la contraception.

Lors de ce travail, certains des médecins interrogés ont évoqué leur rôle d'écoute et de sensibilisation à l'existence de cette méthode contraceptive, quand d'autres médecins estiment avoir une implication moindre dans l'accompagnement et la prise de décision. On retrouve des résultats similaires dans la thèse de François E et Lejeune C (2) où le faible rôle des médecins généralistes dans le parcours contraceptif des patients vasectomisés était mis en évidence. Pourtant cette même étude montrait l'attente des patients vis-à-vis de leur praticien. Ils souhaiteraient que leur médecin traitant puisse les éclairer sur la fiabilité de la méthode, les risques encourus et les effets sur la sexualité.

Dans une thèse de 2017 portant sur les déterminants de la faible utilisation de la contraception définitive chez les femmes françaises de plus de quarante ans (27), 19,4% des femmes étaient intéressées par la contraception définitive, pourtant plus de la moitié des patientes interrogées ne se sentaient pas assez informées.

Comme le montre mon étude, la contraception définitive est un thème qui divise les médecins. En interrogeant des personnes aux profils variés, j'ai été confronté à des opinions personnelles très hétérogènes. En effet ce sujet d'étude n'est pas neutre, le transfert de vie personnel y joue un rôle majeur où la subjectivité du médecin ne peut se détacher de sa pratique. A l'inverse de nombreuses prises en charge médicales protocolisées pour lesquelles nous avons des recommandations à suivre, je remarque que l'expérience personnelle et les représentations de chaque praticien vient interférer dans sa prise de décision.

Le profil de chacun est susceptible d'influencer la prise en charge des patientes demandeuses de contraception définitive. Il semblerait que les professionnels plus âgés imposent une limite d'âge plus élevée pour accepter une stérilisation tubaire selon le travail de Blavier M (28). Les hommes, les médecins non intéressés par la gynécologie et ceux n'ayant pas reçu de formation complémentaire en gynécologie recommandent moins la contraception définitive selon la thèse de Romero M (29). Ceci étant renforcé par la gêne ressentie des patientes à aborder le sujet avec un médecin du sexe masculin. Ce dernier point était le principal frein évoqué dans la thèse de Champeaux R (30) où six patientes sur dix déclaraient préférer s'adresser à un médecin femme quand il s'agit de gynécologie. Je m'attendais à ce que l'âge, le sexe et le degré d'intérêt pour la gynécologie aient un rôle dans le choix du médecin mais je constate qu'il existe d'autres facteurs comme l'entourage du médecin, son propre moyen de contraception mais encore sa religion. Dans l'étude qualitative menée par Cadot M (31), en dehors d'une contre-indication à une grossesse ultérieure ou aux autres moyens de contraception réversibles, les médecins apparaissent partagés et leur opinion personnelle venaient se joindre à leur décision d'appuyer ou non leur patient.

4.2.2. La difficulté à inclure la contraception définitive parmi les autres contraceptions

Lors des différents entretiens les médecins confirmaient que la contraception définitive faisait bien partie des moyens de contraception, pourtant elle restait très peu proposée en pratique. Une des raisons évoquées était la difficulté à l'inclure parmi l'éventail de contraceptif proposé.

Des résultats concordants sont retrouvés dans la thèse de Romero M portant sur les freins à la contraception définitive en médecine générale (29). 90,6% des répondants considéraient que la contraception définitive faisait partie des moyens de contraception mais, paradoxalement, seulement 21,1% des médecins lançaient le sujet en premier. Ils étaient majoritaires (68,4%) à attendre que la demande vienne du patient pour en parler en consultation.

La stérilisation féminine était placée au 5^e rang des différents moyens de contraceptions abordés devant le patch hormonal, la stérilisation masculine et le préservatif masculin dans les résultats du travail de Blavier M (28). Pourtant, le fait d'aborder la contraception définitive au même titre que les autres moyens de contraception fait partie des recommandations actuelles de la HAS.

4.2.3. Les critères d'accès à la contraception définitive selon les médecins

Dans mon étude, les médecins s'accordaient sur plusieurs critères pour recommander une contraception définitive. Les critères principaux étant l'âge et la parité de la patiente. Dans la thèse de Romero M (29), l'âge était le seul critère cité majoritairement (59%) pour proposer une contraception définitive. Parmi les autres critères nommés, 32,4% répondaient un nombre d'enfants minimum, 25,1% évoquaient la stabilité du couple et 9,8% l'âge du dernier enfant. A noter que le choix du patient n'étaient cité qu'à 34,4%. De même, le travail de Thebault C (32) mettait en évidence une minorité de praticiens (47,2%) pour lesquels le nombre d'enfant avait un rôle dans la décision. En revanche les difficultés de contraception ont été citées par 91,7% des médecins. Ce travail évoquait la motivation, le degré de

compréhension de la patiente et l'âge du dernier enfant, trois critères qui n'ont jamais été abordé dans mon étude.

Quand on interroge les gynécologues, la aussi la limitation d'accès à la contraception définitive est principalement sur l'âge. Selon le travail de Blavier M (28), 44% d'entre eux refuseraient de stériliser une patiente de 30 ans.

Lorsque ces critères ne sont pas remplis, les médecins apparaissaient partagés entre un refus basé sur leur conviction et une attitude respectueuse du choix de la patiente. La décision finale revenant au spécialiste, les médecins généralistes semblaient s'accorder sur le fait que le rôle d'arbitrage ne leur revenait pas.

La contraception chez les personnes en situation de handicap est revenue lors de plusieurs entretiens. Les réponses étaient systématiquement accompagnées d'un sentiment de culpabilité en insistant sur la volonté d'écartier une philosophie eugéniste. La contraception chez les personnes porteuses d'un handicap mental présente souvent des obstacles lors des consultations, comme la difficulté d'observance de la pilule par exemple. La contraception définitive semblait donc être une solution chez certains praticiens. Ce sujet délicat n'a pas beaucoup été étudié dans la littérature. Dans sa thèse qui s'intéressait aux méthodes contraceptives chez les femmes avec une déficience intellectuelle (33), Deville C revenait sur comment aborder la contraception et la sexualité de manière générale dans cette population. Dans sa conclusion, elle privilégiait le choix d'une contraception de longue durée plutôt qu'une stérilisation tubaire.

4.2.4. La peur du regret, le frein principal

La principale crainte des professionnels de santé est que la patiente regrette son choix de contraception définitive. Cette intervention irréversible doit donc être mûrement réfléchi par la patiente. De nombreuses études ont été menées à ce sujet, les taux de regrets variant entre 3 et 15 % (34)(35)(36)(37)(38). On retrouve dans ces études un taux de regret croissant selon le nombre d'années suivant le geste. Par exemple, une étude prospective multicentrique menée sur 14 ans, l'étude CREST, a estimé le risque de regret à 3,9% après 3 ans, 7,5% après 7 ans et 12,7% après 14 ans. Dans la littérature internationale, c'est l'âge de la patiente au moment

de la demande de stérilisation qui a été identifié comme étant le facteur prédictif essentiel de regret ultérieur (34)(36). Selon l'étude de Hillis SD, les regrets étaient plus fréquents chez les femmes de moins de 30 ans. La probabilité cumulée d'exprimer des regrets avant 30ans étaient de 20,3 % alors qu'elle était de 5,9% chez les femmes de plus de 30 ans au moment de la stérilisation (37). Ces données ont été confirmées par d'autres études plus récentes (35)(36). L'âge était donc la seule variable qui avait une association statistiquement significative de regret. En revanche le fait de ne pas avoir eu d'enfant avant la stérilisation n'a pas démontré une majoration des chances de manifester des regrets. Ceci a été retrouvé dans de nombreuses publications et a été confirmé en 2015 par Heckel S lors d'une conférence de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM).

C'est le changement de conjoint qui semblait en être la motivation principale mais il existe d'autres facteurs qui peuvent amener une patiente à regretter d'avoir eu recours à une stérilisation tubaire. On peut évoquer les problèmes gynécologiques qui avaient suivi l'intervention, le mauvais vécu psychologique avec le sentiment de perte de féminité et la perte d'un enfant par exemple (32)(39). De même, le post partum et le post abortum immédiats sont des périodes de fragilité psychologique exposant au risque de regret.

4.2.5. Le manque de formation des médecins généralistes

Parmi les données que rapportait l'étude, les médecins présentaient certaines lacunes sur la législation et les techniques utilisées pour réaliser une ligature des trompes. Je pense que cela peut expliquer, en partie, une relative absence de rôle de la part de certains praticiens. En effet, il est nécessaire d'avoir les connaissances pour apporter une information complète et éclairée aux patientes.

Dans la thèse Romero M (29) seulement 23,7% des médecins avaient connaissance que toute personne majeure pouvait bénéficier d'une intervention de contraception définitive et 32,2% connaissaient l'existence du délai légal de réflexion de 4 mois. De plus, seul un tiers des interrogés savaient que l'avis du conjoint n'était

pas nécessaire. Dans la thèse de Cauchy M, un médecin sur deux pensait que la nulliparité et l'âge inférieur à 40 ans étaient des contre-indications.

Dans les thèses de Costes M (40), de Nicolle C (41) et de Romero M (29), respectivement 62%, 69,2% et 56,2% des médecins interrogés jugeaient leur formation initiale en gynécologie insuffisante.

Le cadre de la formation initiale des médecins généralistes est précisé dans un arrêté publié au journal officiel. Son rôle est de lister les objectifs à acquérir, qui sont, pour le second cycle « Prescrire et expliquer une contraception ; discuter les indications de la stérilisation masculine et féminine. » et, pour le troisième cycle « Nécessité de réaliser un stage de 6 mois en gynécologie et/ou en pédiatrie. » On remarque alors que l'enseignement théorique exigé n'est pas très détaillé et laisse une grande liberté aux enseignants des différentes universités. Selon les facultés, l'enseignement peut se retrouver très inégal.

4.2.6. La vasectomie

Il serait difficile de parler de ligature des trompes sans évoquer la vasectomie. En France, chaque année, 35 000 femmes obtiennent une contraception définitive, contre seulement 2000 hommes. Cette technique reste très marginale alors qu'elle est plus simple, moins invasive, plus économique, plus facilement réversible et présente un taux de complication post-chirurgicale plus faible qu'une ligature des trompes. Cette méthode contraceptive présente donc de nombreux avantages associés à un meilleur indice de Pearl. En effet, comme nous le montre le tableau en Annexe 5, la vasectomie est plus efficace. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer dans ce tableau que la méthode contraceptive la plus efficace est l'implant devant les contraceptions définitives par intervention chirurgicale.

Dans leurs réponses, les médecins évoquaient spontanément la vasectomie lorsqu'ils parlaient de la contraception définitive féminine mais rapportaient de nombreux freins de la part des patients.

Malgré des avantages évidents, cette technique reste très anecdotique en France (42). Ils sont pourtant bien plus nombreux dans les pays les pays anglophones. Peu nombreux sont les pays où la proportion de vasectomie est plus élevée que la

ligature des trompes ; on le trouve notamment au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande, en Corée du Sud, en Australie, au Bhoutan, en Espagne et aux Pays-Bas

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette situation. Premièrement, je pense que l'implication du conjoint dans la contraception reste très limitée en France. Selon la thèse Cudennec E (43) seulement 3% des femmes ont choisi leur moyen de contraception avec leur conjoint. La thèse de sociologie de Ventola C (44) vient appuyer l'idée qu'en France, la contraception, et en particulier la contraception définitive, reste essentiellement une problématique gérée par les femmes. Deuxièmement, il persiste encore beaucoup d'idées reçues concernant la vasectomie avec la crainte symbolique de perte de virilité. Lors des entretiens réalisés dans le cadre de la thèse de François E et Lejeune C (2), les hommes exprimaient leur peur de devenir impuissant suite à ce geste.

4.2.7. Une évolution sociétale

Lors de l'écriture de ce travail, nous sommes marqués par des changements sociologiques qui sont le rejet de la prise hormonale et l'affirmation par une partie de la population du non-désir d'enfant.

Symbole de la libération sexuelle et de l'émancipation féminine des années 1970, la pilule semble aujourd'hui être au centre des questionnements féministes. Depuis la crise de la pilule en 2012, les femmes sont demandeuses de méthode non hormonale avec un désir affirmé de retour à des cycles naturels. Elle est non seulement perçue comme une méthode contraignante mais les effets secondaires possibles de cette méthode contraceptive sont souvent pointer du doigt. Ses effets supposés sur le corps sont la prise de poids, l'acné, la baisse de la libido, les troubles de l'humeur et la majoration du risque de cancer du sein. Le désamour pour la pilule s'explique aussi par la crainte d'une infertilité persistante après l'arrêt et le rejet des hormones artificielles pour leur questionnement écologique. La pollution provoquée par le déversement massif d'hormones de synthèse dans le milieu naturel est ici accusée.

De plus, 4,3 % des femmes déclarent ne pas avoir d'enfant et ne pas en vouloir, selon l'Institut national d'études démographiques (INED) (45). La baisse de la fécondité enregistrée dans les pays occidentaux peut-être expliquée par plusieurs phénomènes. D'une part, le changement de mode de vie avec une modification de l'articulation entre la carrière professionnelle et la vie privée. Et d'autres part, l'émergence de nouvelles valeurs qui valorisent la limitation du nombre d'enfant. En effet, certains couples mettent en avant leur choix «responsable» dont le non-désir d'enfant s'explique par un faible impact environnemental. Dans une recherche effectuée à la clinique Jules Verne (46), 20,3% des femmes de moins de 35ans demandaient une stérilisation tubaire à visée contraceptive pour motifs politiques et écologiques.

Par ailleurs, on note un retard de l'âge pour concevoir les enfants et une augmentation du nombre de séparation, cela pourrait majorer le risque de regret suite à l'intervention.

4.2.8. Le contraste de la contraception définitive en France et dans le monde

Le recours à la stérilisation à visée contraceptive est nettement moins répandu en France que dans de nombreux autres pays du monde. Plusieurs hypothèses sont envisageables pour l'expliquer :

- En France, le coût de la contraception est pris en charge en partie par l'assurance maladie. Ceci étant renforcé depuis le 1^{er} janvier 2022, passant de 18 à 26 ans l'âge pour obtenir un remboursement de 100% des soins et thérapeutiques liés à la contraception (47). Dans d'autres pays, la contraception est à la charge des patientes.
- Je pense que la propagation des informations autour de la contraception définitive féminine peut être secondaire au plan de régulation des naissances dans des pays comme la Chine et l'Inde par exemple. Leur place parmi les pays où la prévalence de la stérilisation féminine est le plus important pouvant être la conséquence partielle de la politique de l'enfant unique.

4.3. Perspectives

Après analyse de mes résultats, il est possible de proposer quelques pistes de réflexion pour élargir la portée de mon étude et esquisser différentes propositions d'amélioration.

4.3.1. Renforcer la formation des médecins généralistes

Mon étude a permis de mettre en évidence quelques carences dans la formation des médecins généralistes. Selon moi, le premier facteur d'amélioration à envisager est donc de renforcer leurs connaissances. Il faudrait non seulement améliorer la formation initiale universitaire mais aussi développer des formations continues facilement accessibles pour les praticiens.

Les bénéfices attendus seraient de pouvoir mieux répondre aux interrogations des patients et de pouvoir renforcer l'argumentation sur le rapport bénéfice/ risque de la technique. En offrant une réponse complète aux patients nous pourrions dissiper les idées reçues sur cette procédure et étendre le panel de contraceptif proposé lors des consultations.

4.3.2. Diminuer le risque de regret avec des aides décisionnelles

Le médecin généraliste se retrouve aussi à évaluer le risque de regret. Une des perspectives serait de trouver des aides à cette décision.

Une solution évoquée lors des entretiens serait de favoriser une décision collective en développant les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) par exemple. Ainsi le choix serait partagé par le médecin traitant et le spécialiste. De plus on pourrait développer le réseau local et le lien avec les gynécologues. Si les médecins généralistes connaissent les gynécologues réalisant le geste et leurs critères, il sera plus facile d'adresser les patientes.

Par ailleurs, il existe des scores d'aide à la décision comme le score de Lerat, par exemple. Ce score prend en compte l'âge de la patiente, la parité, l'âge du dernier enfant, le nombre de recours à des interruptions volontaires de grossesse, les antécédents personnels pouvant compliquer une grossesse et les contre-indications aux autres moyens de contraception. Le seuil décisionnel est de 6. Lors

du travail de recherche de Blavier M (28), seuls 16% des professionnels avaient recours à un score d'aide à la décision pour poser l'indication d'un recours à la stérilisation tubaire.

4.3.3. Faire connaître du grand public

Lors des entretiens, plusieurs interrogés partageaient leur ennui que cette méthode contraceptive ne soit pas connue des patientes et déclaraient une volonté de changer cela. En effet, seulement 18% des femmes de plus de 40 ans connaissaient la stérilisation à visée contraceptive dans thèse de Cudennec E réalisée en 2012. L'une des perspectives offerte par ce travail serait donc de favoriser l'élargissement des connaissances des patientes.

Je pense qu'il ne faut pas attendre que les patientes abordent le sujet d'elles-mêmes car nombreuses sont les femmes qui ne la connaissent pas. Il est de notre rôle d'évoquer l'existence de cette technique contraceptive.

Une autre solution serait de s'intéresser à la visibilité qu'offrent les médias pour faire connaître du grand public. Car même si seulement 8 % des patients déclarent avoir confiance en internet selon une enquête de l'INPES (26), j'estime que les médias peuvent être une source complémentaire au discours médical véhiculé par les professionnels. Aux Pays-Bas par exemple, l'éducation sexuelle à l'école est obligatoire et des campagnes publicitaires sont organisées régulièrement (48). Organiser des campagnes d'informations destinées à la population ciblée serait une piste de réflexion.

4.3.4. Accepter le choix parfois discordant entre patient et personnel médical

Si la loi de juillet 2001 autorise toute femme majeure à accéder à la contraception définitive, elle n'oblige pas les médecins à accepter de la pratiquer, c'est ce que l'on appelle la clause de conscience. Selon une enquête de la FNCGM réalisée en 2007, 43% des gynécologues affirmaient se réserver le droit de refuser le geste chirurgical sur les critères de l'âge et du nombre d'enfants. Ainsi certaines femmes de moins de 35ans rencontrent des difficultés pour y accéder. C'est cette opposition liée à l'incompréhension du corps médical qui est source de nombreux

témoignages de revendications sur les forums et les réseaux sociaux (49)(50)(51). Ces femmes se sentent infantiliser dans un choix qui leur est propre et reprochent une médecine avec prise de décision unilatérale. Selon les centaines de témoignages recueillis en quelques heures dans l'émission « les maternelles » sur France tv (52), les femmes déclaraient vivre un parcours du combattant avec un sentiment de solitude en se heurtant au refus systématique de la part du médecin.

Il serait donc intéressant de compléter ce travail par des entretiens auprès des patientes elles-mêmes. Cela permettrait de mieux comprendre leurs attentes et d'évaluer l'écart entre nos motivations. On pourrait aussi proposer d'organiser une consultation d'éthique qui permettrait d'écouter les motifs et les histoires des femmes comme lors d'une étude réalisée à Nantes en 2020 (46).

4.3.5. Intégrer l'homme dans le processus de choix contraceptif

Il me semble nécessaire d'impliquer l'homme et de recentrer le choix contraceptif sur le couple et non seulement sur la femme. Selon plusieurs études les hommes semblent prêts à assumer la responsabilité de la contraception (2)(53). Un des freins actuels étant le manque d'alternative contraceptive au préservatif. Mais en ce qui concerne la contraception définitive, la vasectomie semble être une méthode privilégiée car plus simple, plus efficace, moins invasive et plus économique que la ligature des trompes.

5. CONCLUSION

Légalisée depuis juillet 2001, la contraception définitive féminine reste une méthode de contraception très peu utilisée en France en comparaison aux autres pays dans le monde. L'objectif de cette étude qualitative était de mettre en lumière la pratique des médecins généralistes et d'analyser leurs représentations afin de pouvoir comprendre les motivations et les freins à la diffusion de cette contraception.

Au travers des résultats riches et nombreux de ce travail, les professionnels apparaissaient partagés sur le processus décisionnel pour proposer et accepter cette méthode contraceptive. Les principales raisons avancées étaient, d'un côté la nécessité d'un geste chirurgical invasif avec un risque de regret ultérieur, et d'un autre côté, une contraception efficace non hormonale au parcours simple. Pour ne pas laisser le médecin seul face aux demandes qu'il reçoit, on pourrait proposer de favoriser une décision médicale partagée par le développement de réunion de concertation pluridisciplinaire et l'aide d'un comité d'éthique par exemple.

Cette recherche a, par ailleurs, mis en évidence un degré d'implication variable des médecins généralistes. Ils sont nombreux à ne pas prendre conscience du rôle central qu'ils pourraient avoir dans la procédure de choix contraceptif. Pourtant, la diminution du nombre de gynécologues dans les prochaines années va certainement provoquer une augmentation de l'investissement des médecins généralistes dans la pratique du suivi gynécologique. Loin d'un simple rôle d'orientation vers le spécialiste, sa connaissance du patient dans sa globalité lui donne un statut privilégié d'échange. Son rôle de première ligne n'a pas non plus pour but de se substituer aux gynécologues mais de proposer, d'expliquer et d'écouter les demandes des patientes pour y répondre au mieux. Une des perspectives serait de renforcer la formation initiale des praticiens pour diminuer le manque de connaissance sur la contraception définitive.

Présenter tous les moyens de contraceptions de la manière la plus neutre possible fait partie des recommandations de la Haute Autorité de Santé pour accorder une meilleure couverture contraceptive. En développant le réseau local

interprofessionnel de santé et en informant le grand public, l'accès des femmes à cette contraception pourrait être plus adapté.

Sans chercher à promouvoir la contraception définitive de manière déraisonnée, ce travail met en évidence qu'il serait intéressant de l'intégrer dans l'éventail contraceptif proposé par les médecins généralistes pour améliorer le choix éclairé des couples.

Pour conclure je reprendrai l'énoncé de la campagne d'information de 2007 de l'INPES « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ».

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Institut national d'études démographiques : Quelles sont les méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde ? [Internet]. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/faq/methodes-contraception-les-plus-utilisees-monde/>
2. François E, Lejeune C. Relations des patients vasectomisés à leur médecin généraliste: expériences, attentes et interactions. Université de Grenoble ; 2021.
3. « La stérilisation », Spirale, vol. 68, no. 4, 2013, pp. 178-182.
4. Haute Autorité de Santé : Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme [Internet]. [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752765/fr/sterilisation-a-visee-contraceptive-chez-l-homme-et-chez-la-femme
5. Article L2123-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 27 févr 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687388/
6. Livret stérilisation à visée contraceptive [Internet]. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret_sterilisation_a_visee_contraceptive.pdf
7. Organisation mondiale de la Santé : Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives - 5e éd. [Internet]. [cité 14 avr 2022]. 210 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249591>
8. Dhainaut C. Tubal sterilization: which methods for which patients? 2006 ;6.
9. Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Am J Obstet Gynecol.* avr 1996;174(4):1161-8; discussion 1168-1170.
10. Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization. U.S. Collaborative Review of Sterilization Working Group. *N Engl J Med.* 13 mars 1997;336(11):762.7.
11. Kulier R, Boulvain M, Walker D, Candolle G, Campana A. Minilaparotomy and endoscopic techniques for tubal sterilisation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(3):CD001328.
12. Haute Autorité de Santé : Synthèse des méthodes contraceptives [Internet]. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
13. Lawrie TA, Kulier R, Nardin JM. Techniques for the interruption of tubal patency for female sterilisation. *Cochrane Database Syst Rev.* 5 août 2016 (8):CD003034.
14. Mills K, Marchand G, Sainz K, Azadi A, Ware K, Vallejo J, et al. Salpingectomy vs tubal ligation for sterilization: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 1 mars 2021;224(3):258-265.e4.

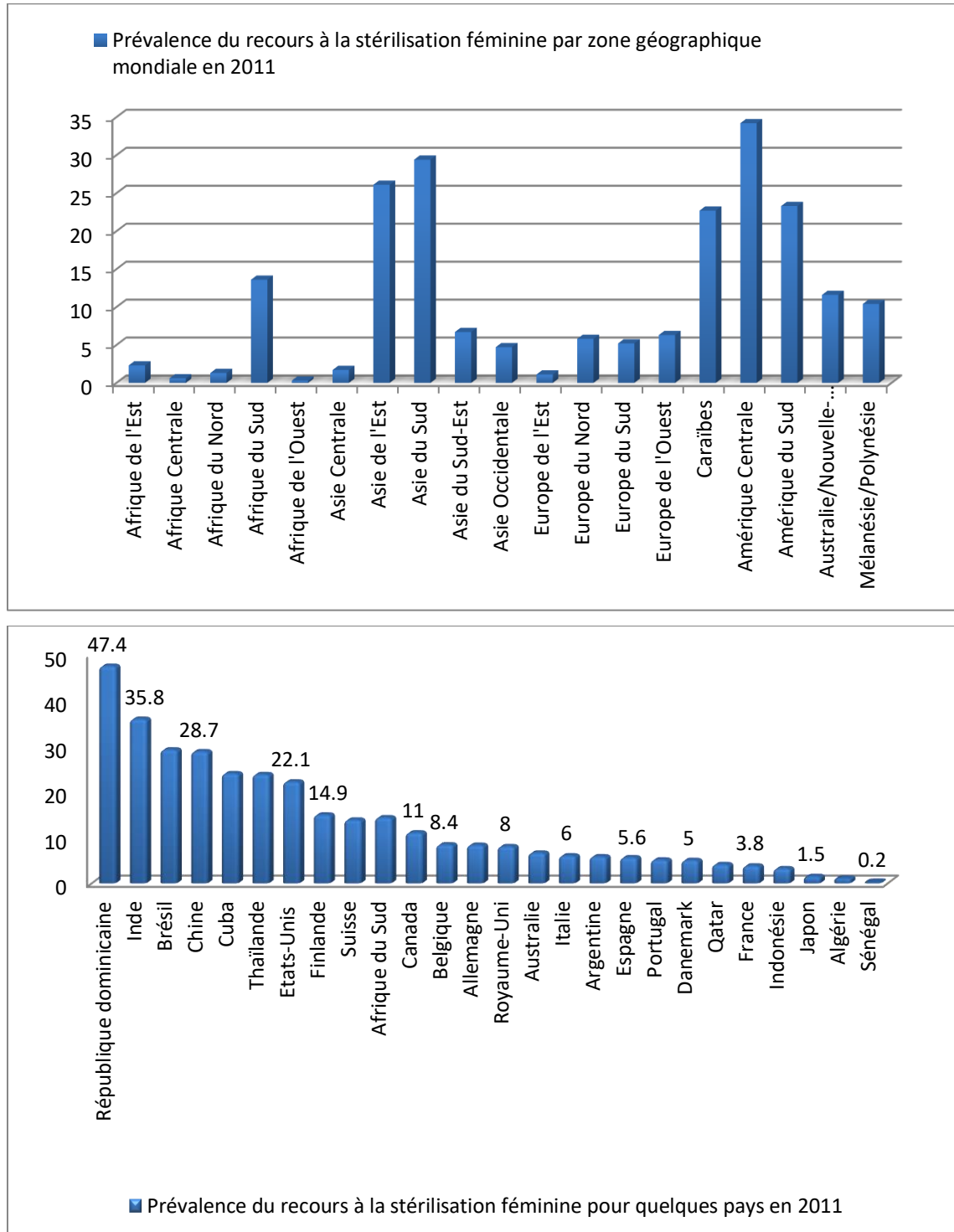
15. Panorama des cancers en France 2021 [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/pdf_inca/preview/303372/4327939/file/Panorama%20des%20cancers%20en%20France_2021.pdf
16. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine (1989-2018) - Les données sur les cancers [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine>
17. Cibula D, Widschwendter M, Majek O, Dusek L. Tubal ligation and the risk of ovarian cancer: review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 1 janv 2011;17(1):55-67.
18. Rahib D, Le Guen M, Lydie N, Baromètre santé 2016 - Contraception. *Santé public France*. 2016;8.
19. Allen RH, Cwiak CA, Kaunitz AM. Contraception in women over 40 years of age. *CMAJ Can Med Assoc J*. 16 avr 2013;185(7):565.
20. Roland N, Drouin J, Desplas D, Duranteau L, Cuenot F, Dray-Spira R, et al. Impact of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) on contraception use in 2020 and up until the end of April 2021 in France. *Contraception*. avr 2022;108:505.
21. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, The COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod*. 1 mai 2003;18(5):9949.
22. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : Interruptions volontaires de grossesse en 2018. [Internet]. [cité 27 févr 2022]. Disponible sur: <https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/drees-sept-2019.pdf>
23. Le Quotidien du Médecin : Face à la pénurie de gynécologues médicaux, généralistes et sages-femmes soulignent leur propre rôle central [Internet]. [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/face-la-penurie-de-gynecologues-medicaux-generalistes-et-sages-femmes-soulignent-leur-propre-role>
24. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative - ScienceDirect [Internet]. [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012314004331>
25. Manque de gynécologues médicaux en France - 15^e législature. Sénat [Internet]. [cité 28 avr 2022].
26. Institut CSA : Les Français et la contraception 2012 [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/24718757-Les-francais-et-la-contraception.html>
27. Hallès V, Pigache C. Déterminants de la faible utilisation de la contraception définitive chez les femmes françaises de plus de quarante ans. Université de Lyon I ; 2017.
28. Blavier M. Stérilisation tubaire dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais : Etat des lieux des pratiques professionnelles. Université Lille II ; 2018.
29. Romero M. Existe-t-il des freins à la contraception définitive en médecine générale ? Enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Bretagne, de Midi-Pyrénées et de Normandie. Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2014.

30. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes : enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres. Université de Poitiers ; 2013.
31. Cadot M. Pratiques et représentations de médecins généralistes à l'égard de la contraception définitive féminine: étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Université européenne de Bretagne ; 2014.
32. Thébault-Le Rohellec C. Prise en charge d'une demande de contraception définitive en médecine générale: comment accompagner les patientes ? Université de Nantes; 2013.
33. Deville C. La contraception chez la femme déficiente intellectuelle. Faculté de pharmacie de Grenoble ; 2017.
34. Legendre G, Varoux M, Nazac A, Fernandez H. Regret après stérilisation tubaire hystéroscopique par technique Essure®. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. mai 2014;43(5):387-92.
35. Danvers AA, Evans TA. Risk of Sterilization, regret and Age: An Analysis of the National Survey of Family Growth, 2015–2019. Obstet Gynecol. mars 2022;139(3):433.9.
36. Curtis KM, Mohllajee AP, Peterson HB. Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. Contraception. févr 2006; 73(2):205.10.
37. Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. Obstet Gynecol. juin 1999;93(6):889.95.
38. Kariminia A, Saunders DM, Chamberlain M. Risk factors for strong regret and subsequent IVF request after having tubal ligation. Aust N Z J Obstet Gynaecol. nov 2002;42(5):526.9
39. Antoine JM, Dubuisson JB, Tournaire M, Lerat H. Les demandes de déstérilisation tubaire : enquête du Collège national des gynécologues et obstétriciens français. J Gyn Obst Biol Repr 1983;12 :583-91.
40. Costes M, Louzeau-Arnal G. Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Université de Toulouse ; 2006.
41. Nicolle C. Les besoins en formation des médecins généralistes en gynécologie obstétrique : enquête auprès des praticiens de Midi-Pyrénées. Université de Toulouse ; 2004.
42. Sharlip ID, Belker AM, Honig S, Labrecque M, Marmar JL, Ross LS, et al. Vasectomy: AUA guideline. J Urol. déc 2012;188(6 Suppl):2482.91.
43. Barret J. La prise en charge contraceptive des femmes, de plus de 40 ans, en période de transition ménopausique. Recueil auprès de médecins généralistes haut-normands. Université de Rouen ; 2019.

44. Ventola C. Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines. Université Paris-Saclay ; 2017.
45. Institut national d'études démographiques : Rester sans enfant, un choix de vie à contre-courant. [Internet]. 2014 [cité 24 avr 2022]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18704/population_societes_2014_508_choix_sans_enfant.fr.pdf
46. Branger B, Dabouis G, Berthiau D, Durand G, Barre M, David P. Démarche éthique dans les demandes de contraception définitive de femmes majeures de moins de 35 ans sans handicaps et sans problèmes médicaux majeurs. 2020 :25.
47. Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022 : les principales mesures [Internet]. [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15193>
48. Aux Pays-Bas, l'un des taux d'avortement les plus faibles au monde [Internet]. [cité 28 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.la-croix.com/Monde/Pays-Bas-lun-taux-davortement-faibles-monde-2020-10-08-1201118298>
49. Lambaudie E, Coulon C, Dorémieux J, Subtil D. Doit-on considérer la ligature des trompes à visée contraceptive comme un « droit » ? Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 nov 2004;32(11):986-8.
50. Sabbah 713992 F, Bonanni N, Foutre 713832 N von. « En êtes-vous bien sûre ? ». Z Rev Itinerante Denquete Crit Soc. 2016;10(1):168-73.
51. Lalonde D. Regret, shame, and denials of women's voluntary sterilization. Bioethics. juin 2018;32(5):281-8.
52. Stérilisation contraceptive : mon corps, mon choix ? [Internet]. La maison des maternelles. [cité 13 févr 2022]. Disponible sur: <http://www.lamaisondesmaternelles.fr/article/sterilisation-contraceptive-mon-corps-mon-choix>
53. Anne R. Regards des hommes sur la stérilisation à visée contraceptive. Université de Rennes ; 2016.
54. World contraceptive patterns 2013. New York, NY: United Nations. Disponible sur: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>
55. EngenderHealth (Firm), Ross JA, éditeurs. Contraceptive sterilization: global issues and trends. New York, NY: EngenderHealth; 2002. 204 p.
56. Da Silva Cabral C. Contraception et stérilisation des jeunes femmes au Brésil: Autrepart. 1 févr 2015;N° 70(2):165-83.
57. Organisation mondiale de la Santé : Planification familiale/Contraception [Internet]. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

7. ANNEXES

7.1. Annexe 1 : Tableau de la prévalence de la contraception définitive dans le monde



Source (54) : *World Contraceptive Patterns 2013* (www.unpopulation.org)

7.2. Annexe 2: Exemples de législation dans certains pays du monde
(Source : compilation de données) (55)(56)

EUROPE	Conditions nécessaires		
Danemark	25ans		Légal pour raisons contraceptives depuis 1976
Belgique	18 ans		Légal pour raisons contraceptives depuis 2002
Autriche	25ans		Légal pour raisons contraceptives depuis 1974
Finlande	30 ans Ou <30 ans et 3 enfants		Légal pour raisons contraceptives depuis 1985
Croatie	35ans		Légal pour raisons contraceptives depuis 1978
Suède	25 ans (but contraceptif) 18–25 ans (raisons eugéniques de santé)		
ASIE			
Russie	35 ans Ou <35 ans et 2 enfants		
Inde	20 ans Ou <20 ans et 2 enfants		Légal pour raisons contraceptives
Malaisie		Raisons médicales	
Emirats Arabes		Raisons médicales	
Iran		Raisons médicales	

AMERIQUE			
Brésil	25 ans Ou <25ans et 2enfants	Contentement du conjoint nécessaire Délai de réflexion de 60 jours	Légal pour raisons contraceptives depuis 1996
Cuba	32ans et plusieurs enfants		Légal pour raisons contraceptives depuis 1968
République Dominicaine	40 ans et 1 ans Ou 35 ans et 3 enfants Ou 30 ans et 5 enfants Ou 25 ans et 6 enfants		Légal pour raisons contraceptives depuis 1972
Equateur	25 ans et 3 enfants	Consentement du conjoint	Légal pour raisons contraceptives depuis 1992
Honduras	35 ans et 1 enfant Ou 24 ans et 3 enfants		
Panama	5 enfants		Légal pour raisons contraceptives
AFRIQUE			
Niger	35 ans et 4 enfants	Consentement du conjoint	Légal pour raisons contraceptives
Soudan		Raisons médicales	Depuis 1990
Sénégal			Légal pour raisons contraceptives depuis 2009

7.3. Annexe 3: Le guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL

Introduction et présentation :

Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'appelle Marine Paquet, je suis interne de 6^{ème} semestre du DES de médecine générale et mène un travail sur l'abord en consultation de la contraception définitive féminine par les médecins généralistes. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, nous nous intéressons à votre expérience et votre vécu. Vous pouvez exprimer tout ce que vous souhaitez. Cet entretien ainsi que toutes les réponses que vous allez apporter seront confidentielles et anonymisées. Vous pouvez à tout moment demander de stopper ou suspendre cet entretien.

Confirmez-vous votre consentement avec l'autorisation d'enregistrement?

Avez-vous bien compris les informations données ? Avez-vous des questions avant que nous ne débutions ?

Recueil des caractéristiques du médecin interrogé :

Sexe, âge, durée d'installation, mode d'exercice, formation complémentaire en gynécologie, autre formation.

Questions de l'entretien :

1. Qu'est ce que la contraception définitive vous évoque ?
2. Connaissances :
 - 1.1. Quelle est selon vous, la législation Française pour faire une ligature des trompes?
 - 1.2. Que connaissez-vous sur les méthodes utilisées et les répercussions sur la femme?
 - 1.3. A votre avis, quel pourcentage représente la proportion de femme utilisant ce choix de contraception en France ?
2. Pratique :
 - 2.1. Quelles sont, pour vous, les circonstances rencontrées en consultation pour lesquelles vous proposez cette méthode de contraception ?
 - 2.2. Comment abordez-vous ce sujet et comment menez-vous votre entretien?
 - 2.3. Vers qui adressez-vous vos patientes ? Pourquoi ?
 - 2.4. Avez-vous eu des expériences qui vous ont fait changer de pratique ?
 - 2.5. Avez-vous entendu parler des dispositifs Essure et de la fin de leur commercialisation? Qu'en pensez-vous ?
 - 2.6. Présentez vous un intérêt pour la gynécologie en consultation ?
3. Avis personnel :
 - 3.1. Quels en sont pour vous les avantages ?
 - 3.2. Pourquoi cette méthode contraceptive serait un frein pour vous ?
 - 3.3. Quelles difficultés avez-vous vis-à-vis de vos patientes ou à titre personnel ?
 - 3.4. Comment réagiriez-vous si une jeune femme vous faisiez cette demande? Pourquoi ?
 - 3.5. Savez vous que certains pays imposent un nombre d'enfant minimum et/ou le consentement du mari pour obtenir une stérilisation à visée contraceptive, qu'en pensez-vous ?

Je vous remercie de votre participation à cette étude. Souhaiteriez-vous évoquer certains éléments de votre vécu que nous n'aurions pas pu aborder au cours de cet entretien ?

GUIDE D'ENTRETIEN MODIFIE

Introduction et présentation :

Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'appelle Marine Paquet, je suis interne de 6^{ème} semestre du DES de médecine générale et mène un travail sur l'abord en consultation de la contraception définitive féminine par les médecins généralistes. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, nous nous intéressons à votre expérience et votre vécu. Vous pouvez exprimer tout ce que vous souhaitez. Cet entretien ainsi que toutes les réponses que vous allez apporter seront confidentielles et anonymisées. Vous pouvez à tout moment demander de stopper ou suspendre cet entretien.

Confirmez-vous votre consentement avec l'autorisation d'enregistrement?

Avez-vous bien compris les informations données ? Avez-vous des questions avant que nous ne débutions ?

Recueil des caractéristiques du médecin interrogé :

Sexe, âge, durée d'installation, mode d'exercice, formation complémentaire en gynécologie, autre formation.

Questions de l'entretien :

1. Que représente pour vous la contraception définitive féminine?
2. Connaissances :
 - 3.6. Quelle est selon vous, la législation Française pour faire une ligature des trompes?
 - 3.7. Que connaissez-vous sur les méthodes utilisées ?
 - 3.8. A votre avis, quel pourcentage représente la proportion de femme utilisant ce choix de contraception en France ? Comment expliquez-vous ce chiffre ?
4. Pratique :
 - 4.1. Quelles sont les situations pour lesquelles vous proposez cette méthode de contraception ? Est-ce de vous même ou à la demande des patientes ?
 - 4.2. Comment abordez-vous ce sujet et comment menez-vous votre entretien?
 - 4.3. Avez-vous eu des expériences qui vous ont fait changer de pratique ?
 - 4.4. En tant que médecin généraliste, quel est votre rôle dans ce choix contraceptif ?
5. Avis personnel :
 - 5.1. Quels en sont pour vous les avantages ?
 - 5.2. Quels hésitations ou obstacles avez-vous pu avoir ?
 - 5.3. Quel est votre ressenti personnel sur cette méthode contraceptive ? Comment cela modifie votre approche ?
 - 5.4. Vous êtes en consultation avec une patiente de 20ans ne voulant pas d'enfant qui vous demande des informations sur la contraception définitive, quelle est votre réponse? Pourquoi?
 - 5.5. Savez vous que certains pays imposent un nombre d'enfant minimum et/ou le consentement du mari pour obtenir une stérilisation à visée contraceptive, qu'en pensez-vous ?

Je vous remercie de votre participation à cette étude. Souhaiteriez-vous évoquer certains éléments de votre vécu que nous n'aurions pas pu aborder au cours de cet entretien ?

7.4. Annexe 4: Caractéristiques des médecins interrogés

	Sexe	âge	Durée d'installation	Mode d'exercice	Formation complémentaire en gynécologie	Autres formations	Durée et moyen de réalisation de l'entretien
E1	H	64	25 ans	Cabinet libéral seul		MSU	34 : 03 En présentiel
E2	H	73	47 ans	Cabinet libéral seul	DU de gynécologie DU d'échographie DU de colposcopie DU de sénologie DU d'oncologie DU de pathologies maternelles et grossesse		23 : 31 En présentiel
E3	H	42	15 ans	Cabinet libéral de groupe	DU de gynécologie		32 : 25 Entretien téléphonique
E4	F	43	18 mois	Cabinet libéral seul		DESC d'urgence	24 : 04 Entretien téléphonique
E5	F	42	10 ans	Cabinet libéral de groupe		MSU	18 : 29 En présentiel
E6	F	40	11 ans	Cabinet libéral de groupe		MSU	24 : 12 En présentiel
E7	H	34	4 ans	Cabinet libéral de groupe			23 : 05 Entretien téléphonique
E8	F	47	18 ans MG 3ans gynécologie seule	Cabinet libéral de groupe	DU de gynécologie DU de colposcopie (Activité 100% gynéco)	DU de phytothérapie	32 : 01 Entretien téléphonique

E9	F	34	4 ans	Cabinet libéral de groupe	DU de gynécologie DU de PMA (Activité 60% gynéco)	DU de médecine d'urgence	30 : 24 Entretien téléphonique
E10	F	34	2 ans	Cabinet libéral de groupe			18 : 21 En présentiel
E11	F	32	4 ans	Cabinet libéral de groupe			
E12	F	41	12 ans	Cabinet libéral de groupe	DU de gynécologie	MSU	27 : 26 Entretien téléphonique

7.5. Annexe 5: Indice de Pearl des différentes méthodes contraceptives

Source : OMS juin 2020 (57).

Méthode	Efficacité théorique (utilisation régulière et correcte)	Efficacité en pratique
Implants	0,1	0,1
Stérilisation masculine (vasectomie)	0,1	0,15
Stérilisation féminine (ligature des trompes)	0,5	0,5
Dispositif intra-utérin (DIU) au Lévonorgestrel	0,5	0,7
Dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre	0,6	0,8
Méthode de l'aménorrhée lactationnelle 6mois	0,9	2
Contraceptifs injectables à progestatifs seuls	0,2	4
Contraceptifs oraux et combinés (COC) ou « pilule »	0,3	7
Pilule à progestatif seul ou « minipilule »	0,3	7
Patch contraceptif combiné	0,3	7
Anneau vaginal contraceptif combiné	0,3	7
Méthode des jours fixes	4	12
Préservatifs masculins	2	13
Retrait (coït interrompu)	4	20
Préservatifs féminins	5	21

Indice de Pearl = le nombre de grossesses observées pour 100 couples utilisant une contraception donnée durant un an.

8. LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CO : Cancer de l'ovaire

CPP : Comité de Protection des Personnes

DIU : Dispositif intra utérin

DU : Diplôme inter-universitaire

FNCGM : Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale

HAS : Haute autorité de santé

INED : Institut national d'études démographiques

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MSU : Maîtres de stage des universités

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMA : Procréation médicalement assistée

SUDOC : Système universitaire de documentation

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

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 seront 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.