



HAL
open science

Déterminants du poids des facteurs de risque de regret dans la décision de ligature tubaire par les professionnels de santé de Vendée

Clément Ebeyer-Masotta

► To cite this version:

Clément Ebeyer-Masotta. Déterminants du poids des facteurs de risque de regret dans la décision de ligature tubaire par les professionnels de santé de Vendée. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04765837

HAL Id: dumas-04765837

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04765837v1>

Submitted on 4 Nov 2024

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITE

FACULTE DE MEDECINE

Année 2024

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Clément EBAYER-MASOTTA

Présentée et soutenue publiquement le *16/09/2024*

**Déterminants du poids des facteurs de risque de regret dans la décision de
ligature tubaire par les professionnels de santé de Vendée**

Président : Monsieur le Professeur THUBERT Thibault

Directeur de thèse : Madame la Docteure BRIYS Lorraine

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Thibault THUBERT, merci de me faire l'honneur de présider ce jury et du temps que vous m'accordez.

À Madame la Docteure BRYs Lorraine, merci pour votre dévouement à la direction de ma thèse, à la participation à l'évaluation de mon travail et pour l'intérêt que vous lui avez porté.

À Madame la Docteure FERTRAY ALLIER Camille, merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury pour juger mon travail de thèse. Votre regard de médecin généraliste du secteur est très important.

À ma mère, qui m'a permis d'en arriver ici aujourd'hui dans mes études et qui accessoirement, a permis de ne pas s'arracher les yeux sur l'orthographe de cette thèse

À mon père, qui me réserve probablement de quoi fêter cette thèse dignement.

À ma petite sœur, soutien indéfectible. Tu as beau te dévaloriser constamment, sache que pour moi, tu es et as toujours été un modèle.

À Gabrielle, le plus beau des cadeaux que je puisse te faire ce serait de ne pas trop en faire sur les remerciements. Alors simplement merci, non seulement pour l'écriture de ma thèse, mais aussi pour tout ce bonheur que tu m'apportes au quotidien. Je t'aime.

Aux petits colocs, Marion, Biquette et Pauline qui m'ont accompagné tout au long de ce chemin. Une nouvelle aventure s'offre à nous aujourd'hui, mais sachez que vous serez toujours les bienvenus pour qu'on la partage ensemble.

À la Dago : Jeremy, Alex, Stéphane, Pierre, Lolo, Colin, Razi, Baptiste, Kiyoko, Ly Chhun et Alexia. Vous avez été ma 2e famille. Le temps n'a pas d'emprise sur l'amour que je vous porte tous.

À Lolo, 2^e dédicace mais tu le mérites bien, tu as un peu changé mais la nouvelle Lolo est encore mieux que la précédente et c'était difficile de faire mieux alors chapeau ! Petite attention particulière à Lio et aussi à tes petits compagnons de vie, avec un amour encore plus fort pour Nyny (oui maintenant je peux le dire j'ai une préférée)

À Salem, Baptiste, Cyril, Christophe, Vincent, Christine, Jean-Marie, Thelma vous m'avez tous transmis un peu de ce qui fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui et vous m'avez maintenu dans l'amour de la médecine.

À mes collègues, passés, présents et futurs : Camille, Hélène, Anne Sophie et Alice. Nous ferons une super équipe j'en suis sûr.

À tous mes co-internes, compagnons dans les galères mais aussi dans les grandes joies qu'apporte l'internat.

À Billy pour qui j'ai une pensée émue, à Edwige et Stella que je couvrirais bien mieux qu'elles ne le fassent, à Simone avec qui je m'apprête à vivre plein d'aventure et à une future boule de poils qui prendra place dans mon cou l'hiver.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENT	3
LISTE DES ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
I. Etats des lieux de la contraception en France	7
A. Histoire de la contraception	7
B. Paysage contraceptif français actuel.....	8
II. La contraception permanente féminine.....	9
A. Définition	9
B. L'intervention	10
III. La contraception dans le monde	11
A. Les habitudes contraceptives dans le monde	11
B. Les habitudes contraceptives par région du monde.....	12
C. L'utilisation de la contraception permanente selon les pays.....	13
IV. Dilemme éthique : entre volonté des femmes et devoir du médecin.....	13
A. Facteurs de risque de regret	13
B. Facteurs de risque de grossesse non désirée.....	15
C. Le choix, une histoire de compromis	15
MATERIEL ET METHODE.....	18
I. Résumé de l'étude	18
A. Contextualisation	18
B. Question de recherche	18
C. Critère de jugement principal.....	18
D. Critères de jugement secondaire	19
II. Type d'étude	19
III. Constitution de l'échantillon	19
IV. Elaboration du questionnaire	19
V. Diffusion du questionnaire	19
VI. Recueil et analyse des données.....	20
RESULTATS	21
I. Caractéristiques de la population	21
II. Les cas.....	22
A. Cas 1	22

B. Cas 2	25
C. Cas 3	28
D. Cas 4	31
E. Cas 5	34
DISCUSSION	37
I. Biais de l'étude.....	37
II. Revue des cas.....	37
A. Cas 1	37
B. Cas 2	38
C. Cas 3	38
D. Cas 4	39
E. Cas 5	39
III. L'harmonisation des pratiques pour répondre aux nouvelles préoccupations de la société.....	40
A. Le risque de regret	40
B. La question de la natalité en France	40
C. Les nouvelles demandes des femmes	41
IV. Proposition d'un parcours de soin dédié.....	42
A. Création de centre dédié.....	42
B. Conditions d'accès au parcours.....	42
CONCLUSION.....	43
BIBLIOGRAPHIE	45
ANNEXES.....	48
I. Questionnaire :	48
II. Dépliant.....	65
RESUME	66

LISTE DES ABREVIATIONS

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

DIU : Dispositif Intra Utérin

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Procréation Médicalement Assistée

INTRODUCTION

I. Etats des lieux de la contraception en France

A. Histoire de la contraception

Le désir de contrôle des naissances via la contraception n'est pas une problématique moderne. Il a accompagné l'humanité tout au long de son évolution. Ainsi, nous retrouvons déjà des traces d'utilisation de moyens de contrôle des naissances, plus ou moins efficaces depuis l'Antiquité comme le coït interrompu, l'abstinence périodique, l'allaitement prolongé, l'aide de dispositifs comme les tampons vaginaux, des potions, onguents, crèmes ou fumigations et même l'utilisation de préservatifs (même s'ils sont très éloignés de nos préservatifs modernes).(1)

Bien que proscrite par la religion, la contraception subsiste au Moyen Âge en Europe et en Asie et elle traverse les époques.

C'est au XIXe siècle que la lutte pour la contraception et pour l'avortement va s'accroître dans un contexte de révolution industrielle. En effet, avec l'essor du capitalisme et l'explosion de la pauvreté, les questionnements autour du contrôle des naissances sont prégnants et importants. En parallèle, la science permet la fabrication de préservatifs en latex et la mise au point de dispositifs comme le diaphragme associé à des spermicides ou des pompes vaginales.

Le début du XXe siècle voit émerger aux Etats Unis des mouvements d'émancipation de la femme. Ceux-ci promeuvent la nécessité d'un contrôle des naissances. Des guides pratiques à destination des femmes sont réalisés. Le concept de planning familial apparaît et un premier centre est fondé à New York en 1916 sous l'impulsion de Margaret SANGER (2).

Cependant en France, après la Première puis la Seconde guerre mondiale et ses conséquences démographiques, la politique se tourne vers la natalité, ainsi que le durcissement des peines encourues en cas de « propagande anticonceptionnelle » et de réalisation d'avortement. La contraception comme l'avortement se pratiquent alors de manière clandestine et on observe une explosion du taux de mortalité maternelle et infantile.

La fin des années 50 est marquée par la mise sur le marché, puis la commercialisation de la première pilule contraceptive aux Etats Unis (1957 pour l'AMM et 1960 pour la commercialisation) ce qui remet en débat et sur le devant de la scène, le contrôle des naissances. Après plusieurs années de débat et de lutte de la part d'associations, l'autorisation d'importation, d'importation et de commercialisation de contraceptifs entre dans la loi Neuwirth en 1967. A cette occasion, sont créés également les ancêtres de nos plannings familiaux. En revanche, la réalisation d'actes de stérilisation ou d'avortement est toujours punie par la loi.

La pilule qui apparaît comme le moyen contraceptif, le plus efficace et le moins contraignant, prend donc de plus en plus de place dans le paysage contraceptif français. Après 1974, elle prend un essor important avec son remboursement par la sécurité sociale et par l'élargissement de son accessibilité, notamment aux mineures.

En parallèle, d'autres moyens contraceptifs viennent rejoindre l'éventail des possibilités. Ainsi en 1969, du cuivre est ajouté aux DIU pour en augmenter leur efficacité. En 1973, aux Etats Unis, un contraceptif hormonal injectable voit le jour, mais il ne trouvera pas sa place en Europe

En 1975, la loi Veil vient dépénaliser l'avortement et inscrire dans la loi l'IVG et l'IMG sous certaines conditions. Dans les années 1990/2000 apparaissent également l'implant, le DIU hormonal, les pilules de 2^e et 3^e générations ainsi que la contraception d'urgence.

Ce n'est qu'en 2001, à la suite de lutte d'associations pour réviser la loi Veil, que la stérilisation à visée contraceptive par ligature tubaire ou vasectomie devient légale(3).

B. Paysage contraceptif français actuel

La France, comme les autres pays industrialisés, dispose donc d'un panel de contraceptifs utilisables en pratique courante : la pilule contraceptive, le préservatif masculin ou féminin, les DIU (qu'ils soient hormonaux ou en cuivre), l'implant contraceptif, le patch, l'anneau vaginal, la contraception permanente (qu'elle soit masculine ou féminine) ainsi que diverses autres méthodes (utilisation de spermicides, du diaphragme, la méthode du retrait ou la méthode des températures).

En revanche, il est intéressant d'observer une disparité concernant leur fréquence d'utilisation. La première étude d'envergure en France, étudiant les habitudes contraceptives, ainsi que les raisons de leur échec, à savoir l'étude COCON (4) en 2003, montre une certaine forme de schéma dans l'utilisation de la contraception au cours de la vie des femmes. On la nomme : norme contraceptive.

Ainsi on observe l'utilisation de préservatifs lors du début d'une vie sexuelle active, puis l'utilisation d'une pilule contraceptive lors de la stabilisation d'un couple, et ensuite l'utilisation d'un DIU après une grossesse une fois le nombre d'enfants souhaité, atteint par le couple. Néanmoins, on observe que la pilule est de loin le contraceptif le plus utilisé : il s'agit de la contraception de 45,8% des femmes de 18 à 44 ans.

Dans cette étude, seules 2,7% des femmes entre 18 et 44 ans qui ne souhaitaient pas de grossesse n'avaient aucune contraception. Pourtant, 33% des grossesses étaient décrites comme non prévues et parmi celles-ci, la moitié aboutissait à la réalisation d'une IVG. La majorité des grossesses non désirées arrivent donc chez des femmes qui ont pourtant une contraception efficace. Cela montre la désadaptation entre le besoin contraceptif des femmes qui ne prévoient pas de grossesse et la méthode utilisée.

Une campagne est alors lancée en 2007 au niveau national, avec comme slogan : « La meilleure contraception, c'est celle qu'on choisit »(5). Elle devait permettre la promotion de la diversité de la contraception afin de sortir de ce schéma préétabli et souvent défaillant.

En 2010, l'étude FECOND (6) montre l'efficacité partielle de cette campagne. En effet, l'utilisation de la pilule est encore majoritaire, puisqu'elle est encore utilisée par une femme de 15 à 49 ans sur deux. En revanche, pour la première fois, son utilisation diminue légèrement, au profit d'autres moyens contraceptifs hormonaux (implant, anneau vaginal, patch). Pour le reste des contraceptions, on note une légère diminution de l'utilisation des DIU et un usage de la contraception permanente très minoritaire (4,2%).

L'année 2013 marque le début de la « crise des pilules » après le dépôt de plainte d'une femme, victime d'un accident vasculaire cérébral qu'elle impute à l'utilisation d'une pilule de 3^e génération. Le traitement médiatique de cette affaire met en lumière le risque thromboembolique de l'utilisation de la pilule et il aboutit à la fin du remboursement des pilules de 3^e et 4^e génération, ainsi qu'à une certaine forme de méfiance vis-à-vis de la pilule(7). Dans un second temps, un phénomène « d'hormonophobie » s'installe avec une attention particulière, voire un rejet de certaines femmes, vis-à-vis de toutes les méthodes contraceptives hormonales.

Les derniers chiffres de l'INSEE (8) viennent en ce sens, valider à nouveau, le recul de l'utilisation de la pilule, au profit d'autres moyens de contraception, notamment non hormonaux et avec une augmentation de presque 5% de l'utilisation des préservatifs et de 7% des DIU (Figure 1). Néanmoins, on observe une augmentation très modérée en ce qui concerne la contraception définitive (3,5% en 2010 vs 4,4% en 2016)

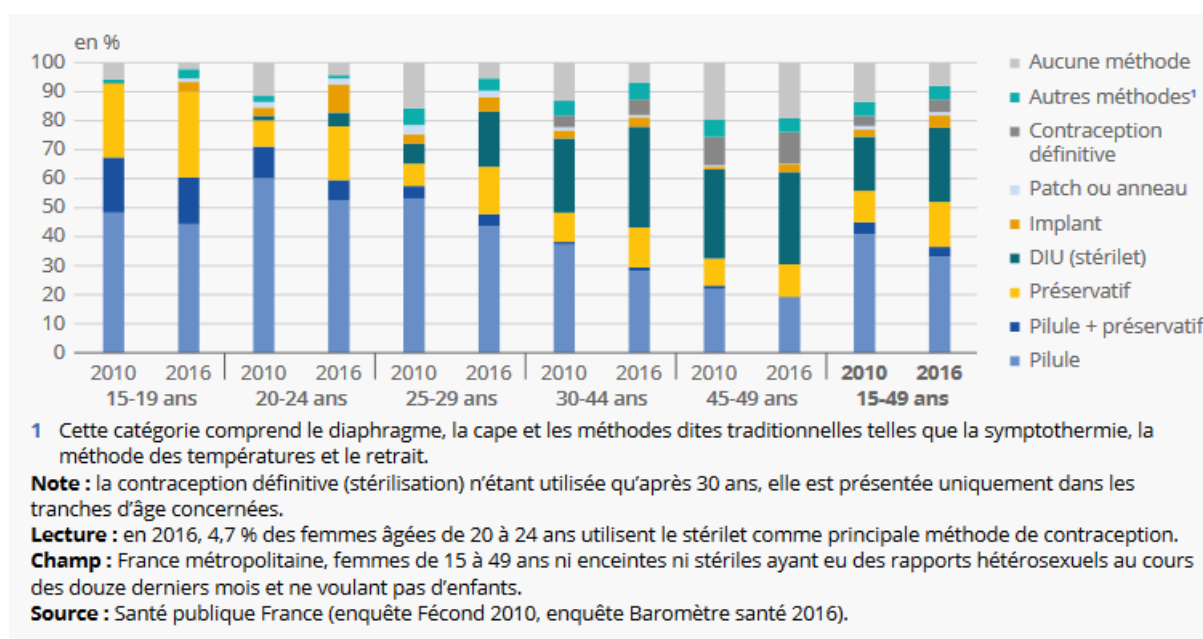


Figure 1 : Méthodes de contraception en France entre 2010 et 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans

II. La contraception permanente féminine

A. Définition

La contraception permanente féminine est un terme générique regroupant l'ensemble des techniques chirurgicales qui visent à empêcher la rencontre de l'ovule et d'un spermatozoïde de façon mécanique par occlusion des trompes de Fallope (9) (10). Actuellement, on préfère le terme de contraception permanente, plutôt que celui de contraception définitive ou de stérilisation à visée contraceptive. En effet, nous verrons qu'elle est, dans certains cas, réversible et que les progrès dans le domaine de la procréation médicalement assistée (PMA) permettent parfois d'obtenir une grossesse. Il est toutefois nécessaire de présenter ce type de contraception, comme permanente et irréversible.

Il existe différentes interventions permettant d'y parvenir : par ligature, par électrocoagulation, ou via un anneau ou un clip. Ces techniques peuvent être réalisées par voie coelioscopique ou bien par voie laparotomique à l'occasion d'une autre intervention chirurgicale (durant une césarienne ou lors de toute autre intervention chirurgicale abdominale).

En France, la ligature tubaire par voie coelioscopique est la technique de référence. Je m'efforcerai donc de la définir ensuite.

La méthode ESSURE, qui avait l'avantage de pas être invasive, puisque passant par les voies naturelles, a été retirée du marché le 18/09/2017, en raison d'effets secondaires à long terme (dont les plus fréquents étaient des douleurs musculo-squelettiques, une asthénie et des douleurs pelviennes)(11)

B. L'intervention

La ligature tubaire par voie coelioscopique est une intervention réalisée dans un établissement de santé, sous anesthésie générale (les anesthésies locorégionales étant rares). L'intervention est généralement d'une durée courte, de l'ordre d'une trentaine de minutes et elle nécessite une hospitalisation de 3 jours maximum.(9) (12)

Elle est efficace immédiatement, contrairement aux moyens contraceptifs hormonaux. L'efficacité mesurée est de l'ordre de 99%.

Les cicatrices laissées sont presque invisibles au niveau ombilical et pubien (point d'entrée entre 5 et 10 mm selon le matériel)(13)

L'arrêt de travail, faisant suite à l'intervention sans complication, est de l'ordre de 4 à 8 jours.

Les complications sont réparties entre risque anesthésique(14) et risque chirurgical per et post opératoire : hémorragie, hématome, infection, douleur post-opératoire.

Les conséquences à long terme d'une ligature tubaire sont multiples.

Tout d'abord, on note un impact sur le cycle menstruel. Si un moyen de contraception hormonale était utilisé précédemment, peuvent être rapportés des troubles du cycle, des dysménorrhées ou des méno/métrorragies. Ces complications sont liées à l'arrêt de la contraception, plutôt qu'à la ligature tubaire en elle-même, puisqu'elles ne sont pas retrouvées chez les femmes qui n'utilisent pas de contraception hormonale. Elle augmente ainsi le risque d'hystérectomie. (15)

Ensuite, elle a généralement, un effet neutre, voire positif sur la sexualité des femmes(16), probablement du fait de la disparition de l'angoisse liée à une grossesse et/ou à l'arrêt d'une contraception hormonale qui peut l'affecter négativement.

Par ailleurs, des études tendent à montrer une diminution du risque du cancer de l'ovaire chez les patientes porteuses d'une mutation BRCA 1. (17) (18)

Enfin, la ligature tubaire peut être source de regret, du fait de son caractère permanent. Cet effet est difficilement mesurable en pratique et il est estimé entre 3 et 8% (19). Les demandes de

reperméabilisation tubaire sont de l'ordre de 1%. A titre indicatif, en 2022 en France, 40 reperméabilisations tubaires ont été effectuées, toutes causes confondues (20) contre 6913 interventions pour ligature tubaire à visée contraceptive (21), soit environ 0,5% des interventions.

Comme évoqué précédemment, bien que décrite comme permanente, la ligature tubaire peut être réversible. On observe un taux de grossesse chez les femmes de moins de 34 ans de l'ordre de 60 à 85% après reperméabilisation ou avec un programme de PMA avec fécondation in vitro.(10).

III. La contraception dans le monde

A. Les habitudes contraceptives dans le monde

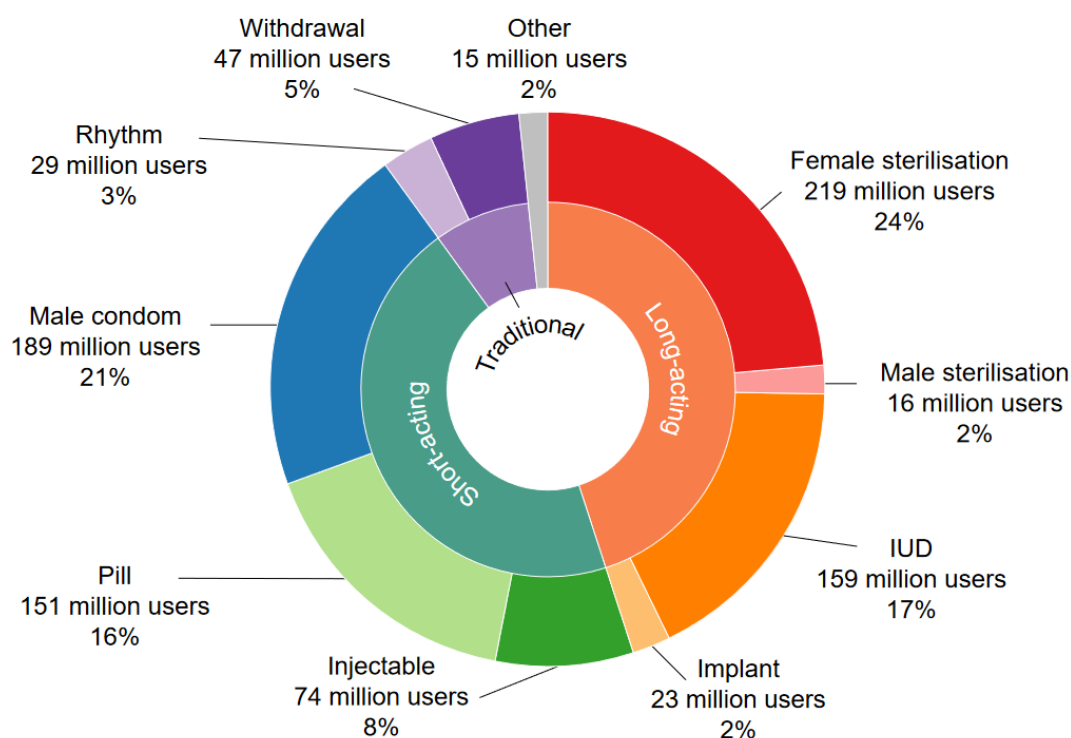


Figure 2 : Estimation du nombre de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et utilisant différents moyens de contraception, dans le monde en 2019(22)

La pilule, qui reste le moyen contraceptif le plus utilisé en France, ne représente que 16% à l'échelle mondiale. La contraception permanente est la contraception la plus utilisée dans le monde, avec 24% des femmes en âge de procréer en 2019. La vasectomie est utilisée de manière minoritaire dans le cadre de la contraception permanente (Figure 2).

B. Les habitudes contraceptives par région du monde

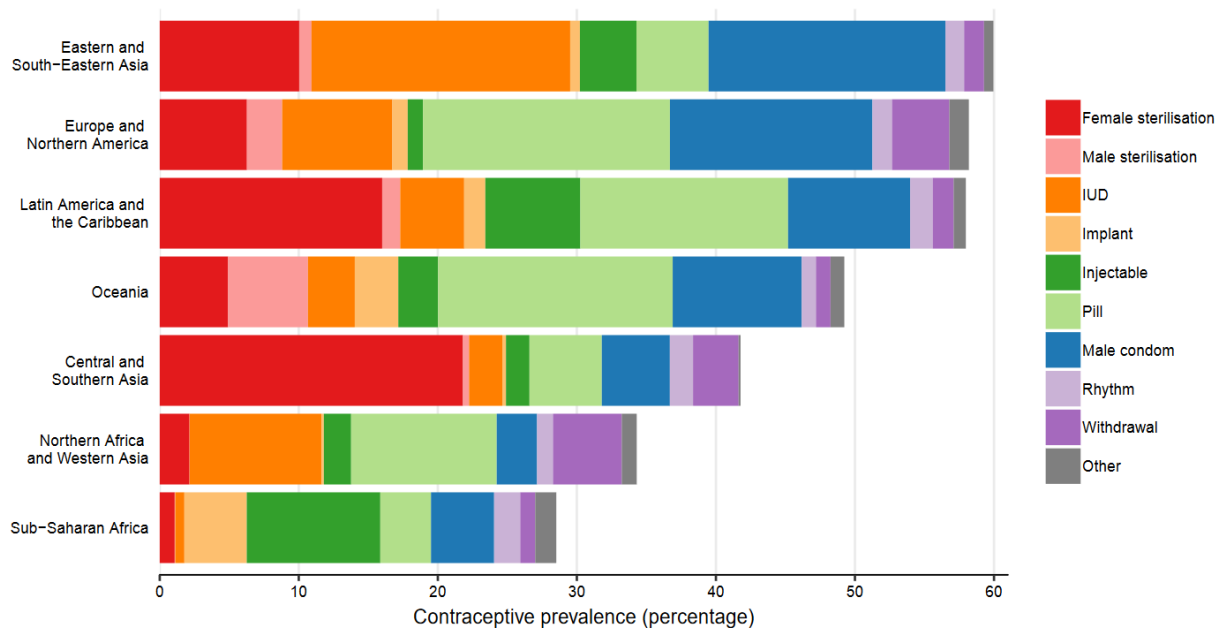


Figure 3 : La prévalence de la contraception par méthode chez les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans), par région, en 2019(22)

Il existe une nette disparité dans les habitudes contraceptives. On observe avant tout que l'utilisation de la contraception n'est pas homogène, avec une utilisation massive dans les pays d'Asie du Sud Est, d'Europe, d'Amérique du Nord, Centrale et du Sud, là où elle est moins utilisée en Océanie, Asie centrale et Afrique. Concernant la contraception permanente féminine (en rouge sur la figure 3), on constate qu'elle est très utilisée dans les pays d'Asie et d'Amérique du Sud, alors qu'elle l'est beaucoup moins en Afrique, en Océanie et dans une moindre mesure, dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord (Figure 3).

Ces disparités peuvent s'expliquer par un manque d'accès à la contraception (par contrainte économique, manque d'informations, absence de structures permettant la délivrance ou la réalisation d'interventions par exemple), par représentation culturelle ou contrainte/incitation politique (politique de l'enfant unique en Chine, stérilisation forcée en Inde, par exemple).

C. L'utilisation de la contraception permanente selon les pays

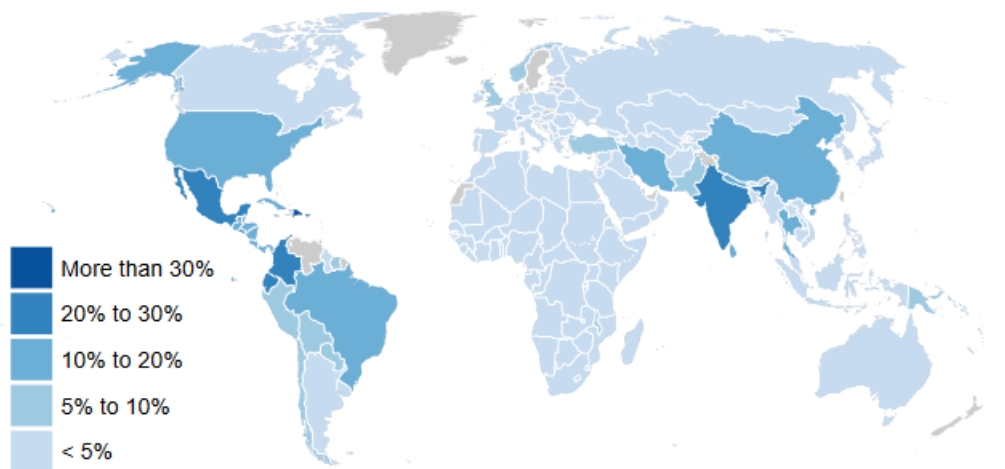


Figure 4 : Estimation de la prévalence de l'utilisation de la ligature tubaire chez les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans), par pays, en 2019(22)

En affinant plus encore l'analyse concernant l'utilisation de la ligature tubaire dans le monde, on observe étonnamment des disparités entre certains pays, pourtant proches en termes de développement économique et socio-culturel. Ainsi et par exemple, la ligature tubaire est utilisée de façon plus importante aux Etats Unis, au Royaume-Uni et en Norvège que dans le reste de l'Europe (Figure 4).

Le cas des Etats Unis peut en partie s'expliquer par les contraintes économiques de la prise d'une contraception, dans un contexte de couverture sociale très variable et dépendante de l'emploi, ainsi que par la remise en question de l'IVG dans certains Etats et donc une peur accrue de grossesse non désirée.

Au Royaume-Uni, comme dans les pays nordiques, la raison est plutôt d'ordre socio-culturel : différence sur le plan de son histoire contraceptive (accès plus tardive à la pilule en Angleterre, mais interventions de stérilisation autorisées dès les années 1960), sur le plan des politiques natalistes, ainsi que sur le plan de l'encadrement et de l'accès...(23)

IV. Dilemme éthique : entre volonté des femmes et devoir du médecin

A. Facteurs de risque de regret

Le risque relatif de regret de la ligature tubaire est difficile à apprécier, car il est fluctuant et il ne conduit pas forcément à des actes de réversibilité de la procédure. Il est compris entre 3 et 8% selon les estimations les plus hautes.(19,24)

Comprendre ces facteurs de risque est essentiel pour mener à bien la consultation qui conduit au choix de la contraception permanente et pour accompagner au mieux les femmes. (25) (19) (26) (24) (27)

Ces facteurs sont :

- **Le jeune âge** : Le risque de regret diminue avec l'âge. C'est le facteur de risque le plus important. En effet, les femmes de moins de 35 ans ont entre 2 et 3 fois plus de risque de regretter leur choix ; les femmes de moins de 25 ans ont 4 fois plus.
- **Le nombre d'enfants** : Les femmes qui recourent à une ligature tubaire, après avoir eu un nombre limité d'enfants sont plus susceptibles de regretter leur décision. Il semble que le risque diminue de façon importante à partir de 2 enfants. Il est néanmoins plus ou moins important, selon la culture.
- **Le statut conjugal** : Les femmes célibataires ou dont la relation conjugale est instable ou en difficulté au moment de la ligature tubaire ont un risque accru de regret.
- **Les difficultés dans l'histoire contraceptive** : Il y a plus de risque de regret quand la contraception permanente est choisie « par dépit » après intolérance ou échec des autres moyens contraceptifs.
- **Des pathologies mineures contre-indiquant une grossesse** : De même que pour les difficultés vis-à-vis de l'utilisation des autres moyens contraceptifs, lorsque la ligature tubaire est choisie « par dépit » pour raison médicale, le risque de regret s'accroît.
- **Le décès d'un enfant** : Le risque est d'autant plus important, si la ligature a lieu dans les 5 ans après le décès d'un enfant.
- **Pression sociale ou familiale** : Les femmes qui subissent une ligature tubaire, sous la pression de leur partenaire ou de leur famille, ont un risque de regret plus important.
- **Manque d'information préalable** : Le manque d'information adéquate sur les alternatives à la ligature tubaire, ainsi que sur les implications et les conséquences de la procédure, peuvent augmenter le risque de regret.
- **Les situations de stress ou la prise de décision rapide, dans une situation anormale** : Les femmes dont la demande est formulée lors de situations de stress comme dans les suites directes d'une interruption de grossesse ou en post partum immédiat sont plus à risque. En revanche, les antécédents d'IVG anciens ne viennent pas influencer sur le risque de regret.

Il est donc crucial pour les professionnels de la santé qu'ils prennent en compte ces facteurs de risque, lorsqu'ils conseillent et accompagnent les femmes au sujet d'une ligature tubaire. Une approche centrée sur la patiente, qui inclut une discussion approfondie des implications de la contraception permanente, ainsi qu'une exploration des motivations et des préoccupations de la femme, peuvent aider à réduire le risque de regret et à garantir une prise de décision éclairée et autonome en matière de planification familiale.

B. Facteurs de risque de grossesse non désirée

Nous avons pu observer précédemment qu'il existe un risque de regret de la ligature tubaire. Nous pouvons mettre en parallèle ce risque avec celui de grossesse imprévue. En effet, une grossesse sur quatre dans le monde n'est pas désirée.

Les facteurs de risque sont multiples et ils varient selon les pays. On note que les deux facteurs principaux, surtout dans les pays en voie de développement, sont la difficulté d'accès à l'information dans le cadre de la planification familiale et la difficulté d'accès à la contraception. (28)

En France, comme dans les autres pays développés, l'accès à la contraception et à la planification familiale est organisé et facilité. Pourtant, nous avons vu dans l'étude COCON (4) que le risque de grossesse non désirée ne dépend pas uniquement de l'utilisation d'une contraception efficace, car les deux tiers de ces grossesses étaient retrouvées chez des femmes qui en utilisent une. Selon le même constat, on observe un recours à l'IVG stable dans le temps, alors que la couverture contraceptive est de nos jours, satisfaisante. (8)

En outre, le risque de grossesse non désirée varie selon les moyens contraceptifs utilisés : chaque contraception a une efficacité théorique différente, qui est estimée par l'indice de Pearl (29). En revanche, le risque de grossesse non désirée ne peut se limiter uniquement à l'inefficacité théorique, puisque le taux de grossesse non désirée dans la vie réelle n'est pas superposable au taux d'échec de la contraception, rapporté par l'indice de Pearl.

Il apparaît alors que le choix de la contraception est crucial dans la diminution de ce risque. L'OMS propose aux professionnels de santé d'appliquer la méthode BERCER (pour Bienvenue – Entretien – Renseignement – Choix – Explication – Retour) afin d'apporter aux femmes toutes les informations nécessaires pour prendre une décision libre et éclairée. Cela permet de diminuer le risque d'abandon de la contraception ou de défaut d'utilisation. Le choix de la contraception doit prendre en compte différents paramètres : les expériences contraceptives passées de la patiente, son mode de vie, ses attentes, ses éventuelles craintes, les effets secondaires possibles prévisibles, les modalités de mise en œuvre de la contraception choisie, etc.

Suite à l'étude COCON, une campagne de sensibilisation est lancée dans ce sens, sous le slogan « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » (5). S'opposer à ce choix pour proposer une alternative non souhaitée, c'est donc s'exposer à l'augmentation du risque de grossesse non désirée.

C. Le choix, une histoire de compromis

Le choix de la réalisation d'une ligature tubaire oppose d'un côté, le risque de regret inhérent au caractère permanent de la ligature et de l'autre, la volonté des femmes en demande de cette contraception et le risque de grossesse en cas de refus.

Or, pour arbitrer cette opposition, la loi tout comme les recommandations de bonnes pratiques ne facilitent que très peu la prise de décision.

Pour ce qui est de la loi, les articles 26 et 27 de la loi du 04/07/2001(3) encadrent la pratique, en excluant les mineures et en limitant l'accès aux personnes « dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle ». Ainsi, la ligature tubaire est réservée pour ces derniers, uniquement en cas de contre-indication absolue des autres techniques et après décision favorable du juge des tutelles. La loi installe également la nécessité d'un délai de réflexion de 4 mois, ainsi que la nécessité d'un accord signé par la patiente. En ce qui concerne le professionnel de santé, elle l'oblige à apprécier si la patiente présente une « volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences. ». Elle ouvre aussi la possibilité pour ce dernier de ne pas réaliser l'intervention tout en devant faire part de son refus dès la première consultation.

En ce qui concerne les recommandations de bonnes pratiques, le CNGOF propose un calcul du risque de regret de la ligature tubaire présenté ci-dessous (Tableau 1)

Tableau 1. Le score de stérilisation sans indication médicale majeure.

Score	1	2	3	4
Âge femme	≤ 35 ans	36-37	38-39	≥ 40
Nombre enfants	2	3	4	≥ 5
Âge dernier enfant	≥ 5 ans			
Pathologies mineures, C-I relatives à la grossesse	1	2		
Difficultés de contraception	1-2	3-4		
IVG	1	≥ 2		

Il propose d'éviter la réalisation d'une contraception permanente chez les femmes de moins de 35 ans, en cas de score < 6 ou au décours d'un accouchement.

Cependant, ces recommandations intéressantes pour évaluer le risque de regret ne mettent pas en avant la volonté des femmes, leurs parcours de vie, ni l'augmentation du risque de grossesses non désirées en cas de refus. Elles excluent des femmes éligibles selon la loi, avant même de s'enquérir de leur situation personnelle.

Il revient donc au professionnel de santé de prendre la meilleure décision lors d'une consultation. Actuellement sous tension, notre système de soin ne laisse alors que peu de place aux consultations longues permettant alors aux femmes d'exposer leur parcours, leurs représentations, leurs projections, leurs craintes, ainsi que leur projet derrière cette demande de ligature tubaire. Au vu des demandes importantes de consultations et des politiques de santé publique, les professionnels sont plutôt encouragés à privilégier des consultations rapides avec des prises de décisions tranchées et immédiates, afin de ne pas avoir à multiplier les consultations.

Le professionnel est alors influencé alors par de multiples phénomènes extérieurs. De manière non exhaustive, l'expérience du professionnel dans la réalisation de ces actes, dans les complications

opératoires rencontrées, dans les regrets éprouvés à postériori peuvent orienter la décision d'un côté ou de l'autre. Par ailleurs, les représentations personnelles des professionnels de santé, sur le plan de la famille, de la parentalité, des convictions spirituelles, des expériences de vie (décès d'un enfant, divorce...) peuvent aussi prendre une place dans la décision.

Je me suis alors demandé : comment peut-on concilier la demande des patientes avec la représentation des médecins afin d'améliorer l'accès à la ligature tubaire ?

MATERIEL ET METHODE

I. Résumé de l'étude

A. Contextualisation

Je suis médecin généraliste remplaçant en Vendée depuis 3 ans. Dans le cadre de ma pratique, j'ai pu être étonné par les obstacles rencontrés par les femmes ayant réalisé une ligature, ou en demande d'en réaliser une, au cours de leur parcours de soin. Elles m'ont rapporté des difficultés inhérentes au déficit de professionnels de santé (difficulté d'obtenir des rendez-vous avec les différents intervenants, délais de consultation parfois de plusieurs mois) mais elles m'ont également fait part de leur mécontentement au sujet des recommandations et des conseils formulés par certains médecins concernant leur choix.

J'ai alors recueilli en consultation, les retours de femmes pour lesquelles l'accès à la ligature tubaire avait été refusé, en raison de leur âge, de leur statut marital ou encore du nombre d'enfants et cela sans réelle harmonisation des réponses apportées par les gynécologues. En me documentant sur le sujet, je me suis aperçu que ces disparités ne concernaient pas uniquement des cas isolés. En effet, de multiples forums, messages sur les réseaux sociaux ou ouvrages féministes font état d'arguments opposés par les professionnels de santé, parfois encore plus invraisemblables que ceux que j'avais observés. (30)

Afin d'améliorer l'accès à la ligature tubaire, j'ai donc cherché à affiner les critères conduisant à un refus de la ligature en Vendée par les médecins généralistes et les gynécologues, et en mettant en concordance ces critères de refus avec la littérature sur le risque de regret de ligature tubaire.

Pour cela j'ai recherché les critères reconnus dans la littérature comme facteur de risque de regret de la ligature tubaire. Puis, j'ai élaboré un questionnaire présentant des cas cliniques autour de ces critères de regret, afin de définir le poids accordé à chacun dans la prise de décision.

La contextualisation par des cas cliniques me paraissait nécessaire afin de faciliter la projection de la pensée des professionnels au travers de situations concrètes.

B. Question de recherche

Dans le cadre du recours à une ligature tubaire, quel est le poids des facteurs de risque de regret dans la prise de décision du médecin ?

C. Critère de jugement principal

Poids des facteurs de risque de regret de la ligature tubaire dans la prise de décision du médecin.

D. Critères de jugement secondaire

Etude de la variation du facteur de risque de regret principal dans la prise de décision.

Influence de l'âge, du sexe du professionnel, de la spécialité médicale, du statut « effecteur » versus « adresseur » sur la prise de décision.

II. Type d'étude

Etude prospective, observationnelle, quantitative par questionnaire à réponses fermées sous forme de cas cliniques.

III. Constitution de l'échantillon

La population cible est constituée de gynécologues, de médecins généralistes, d'internes et de sages-femmes qui interviennent dans le parcours de soin en vue d'une ligature tubaire en Vendée. J'ai choisi de contacter tous les gynécologues de Vendée, soit une soixantaine de professionnels, une centaine de médecins généralistes, les sages-femmes hospitalières, ainsi que les internes présents dans les différentes structures (de gynécologie et de médecine générale).

IV. Elaboration du questionnaire

J'ai choisi d'utiliser le logiciel Google Forms afin d'élaborer et de proposer mon questionnaire.

Le questionnaire comporte cinq cas cliniques et il étudie tour à tour, le poids de l'âge, du nombre d'enfants, du parcours contraceptif, du statut marital et de situations particulières, telles que les antécédents d'IVG ou de recours à la PMA. Les réponses sont anonymes avec la possibilité néanmoins de transmettre une adresse email, permettant alors de bénéficier d'un retour sur les résultats de l'étude.

Par ailleurs, je me suis efforcé d'apporter une nuance à travers la pondération des critères étudiés, pour limiter le biais d'évaluation.

J'ai aussi mis à l'épreuve le questionnaire auprès de six médecins généralistes et d'un gynécologue avant sa diffusion. (Annexe 1 : Questionnaire)

V. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé sous la forme d'un dépliant papier sur lequel était imprimé un QR code conduisant vers le lien du Google Forms. Le dépliant a été réalisé à l'aide du logiciel GIMP et d'images libres de droit. La génération du QR code a été permis grâce au logiciel QRbot. (Annexe 2 : Dépliant)

Ces dépliants ont été remis à tous les secrétariats des gynécologues hospitaliers et libéraux, aux secrétariats des médecins généralistes, ainsi qu'aux sein des services de maternité et de consultation des sages-femmes, exerçant en Vendée.

Pour cela, je me suis rendu directement dans les différents cabinets et services, une première fois. Au vu du faible nombre de retours constatés, je suis retourné une seconde fois, dans leurs principaux centres d'exercice. J'ai également procédé à des relances par email pour les cabinets m'autorisant à les contacter de cette façon.

La diffusion a eu lieu entre le 06 février 2024 et le 06 mai 2024.

VI. Recueil et analyse des données

J'ai extrait les données du Google Forms sous forme de tableur Excel.

J'ai traité les données concernant les caractéristiques de ma population : âge, sexe, statut professionnel et statut d'« effecteur » et d'« adresseur ».

J'ai recueilli la proportion de médecins « effecteurs » qui avaient été confrontés à un regret de ligature tubaire et à la demande des actes visant à rétablir la fertilité chez des femmes ligaturées.

J'ai représenté chaque cas clinique de manière indépendante.

Pour chacun, j'ai représenté la proportion de réalisation de la ligature. J'ai ensuite identifié le facteur de risque de regret principal. Puis, j'ai pondéré les facteurs de risque identifiés sur une échelle de Likert à 5 options de réponse (« pas du tout », « plutôt en défaveur », « neutre », « plutôt en faveur », « extrêmement »). Enfin, j'ai fait varier le facteur de risque principal et j'ai recueilli de nouveau, leur avis concernant la réalisation de la ligature.

Vous pourrez trouver le questionnaire en annexe.

RESULTATS

I. Caractéristiques de la population

Nombre de répondants (n = 53)	Effectif	Pourcentage
Sexe		
Femme	36	67,9%
Homme	17	32,1%
Âge		
25 -29 ans	9	17%
30 – 39 ans	17	32,1%
40 - 49 ans	16	30,2%
50 - 59 ans	8	15,1%
60 – 69 ans	2	3,8%
Plus de 70 ans	1	1,9%
Spécialité		
Gynécologue	12	22,6%
Médecin généraliste	25	47,2%
Interne de Gynécologie	0	0%
Interne de médecine générale	3	5,7%
Sage-femme	13	24,5%
Effecteur de ligature tubaire		
Oui	9	17%
Non	44	83%

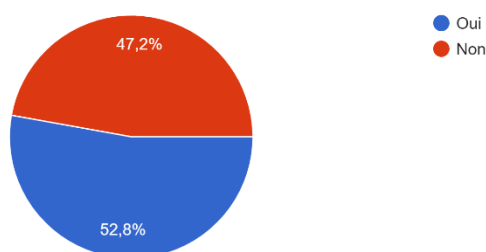
Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population interrogée

II. Les cas

A. Cas 1

Une femme de 20 ans, mariée, 2 enfants, 4 grossesses (2 accouchements par voie basse et 2 IVG chirurgicaux) vient vous voir en consultation pour une demande de contraception définitive car elle a atteint le nombre d'enfants qu'elle désirait et qu'elle ne souhaite pas de contraception réversible (par expérience personnelle d'échec de ces dernières et/ou mauvaise tolérance)

Avec les éléments en votre possession, orienteriez-vous en vue de la réalisation/réaliseriez-vous une contraception définitive ?



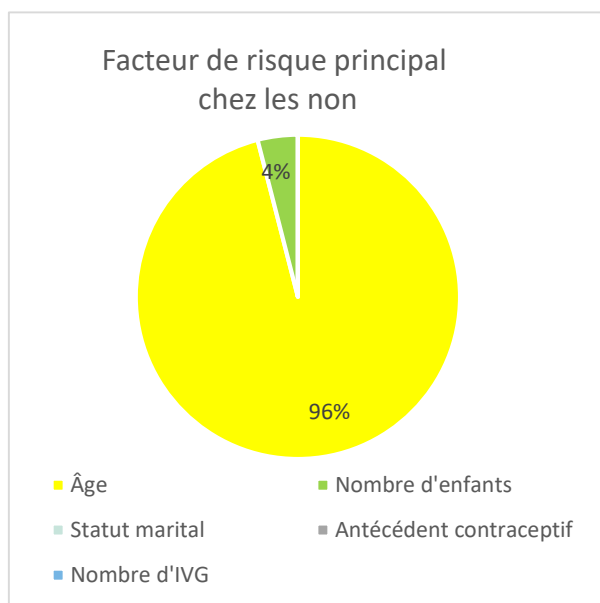
	Oui	Non
Sexe		
Femme	18 (34,0%)	18 (34,0%)
Homme	10 (18,9%)	7 (13,2%)
Âge		
25 -29 ans	7 (13,2%)	2 (3,8%)
30 – 39 ans	8 (15,1%)	9 (17,0%)
40 - 49 ans	6 (11,3%)	10 (18,9%)
50 - 59 ans	5 (9,4%)	3 (5,7%)
60 – 69 ans	2 (3,8%)	0
Plus de 70 ans	0	1 (1,9%)
Spécialité		
Gynécologue	9 (17%)	3 (5,7%)
Médecin généraliste	12 (22,6%)	13 (24,5%)
Interne de médecine générale	2 (3,8%)	1 (1,9%)
Sage-femme	5 (9,4%)	8 (15,1%)
Effecteur de ligature tubaire		
Oui	6 (11,3%)	3 (5,7%)
Non	22 (41,5%)	22 (41,5%)

Tableau 2 : Caractéristiques des répondants selon leur décision dans le cas 1

a) Facteur de risque principal identifié

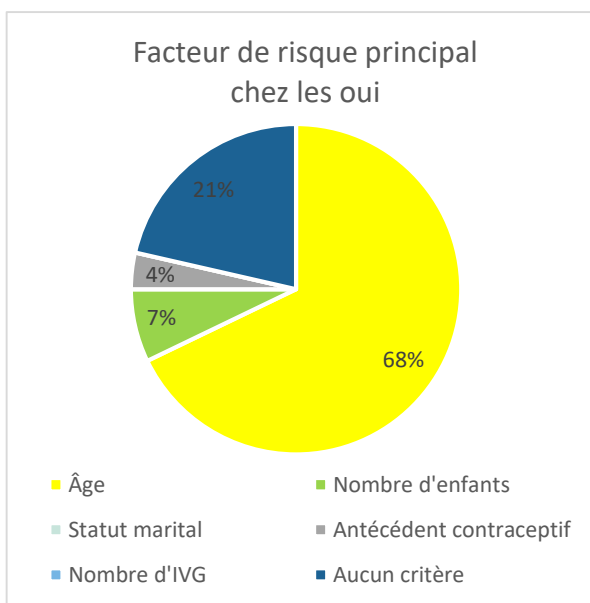
Ceux ayant répondu « non » à la question 1, sont appelés « les non » par la suite et ont répondu à la question suivante :

Quel facteur est le plus important dans votre décision de ne pas accéder à la demande de ligature tubaire ?



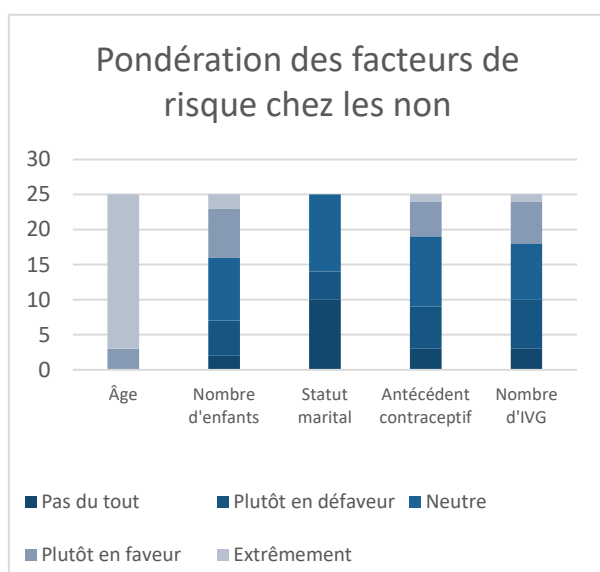
Ceux ayant répondu « oui » à la question 1, sont appelés « les oui » par la suite et ont répondu à la question suivante :

Bien que vous ayez accédé à la demande de ligature tubaire, quel est le critère qui aurait été le plus à même de vous faire changer d'avis ?

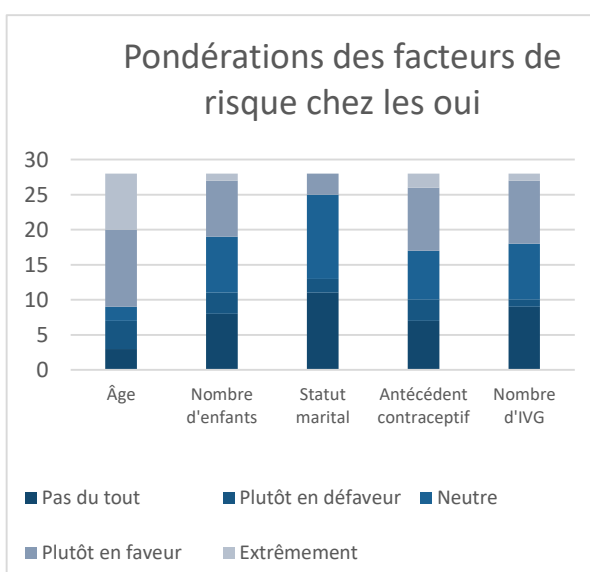


b) Pondérations des facteurs de risques

Dans quelle mesure les critères ci-dessous rentrent-ils dans votre décision de ne pas réaliser la ligature tubaire ?



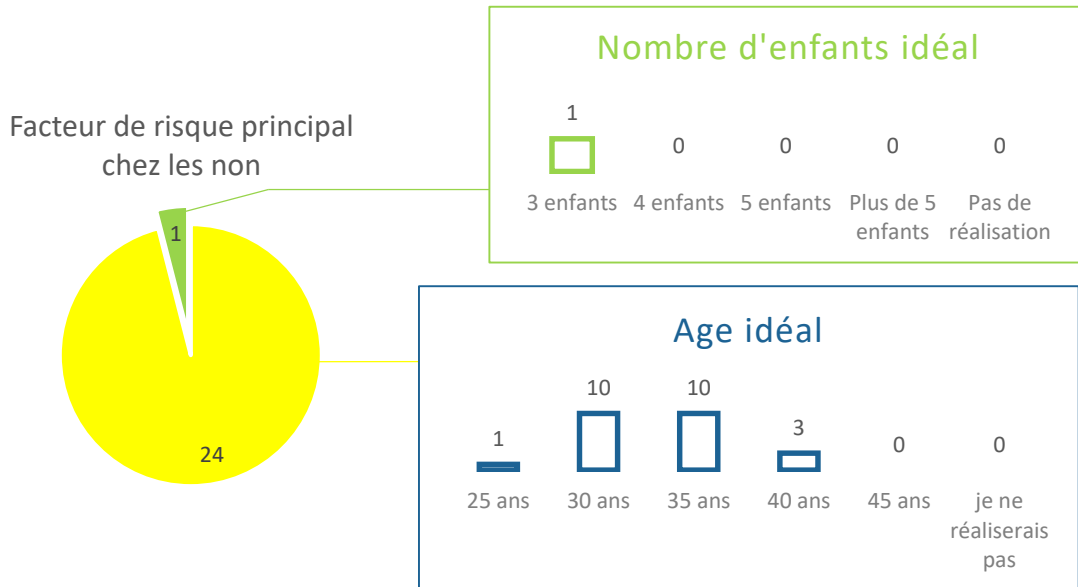
Dans quelle mesure les critères ci-dessous auraient été à même de vous faire changer d'avis ?



c) Variation du facteur de risque principal

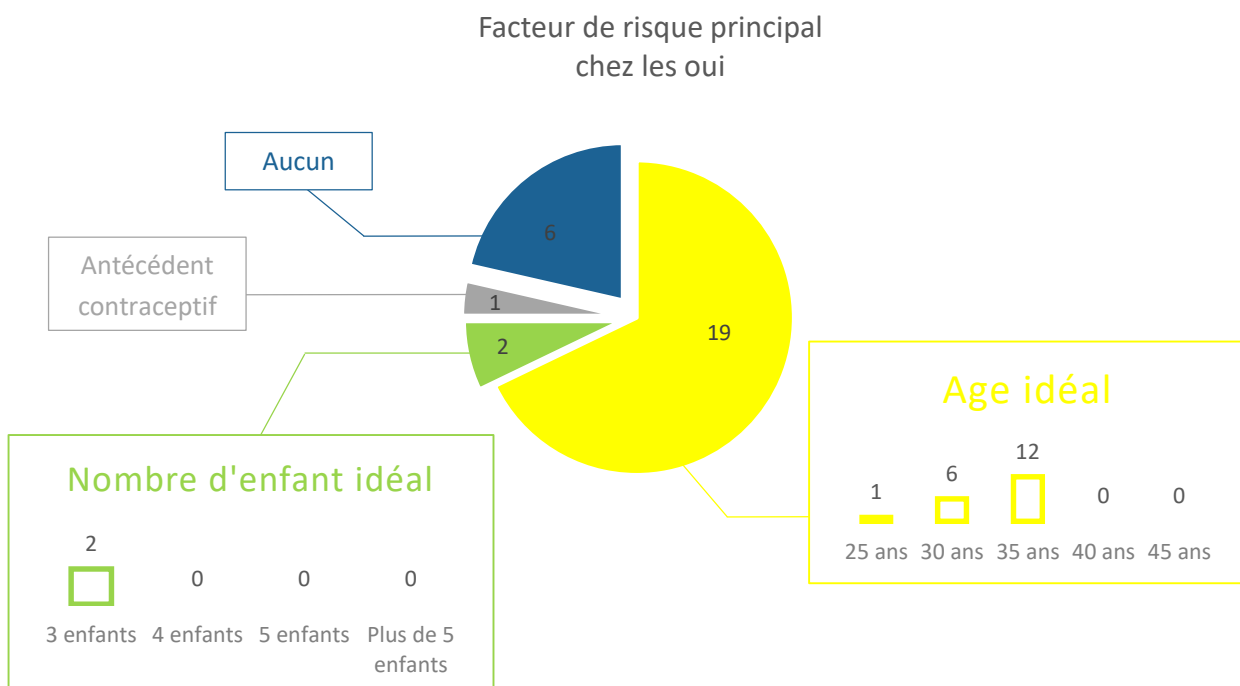
Les non qui ont répondu « âge » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *A partir de quel âge vous semblerait-il acceptable d'accéder à sa demande ?*

Les non qui ont répondu « nombre d'enfants » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *A partir de combien d'enfants vous semblerait-il acceptable d'accéder à sa demande ?*



Les oui qui ont répondu « âge » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *A partir de quel âge vous semblerait-il plus évident d'accéder à sa demande ?*

Les oui qui ont répondu « nombre d'enfants » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *A partir de combien d'enfants vous semblerait-il plus évident d'accéder à sa demande ?*

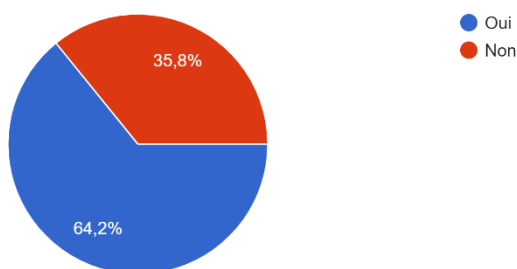


B. Cas 2

Une femme de 30 ans, 1 enfant, 1 grossesse, célibataire, venant vous voir en consultation pour une demande de ligature tubaire.

Elle ne veut pas d'autre enfant, elle a mal toléré son DIU au cuivre, elle ne souhaite pas de contraception hormonale en raison de représentations personnelles et elle a peur lors de chaque rapport de tomber enceinte malgré l'utilisation du préservatif.

Question 1 : Avec les éléments en votre possession, orienteriez-vous en vue de la réalisation/réaliseriez-vous une contraception définitive ?



	Oui	Non
Sexe		
Femme	23 (43,4%)	13 (24,5%)
Homme	11 (20,8%)	6 (11,3%)
Âge		
25 -29 ans	7 (13,2%)	2 (3,8%)
30 – 39 ans	11 (20,8%)	6 (11,3%)
40 - 49 ans	10 (18,9%)	6 (11,3%)
50 - 59 ans	5 (9,4%)	3 (5,7%)
60 – 69 ans	1 (1,9%)	1 (1,9%)
Plus de 70 ans	0	1 (1,9%)
Spécialité		
Gynécologue	8 (15,1%)	4 (7,5%)
Médecin généraliste	15 (28,3%)	10 (18,9%)
Interne de médecine générale	2 (3,8%)	1 (1,9%)
Sage-femme	9 (17%)	4 (7,5%)
Effecteur de ligature tubaire		
Oui	5 (9,4%)	4 (7,5%)
Non	29 (54,7%)	15 (28,3%)

Tableau 3 : Caractéristiques des répondants selon leur décision dans le cas 2

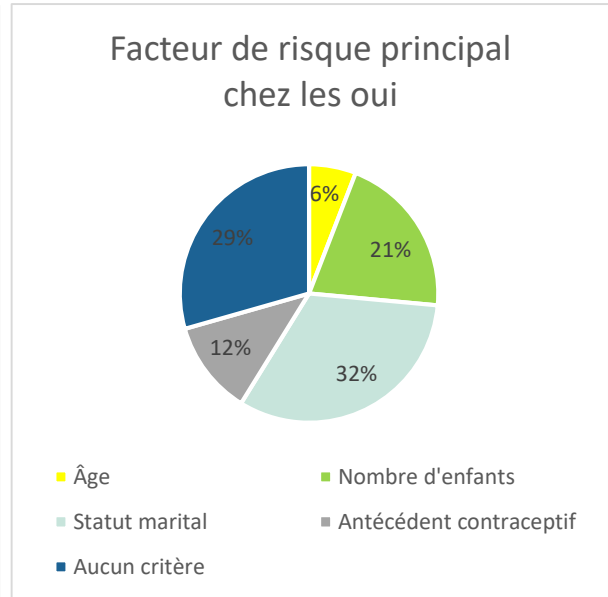
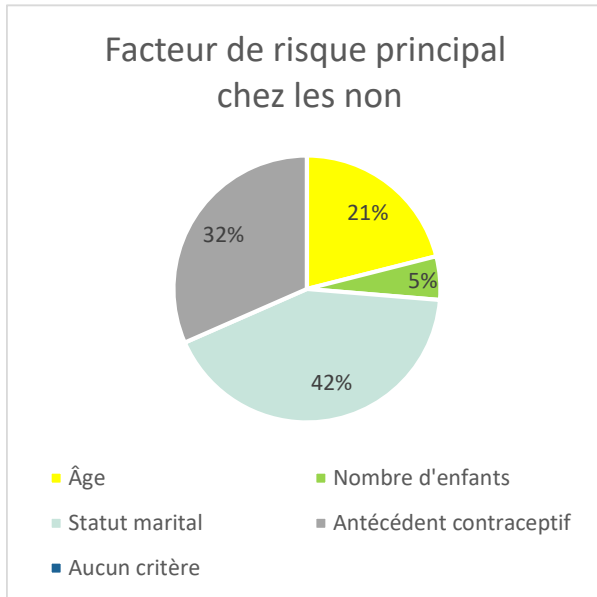
a) Facteur de risque principal identifié

Ceux ayant répondu « non » à la question 1, sont appelés « les non » par la suite et ont répondu à la question suivante :

Quel facteur est le plus important dans votre décision de ne pas accéder à la demande de ligature tubaire ?

Ceux ayant répondu « oui » à la question 1, sont appelés « les oui » par la suite et ont répondu à la question suivante :

Bien que vous ayez accédé à la demande de ligature tubaire, quel est le critère qui aurait été le plus à même de vous faire changer d'avis ?

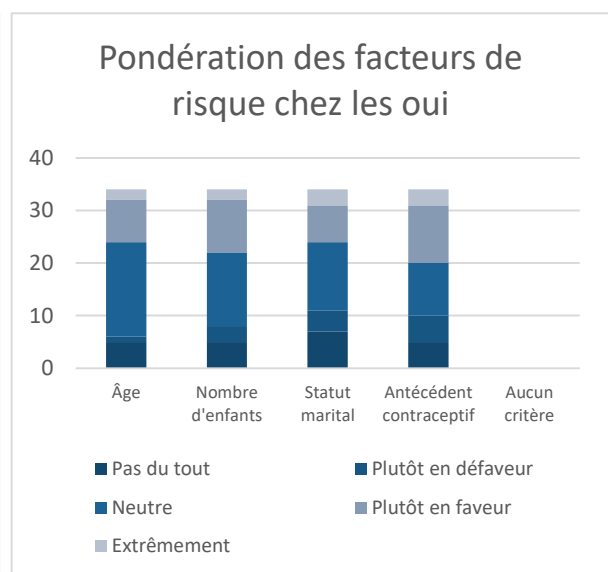
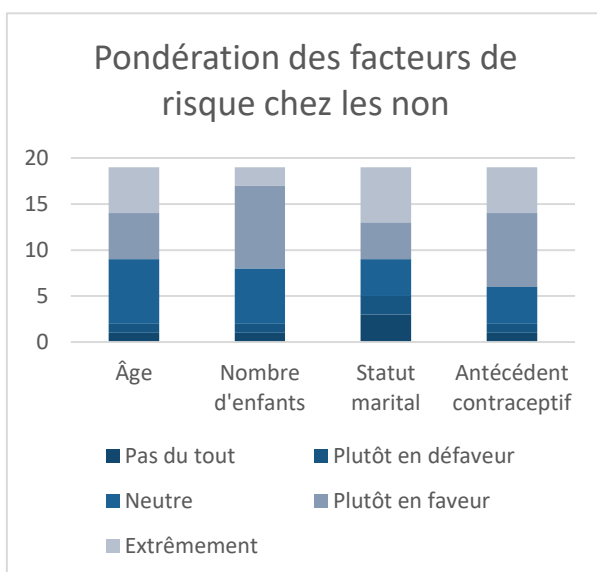


b) Pondérations des facteurs de risques

Dans quelle mesure les critères ci-dessous rentrent-ils dans votre décision de ne pas réaliser la ligature tubaire ?

Dans quelle mesure les critères ci-dessous auraient été à même de vous faire changer d'avis ?

c) Variation du facteur de risque principal vers un idéal

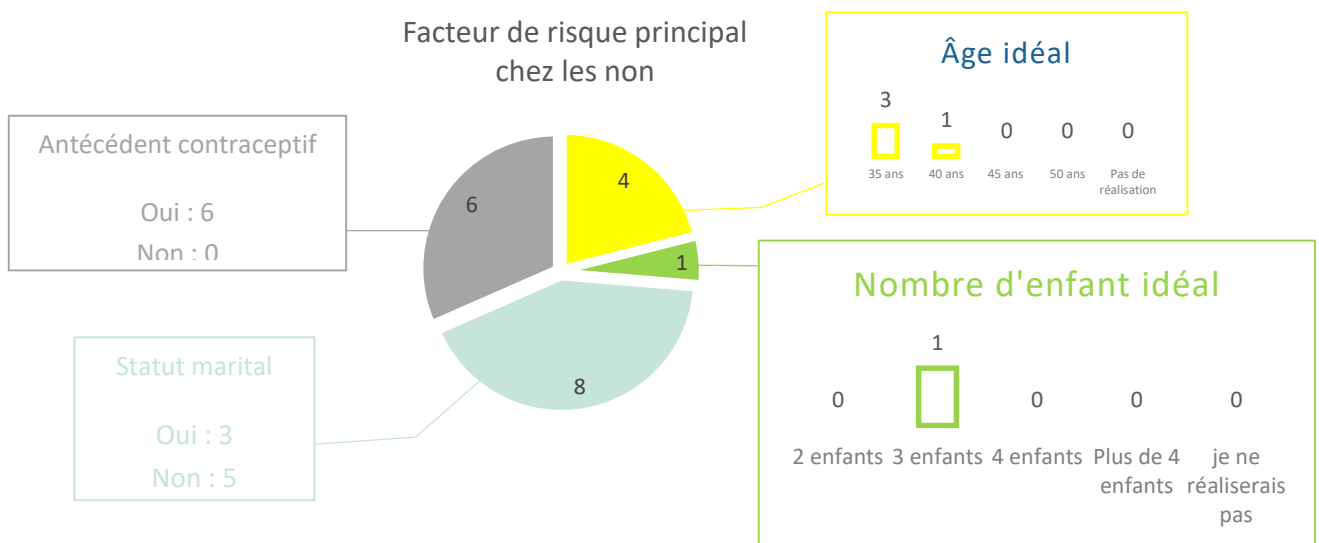


Les non qui ont répondu « âge » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *A partir de quel âge vous semblerait-il acceptable d'accéder à se demande ?*

Les non qui ont répondu « nombre d'enfants » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *A partir de combien d'enfants vous semblerait-il acceptable d'accéder à sa demande ?*

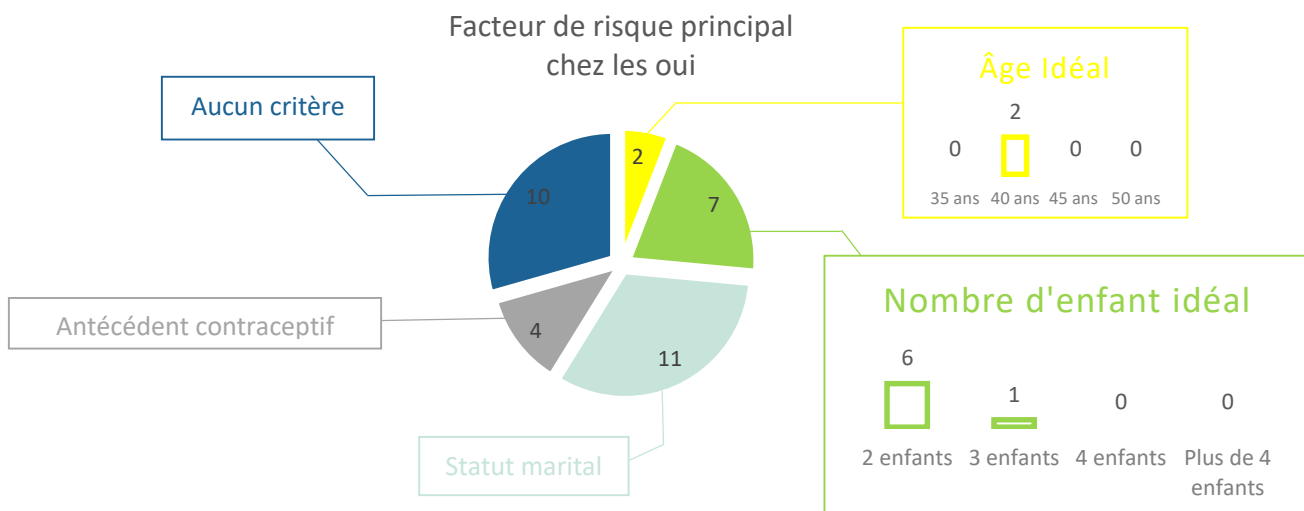
Les non qui ont répondu « statut marital » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *Votre décision aurait-elle été différente si la patiente avait été mariée ?*

Les non qui ont répondu « Les représentations vis à vis de la contraception » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *Votre décision aurait-elle été différente si la patiente avait présenté des contre-indications absolues à tous les moyens de contraception ?*



Les oui qui ont répondu « âge » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *A partir de quel âge vous semblerait-il plus évident d'accéder à se demande ?*

Les oui qui ont répondu « nombre d'enfants » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *A partir de combien d'enfants vous semblerait-il plus évident d'accéder à sa demande ?*



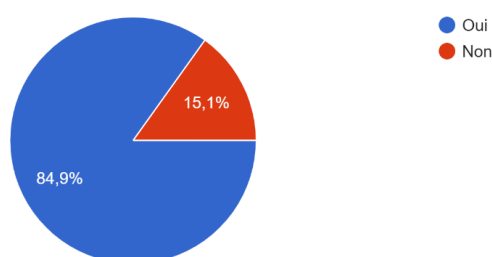
C. Cas 3

Une femme de 35 ans, 3 grossesses et 3 enfants, divorcée et actuellement célibataire depuis 3 ans, venant vous voir en consultation pour une demande de ligature tubaire car elle a atteint le nombre d'enfants qu'elle désire.

Elle est actuellement sous Désogestrel 75µg per os qu'elle tolère bien mais voudrait arrêter devant l'absence de partenaire stable et le souhait de ne pas prendre une contraception tous les jours.

Elle a entendu parler de la ligature tubaire par une amie et ne souhaite pas d'alternative que vous pourriez proposer (DIU ou implant).

Question 1 : Avec les éléments en votre possession, orienteriez-vous en vue de la réalisation/réaliseriez-vous une contraception définitive ?



	Oui	Non
Sexe		
Femme	30 (56,6%)	6 (11,3%)
Homme	15 (28,3%)	2 (3,8%)
Âge		
25 – 29 ans	9 (17,0%)	0
30 – 39 ans	14 (26,4%)	3 (5,7%)
40 – 49 ans	14 (26,4%)	2 (3,8%)
50 -59 ans	7 (13,2%)	1 (1,9%)
60 – 69 ans	1 (1,9%)	1 (1,9%)
Plus de 70 ans	0	1 (1,9%)
Spécialité		
Gynécologue	10 (18,9%)	2 (3,8%)
Médecin généraliste	22 (41,5%)	3 (5,7%)
Interne de médecin générale	3 (5,7%)	0
Sage-femme	5 (9,4%)	8 (15,1%)
Effecteur de ligature tubaire		
Oui	7 (13,2%)	2 (3,8%)
Non	38 (71,7%)	6 (11,3%)

Tableau 4 : Caractéristiques des répondants selon leur décision dans le cas 3

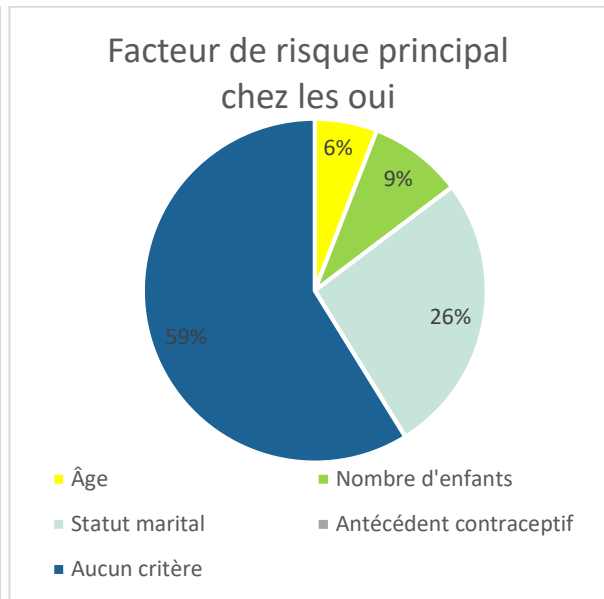
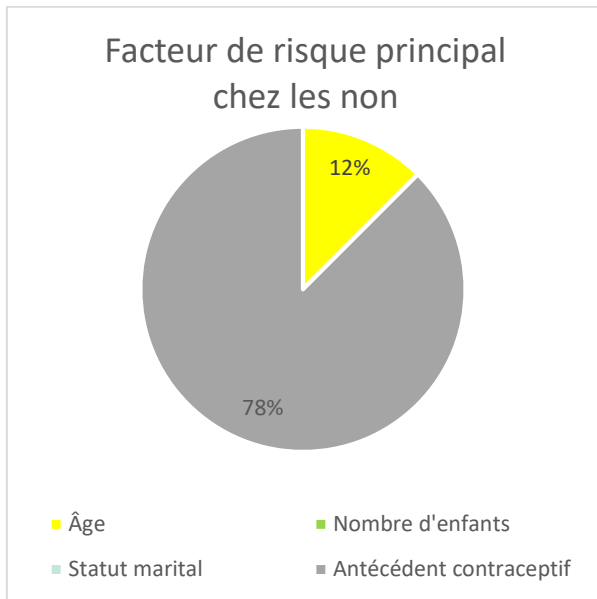
a) Facteur de risque principal identifié

Ceux ayant répondu « non » à la question 1, sont appelés « les non » par la suite et ont répondu à la question suivante :

Quel facteur est le plus important dans votre décision de ne pas accéder à la demande de ligature tubaire ?

Ceux ayant répondu « oui » à la question 1, sont appelés « les oui » par la suite et ont répondu à la question suivante :

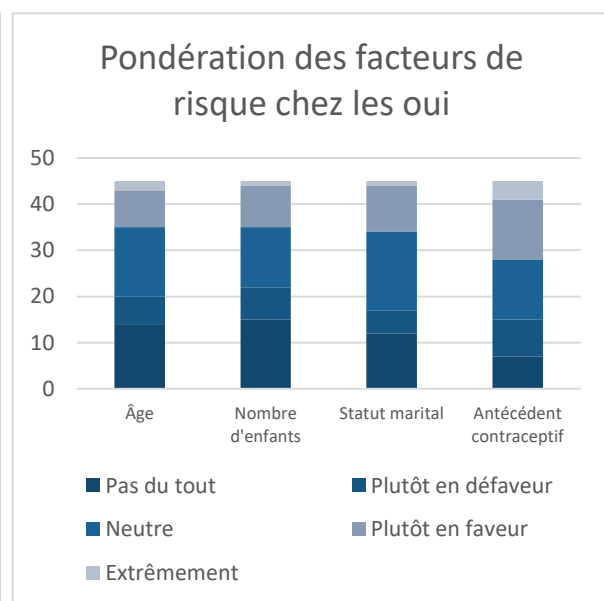
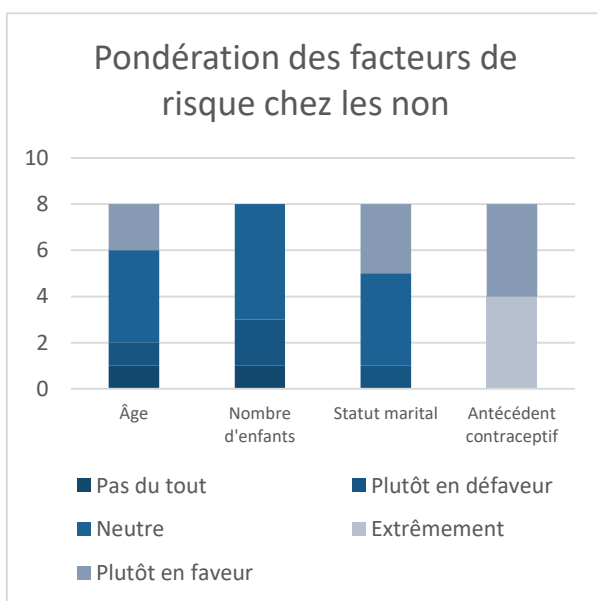
Bien que vous ayez accédé à la demande de ligature tubaire, quel est le critère qui aurait été le plus à même de vous faire changer d'avis ?



b) Pondérations des facteurs de risques

Dans quelle mesure les critères ci-dessous rentrent-ils dans votre décision de ne pas réaliser la ligature tubaire ?

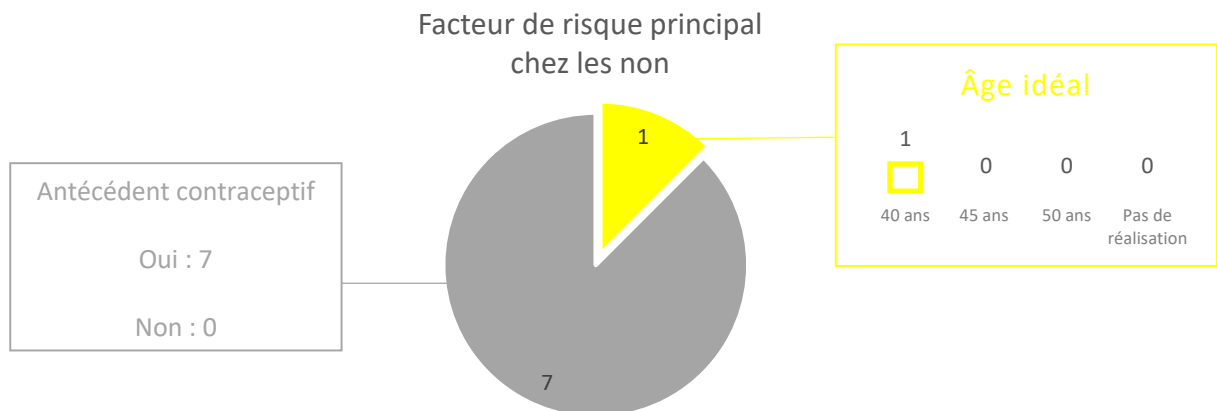
Dans quelle mesure les critères ci-dessous auraient été à même de vous faire changer d'avis ?



c) Variation du facteur de risque principal vers un idéal

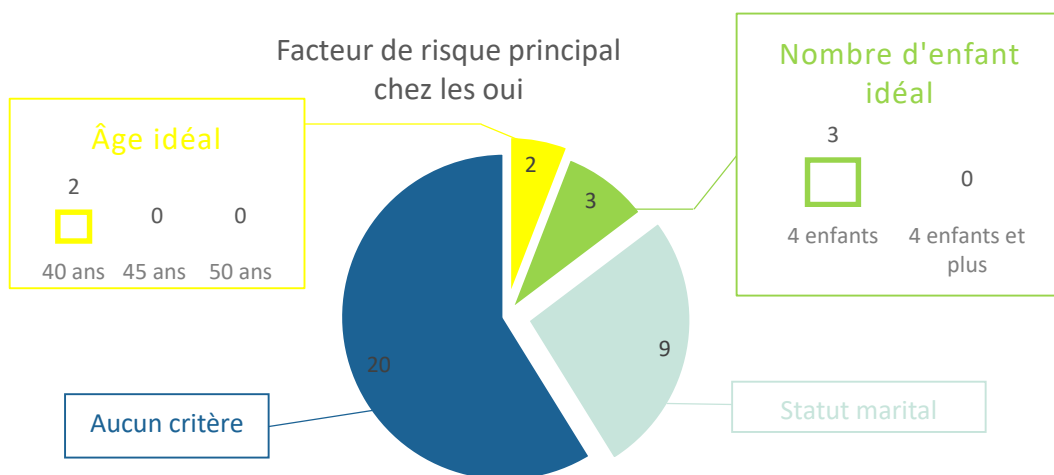
Les non qui ont répondu « âge » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *A partir de quel âge vous semblerait-il acceptable d'accéder à se demande ?*

Les non qui ont répondu « Les représentations vis à vis de la contraception » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *Votre décision aurait-elle été différente si la patiente avait présenté des contre-indications absolues à tous les moyens de contraception ?*



Les oui qui ont répondu « âge » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *A partir de quel âge vous semblerait-il plus évident d'accéder à sa demande ?*

Les oui qui ont répondu « nombre d'enfants » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *A partir de combien d'enfants vous semblerait-il plus évident d'accéder à sa demande ?*



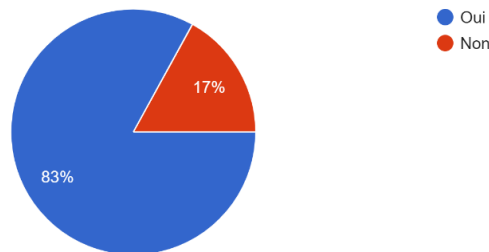
D. Cas 4

Une femme de 37 ans, 1 grossesse qui a abouti à une IVG il y a 17 ans, sans enfant, mariée depuis 6 ans, se présentant en consultation pour une demande de contraception définitive.

Elle avait déjà fait une première demande il y a 8 ans qui n'avait pas abouti en raison de son âge et avait fait une nouvelle demande il y a 4 ans pour laquelle on lui avait demandé un délai de réflexion un peu plus long du fait de la relation récente avec son mari.

Elle prend actuellement une contraception par Désogestrel 75µg par voie orale qu'elle tolère parfaitement mais qu'elle souhaiterait arrêter en raison d'un souhait de retour vers une alternative non hormonale et moins contraignante. Elle avait déjà eu recours à un DIU en cuivre il y a quelques années dont la pose et le retrait avaient été extrêmement douloureux, ce qui la pousse à ne pas réitérer l'expérience.

Avec les éléments en votre possession, orienteriez-vous en vue de la réalisation/réaliserez-vous une contraception définitive ?



	Oui	Non
Sexe		
Femme	32 (60,4%)	4 (7,5%)
Homme	12 (22,6%)	5 (9,4%)
Âge		
25 -29 ans	8 (15,1%)	1 (1,9%)
30 – 39 ans	15 (28,3%)	2 (3,8%)
40 - 49 ans	12 (22,6%)	4 (7,5%)
50 - 59 ans	6 (11,3%)	2 (3,8%)
60 – 69 ans	1 (1,9%)	0
Plus de 70 ans	1 (1,9%)	0
Spécialité		
Gynécologue	10 (18,9%)	2 (3,8%)
Médecin généraliste	21 (39,6%)	4 (7,5%)
Interne de médecine générale	2 (3,8%)	1 (1,9%)
Sage-femme	11 (20,8%)	2 (3,8%)
Effecteur de ligature tubaire		
Oui	7 (13,2%)	2 (3,8%)
Non	37 (69,8%)	7 (13,2%)

Tableau 5 : Caractéristiques des répondants selon leur décision dans le cas 4

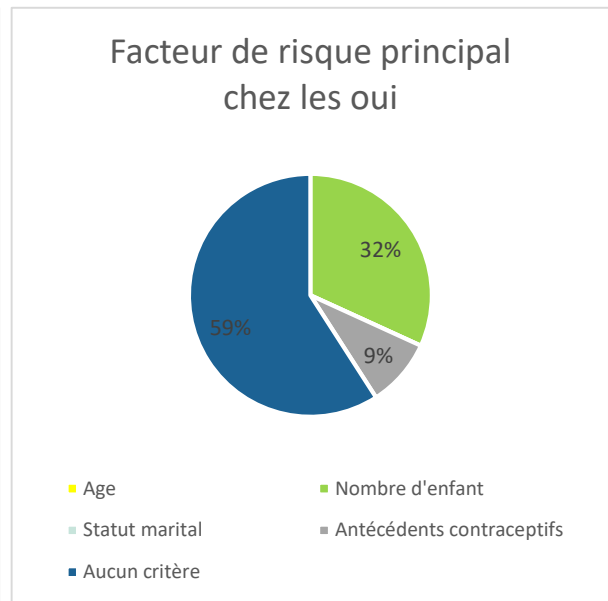
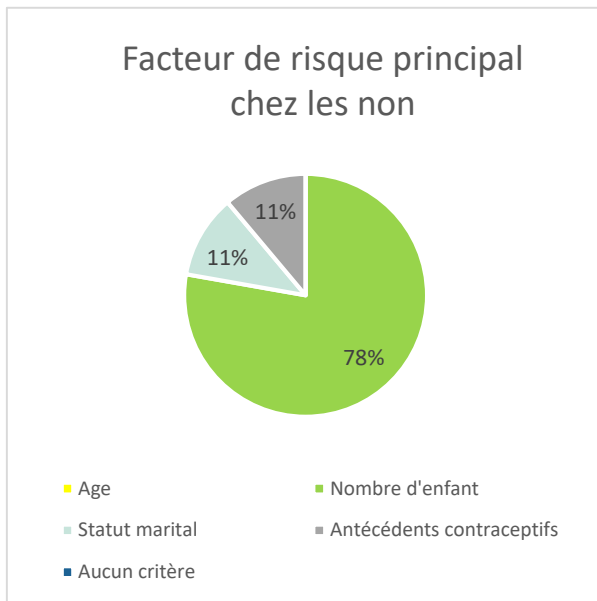
a) Facteur de risque principal identifié

Ceux ayant répondu « non » à la question 1, sont appelés « les non » par la suite et ont répondu à la question suivante :

Quel facteur est le plus important dans votre décision de ne pas accéder à la demande de ligature tubaire ?

Ceux ayant répondu « oui » à la question 1, sont appelés « les oui » par la suite et ont répondu à la question suivante :

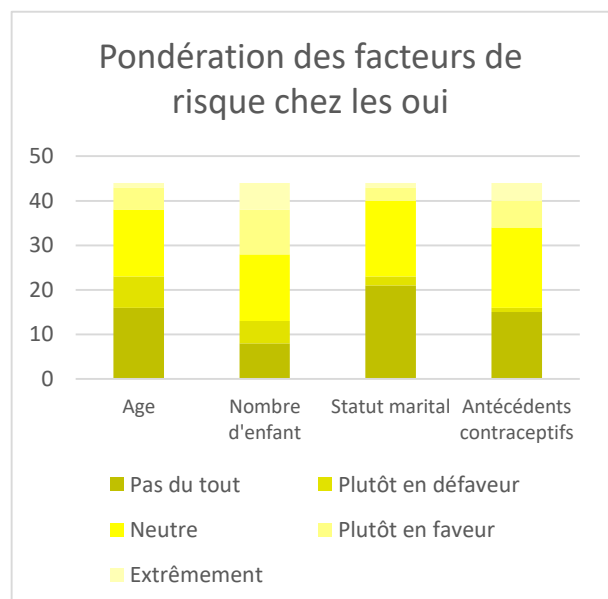
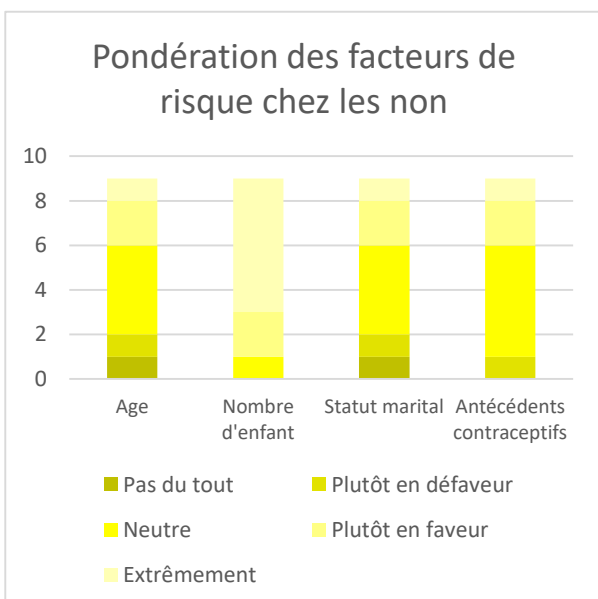
Bien que vous ayez accédé à la demande de ligature tubaire, quel est le critère qui aurait été le plus à même de vous faire changer d'avis ?



b) Pondérations des facteurs de risques

Dans quelle mesure les critères ci-dessous rentrent-ils dans votre décision de ne pas réaliser la ligature tubaire ?

Dans quelle mesure les critères ci-dessous auraient été à même de vous faire changer d'avis ?

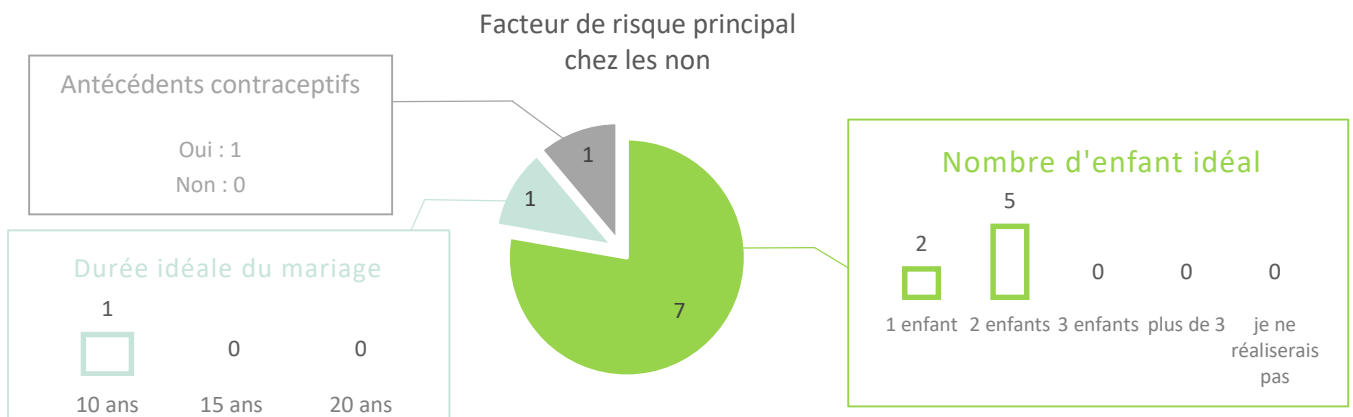


c) Variation du facteur de risque principal

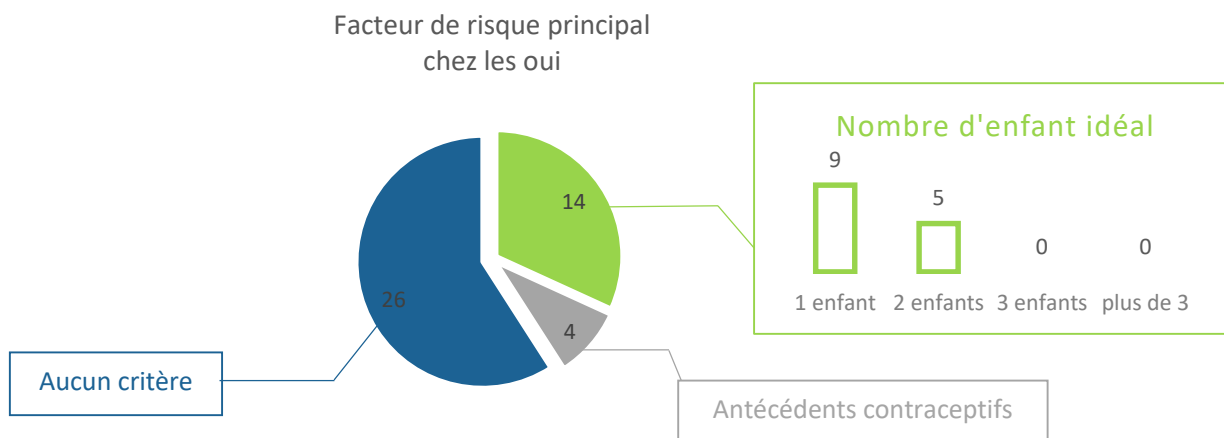
Les non qui ont répondu « âge » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *A partir de quel âge vous semblerait-il acceptable d'accéder à se demande ?*

Les non qui ont répondu « nombre d'enfants » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *A partir de combien d'enfants vous semblerait-il acceptable d'accéder à sa demande ?*

Les non qui ont répondu « statut marital » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *Votre décision aurait-elle été différente si la patiente avait été mariée depuis ...*



Les oui qui ont répondu « nombre d'enfants » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *A partir de combien d'enfants vous semblerait-il plus évident d'accéder à sa demande ?*



E. Cas 5

Une femme de 40 ans, pas de grossesse, pas d'enfant, remariée depuis 2 ans venant, vous voir en consultation pour une demande de contraception définitive.

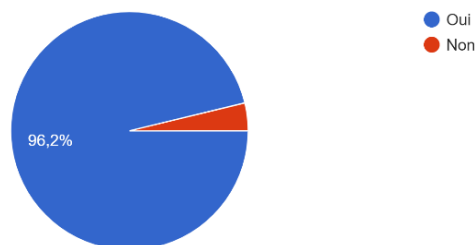
Elle a bénéficié il y a 10 ans d'une PMA avec son ancien conjoint en raison d'une infertilité du côté de ce dernier. Elle n'est pas tombée enceinte en 3 ans de PMA et a arrêté devant la séparation du couple.

Elle s'est remariée il y a 2 ans avec un nouveau partenaire qui a de son côté 2 enfants de 16 et 18 ans.

Après réflexion, le couple a décidé ne souhaite pas d'enfant supplémentaire.

Elle utilise le préservatif masculin comme moyen contraceptif depuis la rencontre avec son mari. Elle n'a jamais eu d'autre contraception et souhaite s'en séparer conjointement avec son mari par convenance personnelle. Elle connaît l'existence et ne souhaite pas des contraceptions réversibles que vous lui proposez en alternative. Vous interrogez le mari qui refuse la réalisation d'une vasectomie.

Avec les éléments en votre possession, orienteriez-vous en vue de la réalisation/réaliserez-vous une contraception définitive ?



	Oui	Non
Sexe		
Femme	35 (66,0%)	1 (1,9%)
Homme	16 (30,2%)	1 (1,9%)
Âge		
25 -29 ans	9 (17,0%)	0
30 – 39 ans	17 (32,1%)	0
40 - 49 ans	15 (28,3%)	1 (1,9%)
50 - 59 ans	8 (15,1%)	0
60 – 69 ans	1 (1,9%)	1 (1,9%)
Plus de 70 ans	1 (1,9%)	0
Spécialité		
Gynécologue	11 (20,8%)	1 (1,9%)
Médecin généraliste	24 (45,3%)	1 (1,9%)
Interne de médecine générale	3 (5,7%)	0
Sage-femme	13 (24,5%)	0
Effecteur de ligature tubaire		
Oui	8 (15,1%)	1 (1,9%)
Non	43 (81,1%)	1 (1,9%)

Tableau 6 Caractéristiques des répondants selon leur décision dans le cas 5

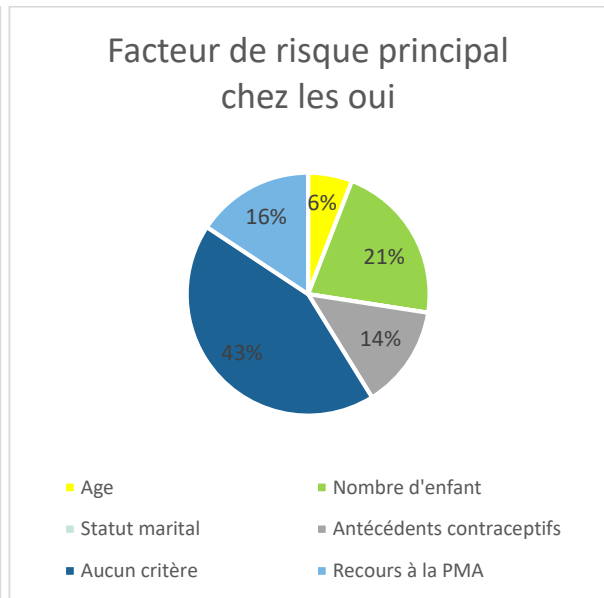
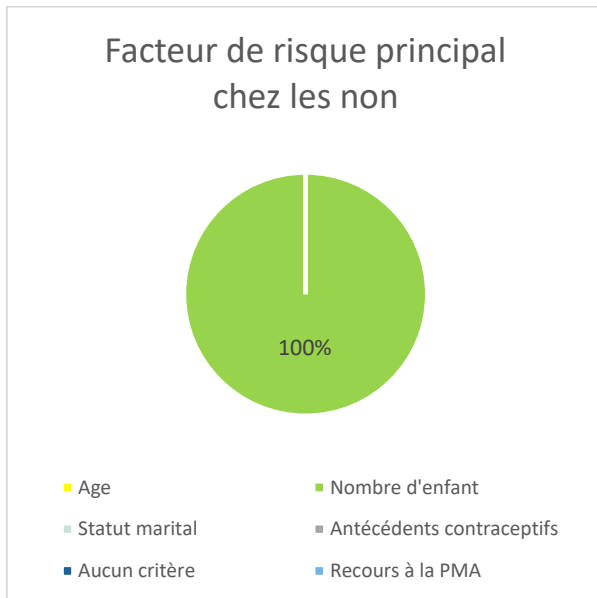
a) Facteur de risque principal identifié

Ceux ayant répondu « non » à la question 1, sont appelés « les non » par la suite et ont répondu à la question suivante :

Quel facteur est le plus important dans votre décision de ne pas accéder à la demande de ligature tubaire ?

Ceux ayant répondu « oui » à la question 1, sont appelés « les oui » par la suite et ont répondu à la question suivante :

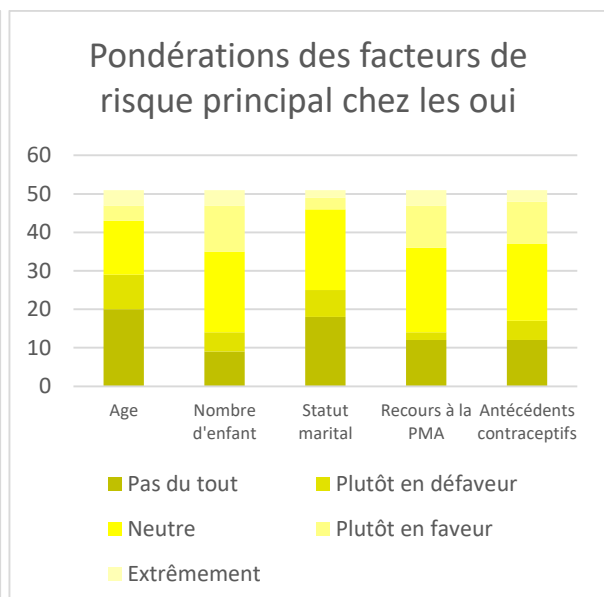
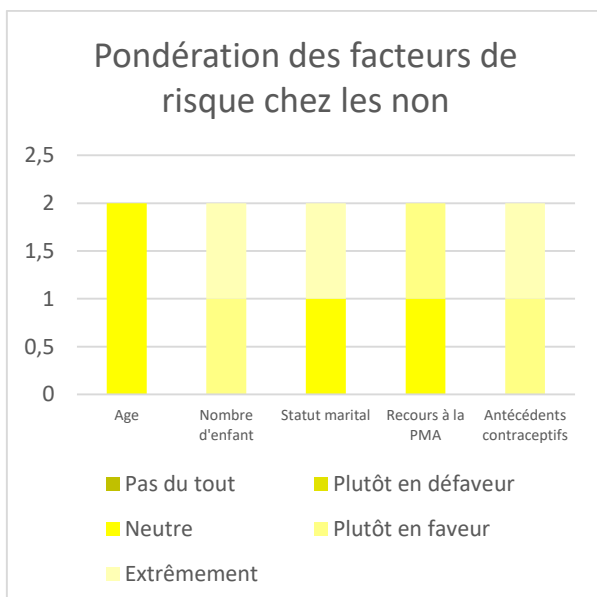
Bien que vous ayez accédé à la demande de ligature tubaire, quel est le critère qui aurait été le plus à même de vous faire changer d'avis ?



b) Pondérations des facteurs de risques

Dans quelle mesure les critères ci-dessous rentrent-ils dans votre décision de ne pas réaliser la ligature tubaire ?

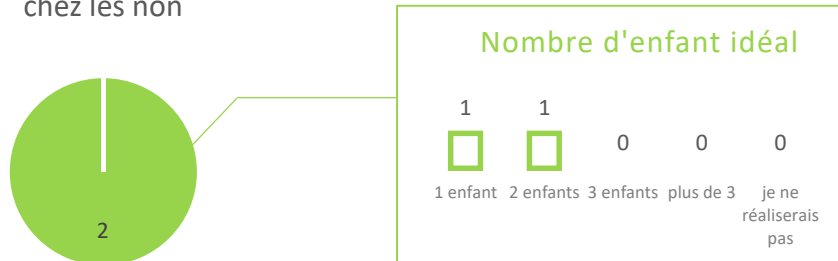
Dans quelle mesure les critères ci-dessous auraient été à même de vous faire changer d'avis ?



c) Variation du facteur de risque principal

Les non qui ont répondu « nombre d'enfants » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *A partir de combien d'enfants vous semblerait-il acceptable d'accéder à sa demande ?*

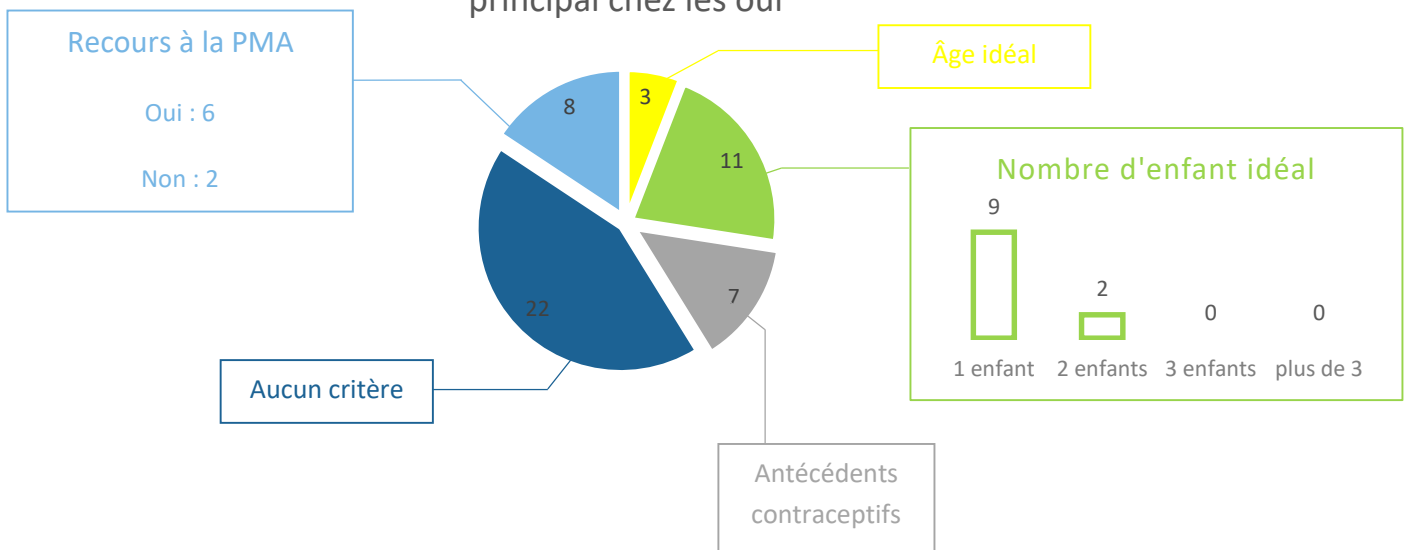
Facteur de risque principal
chez les non



Les oui qui ont répondu « nombre d'enfants » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *A partir de combien d'enfants vous semblerait-il plus évident d'accéder à se demande ?*

Les oui qui ont répondu « Recours à la PMA » à la question du facteur principal, se voient poser à la fin la question : *Votre décision aurait-elle été plus évidente si le parcours PMA avait concerné son nouveau conjoint et que les 2 enfants étaient les enfants de votre patiente ?*

Facteur de risque principal
chez les oui



DISCUSSION

I. Biais de l'étude

De prime abord, le sujet semblait se prêter à une étude qualitative. Or, je me serais alors exposé à :

- un risque de biais de désirabilité sociale : vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs
- un risque d'artefacts de questionnement : biais se caractérisant par la volonté du répondant de tenter ou de réussir à deviner les intentions du questionnaire et d'adapter les réponses dans le sens ou à l'encontre de l'objectif perçu
- un éventuel biais de sélection : sélection des professionnels ayant un avis tranché

J'ai donc choisi d'opter pour une étude quantitative devant le tabou d'interroger les médecins sur leur pratique.

Subsistent néanmoins les biais de volontariat et les biais d'évaluations, inhérents à ce type d'étude.

J'ai donc opté pour un questionnaire à l'aide de cas cliniques caricaturaux et en même temps complexes, qui permettent justement d'appréhender le sujet de manière multi factorielle, dans le cadre de la prise de décision. Ce questionnaire propose également un temps de réponse relativement rapide, dans le but notamment, d'augmenter au maximum le taux de réponse.

La contextualisation permet alors une réalisation plus intéressante du questionnaire, mais elle présente aussi un désavantage, au moment de l'interprétation en vue de la généralisation des résultats. Le questionnaire fait donc sortir une tendance, une idée du questionnement moral des professionnels, pour ensuite les comparer à la littérature sur le sujet.

Enfin, j'ai réalisé mon étude sur une durée relativement longue avec un recueil de données de 3 mois et j'ai procédé à 3 relances physiques dans la même optique. Il aurait pu être intéressant d'élargir la population cible, en élargissant la zone d'intervention, mais il me semblait plus pertinent de questionner les professionnels du territoire dans lequel je travaille.

Malgré toutes ces dispositions, le taux de réponses au questionnaire reste limité à 53 réponses pour un peu plus de 300 professionnels contactés (soit environ 16% de réponses).

II. Revue des cas

A. Cas 1

Comme prévu, le facteur de risque principal de regret, retrouvé chez les professionnels interrogés, est le même que celui retrouvé dans la littérature, à savoir l'âge (31).

Le cas 1 reflète parfaitement cette difficulté d'accès à la ligature tubaire chez une femme jeune (ici 20 ans). En effet, chez un peu moins de la moitié (47,2%) des professionnels, la réponse à la demande de la patiente est défavorable. Pour la très grande majorité (96%), l'âge est le facteur limitant. Même chez les professionnels qui répondent favorablement, 68% rapportent que l'âge est un facteur qui pose le plus de problème dans leur réflexion.

Lorsque je pose la question du seuil, on voit alors se dessiner un âge idéal autour de 30/35 ans qui paraissent comme plus acceptable ou évident, dans l'optique de la réalisation de la ligature tubaire. Cela correspond au seuil retrouvé dans la littérature (24) (27).

Les recommandations du CNGOF (19) paraissent alors un peu sévères, en contre-indiquant de façon relative, la ligature tubaire à toutes les femmes de moins de 35 ans et en limitant son accès aux femmes de moins de 40 ans.

L'antécédent de recours à l'IVG agit de façon contradictoire, selon certaines sources de la littérature. En effet, l'IVG paraît soit à risque de regret de ligature (surtout lors de sa réalisation dans le post IVG immédiat) (25), soit neutre(24) (31), soit être un facteur qui au contraire est en faveur de la facilitation de la réalisation d'une ligature tubaire, chez les femmes aux antécédents multiples d'IVG. (19)

Les professionnels n'ont pas identifié cet antécédent, comme un facteur déterminant et ils sont très divisés quant à la place de l'IVG dans leur décision avec 8 neutres, 6 plutôt en faveur de participer à la décision de limiter l'accès à la ligature et 7 plutôt en défaveur de leur décision.

B. Cas 2

Le cas 2 se voulait moins radical dans son approche. Il présente les différents facteurs de risques de regret, situés au niveau du seuil limitant de la littérature.

Ainsi, l'âge de 30 ans, 1 enfant unique et le parcours relativement restreint en ce qui concerne la contraception réversible, peuvent avoir tendance à questionner. Le caractère considéré comme à plus haut risque dans la littérature est le célibat actuel.

C'est d'ailleurs ce qui a été identifié par 42% des « non » et 32% des « oui ».

Cependant, dans la pondération des résultats, on note que l'âge et le parcours contraceptif sont extrêmement déterminants dans la prise de décision chez les « non ». Finalement, moins de la moitié d'entre eux changeraient d'avis (3 contre 5) si le critère « célibat » changeait vers « mariée ». Nous pouvons donc supposer qu'un certain « principe de précaution » s'impose dans ces situations complexes : même si on résout le critère majeur (ici si le critère « célibat » est modifié pour « mariée »), le refus persiste.

C. Cas 3

Le cas 3 explore plus en profondeur, la volonté des femmes concernant une vie sexuelle épanouie. C'est une demande qui entre parfaitement dans la politique de santé publique de choix de la contraception qui convient le mieux (« La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit » (5)). Cette demande s'inscrit également dans la société actuelle, plus engagée vis-à-vis de la condition des femmes, notamment dans l'idée de peser dans les décisions concernant leurs corps et de libérer le tabou autour de leur sexualité.

Le facteur limitant du cas pourrait donc être la demande d'une ligature, malgré la présence d'une contraception en place et bien tolérée et pour des raisons personnelles qui ne sont pas un risque de regret de ligature tubaire en soit.

84,9% des professionnels accèderaient à la demande de ligature de cette femme. Chez les « non », c'est la présence d'une contraception bien tolérée qui pose problème. On peut imaginer que le risque opératoire chez les « non » pèse plus lourd que le « confort » de la patiente. Or, nous avons vu que le risque opératoire est relativement faible, alors que le risque de grossesse non prévue est quant à lui plus important chez les femmes qui ne choisissent pas leur contraception. Une explication quant aux bénéfices et aux risques devrait permettre aux femmes de prendre la décision qui leur convient : le rôle du professionnel de santé, dans le cadre de la ligature tubaire, devrait être informatif plutôt que dogmatique, au vu des risques encourus.

D. Cas 4

Le cas 4 interroge sur le nombre d'enfants paraissant acceptable dans la décision en matière de contraception permanente.

Les professionnels interrogés confirment le facteur limitant du nombre d'enfants, même si pour la majorité d'entre eux (83%) ce critère n'est pas suffisant pour contre-indiquer la réalisation de la ligature tubaire. Chez les « non », 78% considèrent que le fait de ne pas avoir d'enfant est le critère principal dans leur décision. Il apparaît que le seuil acceptable chez ces derniers serait de 2 enfants (5 réponses pour 2 enfants et 2 réponses pour 1 enfant). Chez les « oui », 1 enfant suffit dans la majorité des cas (9 réponses pour 1 enfant et 5 réponses pour 2 enfants).

E. Cas 5

Enfin, le 5^e cas permet d'aborder de nouveaux enjeux sociétaux, peu explorés dans le cadre de la ligature. Ainsi, l'évolution de la structure familiale avec des enfants issus d'un autre partenaire et les antécédents de recours à la PMA me paraissaient intéressants à explorer.

Pour la très grande majorité des professionnels, l'antécédent de PMA et l'absence d'enfant biologique ne semblent pas être un critère de refus d'accès à la ligature tubaire (96,2%). Dans la pondération non plus, ils n'apparaissent pas comme participant dans leur prise de décision : la très grande majorité exprime une forme de neutralité vis-à-vis de ces situations.

III. L'harmonisation des pratiques pour répondre aux nouvelles préoccupations de la société

A. Le risque de regret

Nous avons pu voir à quel point les facteurs de risque de regret interviennent dans la décision des professionnels dans la consultation en matière de contraception. Nous avons également pu observer que ce risque reste tout de même relativement faible en France, mais également dans les pays où la ligature tubaire est plus fréquemment réalisée (entre 3 et 8%) (19). Enfin, l'essor et le perfectionnement des techniques chirurgicales de reperméabilisation et de la PMA, permettent de recouvrer une fertilité satisfaisante dans la très grande majorité des cas de regrets après une ligature tubaire.

B. La question de la natalité en France

En introduction, nous avons constaté dans l'introduction une forte disparité dans l'utilisation de la contraception et notamment dans la pratique de la ligature tubaire. En Europe et surtout en Europe de l'Ouest, nous remarquons un taux de recours à la ligature tubaire, plus faible que partout ailleurs.

Nous avons pu aussi voir qu'en France, la faible utilisation de la ligature tubaire est multi factorielle et elle est notamment impactée par l'histoire de la contraception qui favorise la contraception orale. Les politiques natalistes dans les suites de la Seconde Guerre Mondiale expliquent également ce frein à la ligature tubaire. Ces politiques persistent jusqu'à nos jours et elles sont par exemple, exprimées par le Président de la République en janvier 2024 dans le cadre de son programme de « réarmement démographique ».

Comme nous pouvons l'observer avec les autres questionnements autour de la natalité, la nécessité de légiférer et de définir un cadre précis pour la ligature tubaire, comme nous pouvons l'observer dans les autres questionnements autour de la natalité, n'apparaît pas comme une priorité, alors même que nous avons vu qu'elle génère des réflexions complexes pour les professionnels de santé.

Nous observons depuis plusieurs années un essor de la PMA, une ouverture progressive à une population plus large et l'utilisation d'un cadre réglementaire strict qui permet un recours plus aisé. Les freins apparaissent alors comme organisationnels, dans un système de soin parfois défaillant, et non plus comme éthiques. Dans le même sens, l'IVG, avec l'existence de centres dédiés, de personnels formés et compétents dans le domaine et de l'obligation de ne pas entraver son recours apparaît comme un modèle de réussite. Son inscription récente dans la constitution témoigne à la fois de l'attachement à ce droit en France et de la nécessité de légiférer face au risque du recul des droits des femmes comme cela peut être le cas aux Etats Unis ou en Pologne par exemple.

Il apparaît alors intéressant pour continuer à avancer sur les droits des femmes, de statuer sur la question de la ligature tubaire à travers un encadrement qui laisse moins de place à la subjectivité, pour en favoriser l'accès.

C. Les nouvelles demandes des femmes

L'essor de la contraception a participé à la révision de l'organisation familiale et à la planification de la conception des enfants. Ainsi, un couple peut choisir quand et combien d'enfants, il désire accueillir dans leur noyau familial. Cette flexibilité, apportée par la contraception, est une plus-value pour les femmes qui ne sont plus tributaires d'une maternité imprévue. Elle permet à ces dernières de légitimement réclamer plus de place dans la société actuelle. Cela passe par une considération plus importante et un plus grand épanouissement personnel et professionnel.

De plus, le poids de la maternité dans la société décroît en même temps que l'influence de la religion en France (32), ce qui diminue son poids dans les décisions familiales.

Ainsi, on note une baisse de la natalité en France et globalement dans les pays développés (33).

Depuis une quinzaine d'années, la parole des femmes commence à devenir de plus en plus audible. Elle est symbolisée par l'avènement du mouvement #MeToo, débuté en 2007 aux Etats Unis. L'égalité entre les femmes et les hommes devient un enjeu de société important, notamment en France. Ainsi, les pratiques égalitaires se développent à tous les niveaux, par exemple, dans le cadre de la constitution de gouvernements mixtes depuis 2014, avec la nomination de ministres dédiées aux droits des femmes ou avec des politiques éducatives ou d'entreprises qui visent la parité et l'égalité.

On voit émerger dans ce contexte de nouvelles demandes, de nouveaux besoins et de nouvelles revendications. Le rapport à la sexualité des femmes, la modification de schéma parentaux avec par exemple, les familles recomposées ou monoparentales et le questionnement de la place de la parentalité dans la l'existence des individus sont des thèmes qui sont de plus en plus évoqués dans la société.

Des mouvements de réappropriation de leur corps par les femmes prennent alors de l'ampleur. Dans le domaine de l'IVG, le mouvement « My Body, My Choice » (en français, « Mon Corps, Mon Choix ») lutte pour que la décision d'une grossesse repose sur le choix des femmes. Dans le domaine de la question de la parentalité, le mouvement « Childfree » (sans enfant par choix) (34) (35) porté en France par Thomas PESQUET (astronaute) ou Salomé SAQUE (journaliste) émerge progressivement. Le souhait de ne pas avoir d'enfant, chez les individus en capacité d'en avoir, peut avoir de multiples justifications comme l'écologie, l'épanouissement personnel en dehors de la parentalité notamment l'épanouissement professionnelle, le contexte socio-économique, la conviction politique ou féministe, la peur de transmission de maladies génétiques...

Nous voyons donc des femmes et des hommes qui savent ne jamais vouloir d'enfant et qui font une demande de contraception permanente à un jeune âge, sans enfant, célibataires... (34) (36).

IV. Proposition d'un parcours de soin dédié

A. Création de centre dédié

Afin de répondre aux demandes des femmes et d'être plus en phase avec les évolutions de la société, les professionnels doivent changer leur positionnement, vis-à-vis de la ligature tubaire. Il semble difficile aujourd'hui de se conformer exclusivement à des critères de refus absolus, comme ceux préconisés par le CNGOF en 2013. Au vu de l'état actuel de notre système de soin, le refus d'un professionnel, sans adressage à un confrère en capacité de mieux comprendre, de mieux entendre les demandes des femmes, revient à faire vivre un parcours inutilement long et compliqué. Cela se solde malheureusement parfois, par un renoncement à la ligature tubaire, moyen de contraception qui aurait pu s'avérer être le choix le plus judicieux.

C'est pourquoi, en m'appuyant sur les réponses au questionnaire et sur les critères de refus de la littérature, je propose de faire l'ébauche d'un parcours de soin dédié qui permettrait d'identifier les femmes chez qui la demande de ligature nécessite de suivre un parcours spécifique. Ce parcours pourrait conduire à définir le profil des patientes à adresser à des centres dédiés dans les hôpitaux de proximité, ou à minima dans les CHU. Dans les centres dédiés, la réunion de professionnels qualifiés et à compétences variées faciliterait la résolution de situations complexes. Une commission constituée de médecins, sages-femmes, conseillers, conseillères conjugaux, psychologues et assistants, assistantes sociaux serait utile pour prendre le temps d'étudier la demande de ligature tubaire plus en profondeur, avec des compétences sur le plan médico-psycho-social. La commission pourrait également être garante d'une harmonisation des informations transmises aux patientes dans le cadre de leur parcours. Pourrait alors faire partie de cette commission, le médecin qui a adressé la patiente pour expliciter et étayer son refus. Une patiente experte peut aussi éventuellement apporter un point de vue complémentaire et prendre part à la discussion.

B. Conditions d'accès au parcours

L'accès aux centres dédiés s'effectuerait grâce à l'adressage d'un professionnel de santé qui décèlerait un risque de regret chez les femmes en demande ce qui les amèneraient à refuser dans un premier temps la ligature.

Pour évaluer le risque de regret, les professionnels de santé pourraient s'appuyer sur un score de risque. J'en propose une ébauche ci-dessous, en m'appuyant sur les données de la littérature et celles rapportées lors de mon travail de thèse.

Les professionnels resteraient libres d'adresser ou non leur patiente, tout en ayant accès, via ce score à une décision basée sur l'Evidence Based Medecine.

Score	5 points	4 points	3 points	2 points	1 point	0 point
Âge	< 30 ans	30-34 ans			35-40 ans	> 40 ans
Nombre d'enfant	0			1		> 1
Statut conjugal			Célibataire			En couple

Si score ≥ 5 : risque de regret important

L'antécédent d'IVG ou de PMA, n'ayant que peu de place dans la littérature comme facteur de risque de regret et n'étant pas identifié par les professionnels interrogés, il n'entrerait plus en considération dans ce score, contrairement à celui proposé par le CNGOF.

Les difficultés de contraception, une fois les femmes informées sur les alternatives existantes et leur choix maintenu, peu importe leur parcours, ne devraient plus freiner l'accès à la ligature tubaire. En effet, depuis plusieurs années, nous préconisons le choix de la contraception comme un facteur primordial en termes de diminution du risque de grossesse non prévue et de satisfaction des femmes.

L'âge du dernier enfant, dans un contexte de modification du cercle familiale, n'entrerait plus non plus dans le cercle de la décision.

Tout refus de la part d'un professionnel dans le contexte d'une demande de ligature tubaire, qu'il s'appuie ou non sur le score proposé, devrait faire l'objet d'un adressage au centre dédié de proximité. Il s'agirait d'une obligation morale, à défaut de l'existence d'une législation précise pour la ligature, comme c'est le cas pour l'IVG par exemple.

CONCLUSION

Le recours à la ligature tubaire, première contraception utilisée dans le monde, reste très marginal en France. De multiples facteurs historiques, sociaux, politiques et moraux expliquent cette différence. L'évolution de la société nécessite que la pratique médicale évolue dans le même temps. Or, nous voyons encore malheureusement en consultation ou sur les réseaux sociaux, des témoignages de femmes chez qui le parcours de soin en matière de ligature tubaire est ou a été difficile. Il me semble important d'harmoniser nos pratiques pour améliorer l'accès à la ligature tubaire, malgré les difficultés actuelles de notre système de soins. Nous avons pu confirmer avec ce travail de thèse qu'un certain nombre de critères moraux, qui ont initialement l'intention de diminuer le risque de regret de ligature tubaire, freinent en pratique son accès. Nous avons pu apprécier le poids de ces critères dans la décision des professionnels. Cela nous a permis de créer un score afin de différencier les femmes à risque de regret élevé de celles à risque faible. Pour les femmes à risque élevé, la création de centres spécialisés dans le but de répondre à leur demande de façon plus pertinente et plus réfléchie paraît intéressante à explorer. La création de ces centres pourrait s'appuyer sur l'expérience de services de gynécologie de Paris, qui proposent ce type de parcours pluri professionnel. L'évaluation de la pratique et de l'accès à ces centres permettrait d'amorcer aussi la mise en place de centres de proximité, partout en France afin de garantir l'accès à ligature tubaire sur le territoire. Ces centres seraient à l'image des centres de planification familiale et d'IVG répartis de façon à mailler les territoires, pour garantir à toutes les femmes en demande, une réponse pertinente et adaptée.

Pour les patientes, cet accompagnement permettrait de nourrir leur réflexion, d'ouvrir la discussion, de recevoir des informations claires, de comprendre les points de réticences des professionnels de santé et de les amener à comprendre la décision de la commission qu'elle soit positive ou négative. Cette commission pourrait se réunir, à plusieurs reprises, pour une même patiente, en cas de modification de sa situation et des facteurs ayant conduits au refus initial. Pour les professionnels, l'encadrement des facteurs de risque et le caractère multidisciplinaire de la commission, éclairerait la prise de décision. Elle permet de faire porter moins de responsabilités aux médecins qui réalisent des ligatures tubaires.

En France, la liberté et l'égalité sont deux des trois valeurs républicaines qui constituent notre socle commun. Il semble intéressant de poursuivre les évolutions sociétales, en ajustant ici, les pratiques avec les valeurs. Par ailleurs, la parole des femmes devient de plus en plus audible. A ce jour, elle rapporte encore une inégalité de genre et un manque de liberté quant aux choix relatifs à leur propre corps et à leur sexualité. En 1973, les médecins ont suivi les femmes dans leur combat afin de préserver leur santé avec la signature du Manifeste des 331, s'engageant alors dans la légalisation de l'avortement. En 2024, il serait bon qu'ils suivent à nouveau ces femmes dans leurs objectifs, en reconnaissent leur capacité et leur droit à prendre des décisions concernant leur santé. Alors que l'OMS définit la santé comme « *un état de complet de bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* », la ligature tubaire apparaît donc comme un des moyens de parvenir à être en bonne santé, notamment en visant, chez les femmes qui le demandent, d'améliorer leur santé sexuelle. L'information, la promotion et la facilitation de l'accès à la contraception permanente est donc un des enjeux présent et à venir pour la santé des femmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Chosson M. Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception. 2013 [cité 13 août 2023]. La contraception au fil du temps. Disponible sur: <http://www.avortementancic.net/spip.php?article36>
2. Keller L. Une brève histoire de la contraception et du contrôle des naissances. HALSHS [Internet]. 2019 [cité 29 févr 2024]; Disponible sur: <https://shs.hal.science/halshs-03138011v2>
3. République Française. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [Internet]. 2001-588 juill 4, 2001. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001142574
4. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, The COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Human Reproduction*. 1 mai 2003;18(5):994-9.
5. Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports, INPES. La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit [Internet]. 2007 [cité 20 août 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/LA_MEILLEURE_CONTRACEPTION_C_EST_CELLE_QUE_L_ON_CHOISIT.pdf
6. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, L'Équipe De L'Enquête Fécond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? : *Population & Sociétés*. 15 mars 2012;N° 492(8):1-4.
7. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population & Sociétés*. 2014;511(5):1-4.
8. INSEE. Contraception et IVG – Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee [Internet]. 2022 [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047757?sommaire=6047805&q=contraception>
9. Ministère de la Santé et de la Prévention. Livret d'information : stérilisation à visée contraceptive [Internet]. 2022 [cité 22 août 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret_d_information-sterilisation_a_visee_contraceptive_2022.pdf
10. Lopes P. La stérilisation tubaire Indications, techniques, résultats et conséquences. *CNGOF*. 29 nov 2006;34(5):135.
11. ANSM. Actualité - Connaissances scientifiques autour de l'implant de stérilisation définitive Essure : Compilation ANSM de résumés d'études [Internet]. 2020 [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/connaissances-scientifiques-autour-de-limplant-de-sterilisation-definitive-essure-compilation-ansm-de-resumes-detudes>
12. Haute Autorité de Santé. Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme [Internet]. 2019 [cité 2 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752765/fr/sterilisation-a-visee-contraceptive-chez-l-homme-et-chez-la-femme

13. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Coelioscopie - Fiche d'information des patientes [Internet]. 1999 [cité 2 nov 2023]. Disponible sur: http://www.cngof.net/Publications-CNGOF/Fiches-info-patientes/2017/cngof_info_17-coelioscopie_.pdf
14. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Information médicale sur l'anesthésie [Internet]. 2021 [cité 2 nov 2023]. Disponible sur: <https://sfar.org/pour-le-grand-public/information-medicale-sur-lanesthesie/>
15. Peterson HB, Jeng G, Folger SG, Hillis SA, Marchbanks PA, Wilcox LS. The Risk of Menstrual Abnormalities after Tubal Sterilization. *New England Journal of Medicine*. 7 déc 2000;343(23):1681-7.
16. Smith A, Lyons A, Ferris J, Richters J, Pitts M, Shelley J. Are sexual problems more common in women who have had a tubal ligation? A population-based study of Australian women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2010;117(4):463-8.
17. Narod SA, Sun P, Ghadirian P, Lynch H, Isaacs C, Garber J, et al. Tubal ligation and risk of ovarian cancer in carriers of BRCA1 or BRCA2 mutations: a case-control study. *The Lancet*. 12 mai 2001;357(9267):1467-70.
18. Whittmore AS, Harris R, Itnyre J, the Collaborative Ovarian Cancer Group. Characteristics Relating to Ovarian Cancer Risk: Collaborative Analysis of 12 US Case -Control Studies: II. Invasive Epithelial Ovarian Cancers in White Women. *American Journal of Epidemiology*. 15 nov 1992;136(10):1184-203.
19. Lopes P. La stérilisation tubaire Indications, techniques, résultats et conséquences. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 3 nov 2006;34(5):513.
20. ATIH. MCO par diagnostic ou acte : JJCC004 : Anastomose tubotubaire unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie [Internet]. 2022 [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: https://www.scansante.fr/applications/statistiques-activite-MCO-par-diagnostique-et-actes/submit?snatnav=&annee=2022&type_cat_etab=deux&type_code=ccam&code=JJCC004&niveau=0&codh=0000000000
21. ATIH. MCO par diagnostic ou acte : JJPC003 : Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines, par coelioscopie [Internet]. 2022 [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: https://www.scansante.fr/applications/statistiques-activite-MCO-par-diagnostique-et-actes/submit?snatnav=&annee=2022&type_cat_etab=pub&type_code=ccam&code=JJPC003&niveau=0&codh=0000000000
22. United Nations. Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet [Internet]. UN; 2019 [cité 21 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210046527>
23. Ventola C. Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre. *Cahiers du Genre*. 2016;60(1):101-22.
24. Risk factors for regret after tubal sterilization: 5years of follow-up in a prospective study | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0015028216543015?token=E1A9DA819597FF55ABE29342137E5BFBD7F3D77BFE80C6C1CFD570B737CB83ADC5715C43DB3849134A31A8BCA5CDECF7&originRegion=e-u-west-1&originCreation=20230522021138>

25. Organisation Mondiale de la Santé. La stérilisation féminine, guide du prestataire de services [Internet]. 1994 [cité 3 févr 2023]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39759/9242544345_%28part1%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Boufettal H, Mahdaoui S, Samouh N. Facteurs déterminants le regret après ligature tubaire. *Pan Afr Med J.* 1 avr 2014;17:244.
27. Hardy E, Bahamondes L, Osis MJ, Costa RG, Faúndes A. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception.* 1 sept 1996;54(3):159-62.
28. Bradley SEK, Polis CB, Bankole A, Croft T. Global Contraceptive Failure Rates: Who Is Most at Risk? *Studies in Family Planning.* 2019;50(1):3-24.
29. Organisation Mondiale de la Santé. Mechanisms of action and effectiveness of contraception methods [Internet]. 2022 [cité 2 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
30. Portanier M. Madmoizelle. 2022 [cité 5 mars 2024]. Elle consulte pour une ligature des trompes, et ce médecin a la pire des réactions. Disponible sur: <https://www.madmoizelle.com/un-medecin-a-la-pire-des-reactions-face-a-une-patiente-venue-pour-une-ligature-des-trompes-1381413>
31. Chi IC, Jones DB. Incidence, risk factors, and prevention of poststerilization regret in women: an updated international review from an epidemiological perspective. *Obstet Gynecol Surv.* oct 1994;49(10):722-32.
32. La diversité religieuse en France : transmissions intergénérationnelles et pratiques selon les origines – Immigrés et descendants d’immigrés | Insee [Internet]. [cité 30 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793308?sommaire=6793391>
33. INSEE. Naissances et taux de natalité [Internet]. 2024 [cité 30 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381380>
34. Childfree. 20 ans et stérilisée : « Je ne veux pas d’enfant, c’est aussi simple que ça » [Internet]. 2021 [cité 30 mai 2024]. Disponible sur: <https://childfree.fr/20-ans-et-sterilisee-je-ne-veux-pas-denfant-cest-aussi-simple-que-ca/>
35. Ninane N, Mottrie C, Colman S, Duret I. La stérilisation volontaire à visée contraceptive comme facteur de transformation positive chez des femmes sans enfant. *Cahiers de psychologie clinique.* 2022;59(2):169-96.
36. madmoiZelle. Madmoizelle. 2022 [cité 31 mai 2024]. À 28 ans, sans enfant, childfree, j’ai réussi à me faire ligaturer les trompes. Voici comment ! Disponible sur: <https://www.madmoizelle.com/ligature-des-trompes-temoignage-933131>

ANNEXES

I. Annexe 1 : Questionnaire

Rubrique 1 sur 50

Choix de réalisation d'une ligature tubaire

Je suis Clément EBAYER MASOTTA, médecin généraliste remplaçant en Vendée. Je vous sollicite dans le cadre de la réalisation de ma thèse, elle porte sur les critères conditionnant l'accès à la ligature tubaire.

En effet, nous voyons depuis plusieurs années une évolution de la société qui vise à donner plus de place à la parole et à la volonté des femmes. La contraception féminine est de ce fait un sujet d'actualité. La ligature tubaire dans un but contraceptif est à part dans la discussion en raison de son caractère définitif.

Dans le cadre d'une consultation, la volonté des patientes s'oppose parfois au rôle du médecin dont la déontologie impose le « primum non nocere ».

L'un des rôles du médecin dans cette discussion est de s'assurer que la demande de la patiente ne soit pas à risque d'un regret futur.

La loi, tout comme les recommandations de bonnes pratiques, ne sont que très peu aidantes dans ces discussions. Elles n'assurent que délais de réflexion de 4 mois et exclue les mineures et les femmes ayant une protection juridique. La décision est prise in fine par le médecin en consultation qui s'appuie sur son expérience personnelle.

Le but de ce questionnaire, qui dure environ 10 minutes, est de mettre à profit l'expérience de chacun afin de constituer une ébauche des critères qui pourraient intervenir dans la prise de décision.

Pour cela, vous allez être mis face à 5 situations dont certains facteurs vont varier au cours du questionnaire.

Il vous faudra répondre si oui ou non vous orienteriez / réaliseriez une ligature tubaire avec les informations qui seront mises à votre connaissance.

Le questionnement éthique apporté par ces cas demande une réponse binaire sur un sujet complexe.

Je vous demande de répondre au plus proches de votre pratique personnelle.

Vos réponses seront traitées de manière anonyme et vous pourrez si vous le souhaitez avoir accès aux résultats de l'étude en me communiquant votre adresse mail en fin de questionnaire.

Je suis:

*

Gynécologue
Médecin général
Interne en gynécologie
Interne en médecine
Sage femme

Mon sexe

*

Homme
Femme

Mon âge

*

25-29 ans

30 - 39 ans
40 - 49 ans
50 - 59 ans
60 - 69 ans
Plus de 70 ans

Je réalise des ligatures tubaires:

*

Oui
Non

Avez-vous déjà été confronté à l'expression d'un regret de ligature tubaire par une patiente ?

*

Oui
Non

Après la section 1

Rubrique 2 sur 50

Titre de la section (facultatif)

Description (facultative)

Avez vous déjà orienté ou réalisé des actes de reperméabilisation tubaire ou PMA chez une femme ligaturée ?

*

Oui
Non

Après la section 2

Rubrique 3 sur 50

Cas 1

Une femme de 20 ans, mariée, 2 enfants, 4 grossesses (2 accouchements par voie basse et 2 IVG chirurgicaux) vient vous voir en consultation pour une demande de contraception définitive car elle a atteint le nombre d'enfants qu'elle désirait et qu'elle ne souhaite pas de contraception réversible (par expérience personnelle d'échec de ces dernières et/ou mauvaise tolérance)

Avec les éléments en votre possession, orienteriez-vous en vue de la réalisation/réaliseriez-vous une contraception définitive ?

*

Oui
Non

Après la section 3

Rubrique 4 sur 50

Cas 1

Une femme de 20 ans, mariée, 2 enfants, 4 grossesses (2 accouchements par voie basse et 2 IVG chirurgicaux) vient vous voir en consultation pour une demande de contraception définitive car elle a atteint le nombre d'enfants qu'elle désirait et qu'elle ne souhaite pas de contraception réversible (par expérience personnelle d'échec de ces dernières et/ou mauvaise tolérance)

Quel facteur est le plus important dans votre décision de ne pas accéder à la demande de ligature tubaire ?

*

Âge
Nombre d'enfant
Statut marital

Antécédents con

Nombre d'IVG

Dans quelle mesure les critères ci-dessous rentrent-ils dans votre décision de ne pas réaliser la ligature tubaire ?

*

Extrêmement

Plutôt en faveur

Neutre

Plutôt en défaveur

Pas du tout

Âge

Nombre d'enfants

Statut marital

Antécédents contraceptifs

Nombre d'IVG

Après la section 4

Rubrique 5 sur 50

Titre de la section (facultatif)

Description (facultative)

A partir de quel âge vous semblerait-il acceptable d'accéder à se demande ?

*

25 ans

30 ans

35 ans

40 ans

45 ans

Je ne réaliserais

Après la section 5

Rubrique 6 sur 50

Section sans titre

Description (facultative)

A partir de quel âge vous semblerait-il plus évident d'accéder à sa demande ?

*

25 ans

30 ans

35 ans

40 ans

45 ans

Après la section 6

Rubrique 7 sur 50

Titre de la section (facultatif)

Description (facultative)

A partir de combien d'enfants vous semblerait-il acceptable d'accéder à sa demande ?

*

3 enfants

4 enfants
5 enfants
+ de 5 enfants
Je ne réaliserai p

Après la section 7
 Rubrique 8 sur 50
 Section sans titre
 Description (facultative)

A partir de combien d'enfants vous semblerait-il plus évident d'accéder à sa demande ?

*

3 enfants
4 enfants
5 enfants
+ de 5 enfants

Après la section 8
 Rubrique 9 sur 50

Cas 1

Une femme de 20 ans, mariée, 2 enfants, 4 grossesses (2 accouchements par voie basse et 2 IVG chirurgicaux) vient vous voir en consultation pour une demande de contraception définitive car elle a atteint le nombre d'enfants qu'elle désirait et qu'elle ne souhaite pas de contraception réversible (par expérience personnelle d'échec de ces dernières et/ou mauvaise tolérance)

Bien que vous ayez accédé à la demande de ligature tubaire, quel est le critère qui aurait été le plus à même de vous faire changer d'avis ?

*

Âge
Nombre d'enfants
Statut marital
Antécédents con
Nombre d'IVG
Il n'y a aucun critè

Dans quelle mesure les critères ci-dessous auraient été à même de vous faire changer d'avis ?

*

- Extrêmement
- Plutôt en faveur
- Neutre
- Plutôt en défaveur
- Pas du tout
- Âge
- Nombre d'enfants
- Statut marital
- Antécédents contraceptifs
- Nombre d'IVG

Après la section 9
 Rubrique 10 sur 50

Cas 2

Une femme de 30 ans, 1 enfant, 1 grossesse, célibataire, venant vous voir en consultation pour une demande de ligature tubaire.

Elle ne veut pas d'autre enfant, elle a mal toléré son DIU au cuivre, elle ne souhaite pas de contraception hormonale en raison de représentations personnelles et elle a peur lors de chaque rapport de tomber enceinte malgré l'utilisation du préservatif.

Avec les éléments en votre possession, orienteriez-vous en vue de la réalisation/réaliseriez-vous une contraception définitive ?

*

Oui
Non

Après la section 10

Rubrique 11 sur 50

Cas 2

Une femme de 30 ans, 1 enfant, 1 grossesse, célibataire, venant vous voir en consultation pour une demande de ligature tubaire.

Elle ne veut pas d'autre enfant, elle a mal toléré son DIU au cuivre, elle ne souhaite pas de contraception hormonale en raison de représentations personnelles et elle a peur lors de chaque rapport de tomber enceinte malgré l'utilisation du préservatif.

Quel facteur est le plus important dans votre décision de ne pas accéder à la demande de ligature tubaire ?

*

Âge
Nombre d'enfant
Statut marital
Les représentatic

Dans quelle mesure les critères ci-dessous rentrent-ils dans votre décision de ne pas réaliser la ligature tubaire ?

*

Extrêmement

Plutôt en faveur

Neutre

Plutôt en défaveur

Pas du tout

Âge

Nombre d'enfant

Statut marital

Les représentations vis à vis de la contraception

Après la section 11

Rubrique 12 sur 50

Titre de la section (facultatif)

Description (facultative)

A partir de quel âge vous semblerait-il acceptable d'accéder à se demande ?

*

35 ans
40 ans
45 ans
50 ans
Je ne réaliserais

Après la section 12

Rubrique 13 sur 50

Section sans titre

Description (facultative)

A partir de quel âge vous semblerait-il plus évident d'accéder à se demande ?

*

35 ans
40 ans
45 ans
50 ans

Après la section 13

Rubrique 14 sur 50

Section sans titre

Description (facultative)

A partir de combien d'enfants vous semblerait-il acceptable d'accéder à sa demande ?

*

2 enfants
3 enfants
4 enfants
+ de 4 enfants
Je ne réaliserais

Après la section 14

Rubrique 15 sur 50

Section sans titre

Description (facultative)

A partir de combien d'enfants vous semblerait-il plus évident d'accéder à sa demande ?

*

2 enfants
3 enfants
4 enfants
+ de 4 enfants

Après la section 15

Rubrique 16 sur 50

Section sans titre

Description (facultative)

Votre décision aurait-elle été différente si la patiente avait été mariée ?

*

Oui
Non

Après la section 16

Rubrique 17 sur 50

Section sans titre

Description (facultative)

Votre décision aurait-elle été différente si la patiente avait présenté des contre-indications absolues à tous les moyens de contraception ?

*

Oui
Non

Après la section 17
Rubrique 18 sur 50

Cas 2

Une femme de 30 ans, 1 enfant, 1 grossesse, célibataire, venant vous voir en consultation pour une demande de ligature tubaire.

Elle ne veut pas d'autre enfant, elle a mal toléré son DIU au cuivre, elle ne souhaite pas de contraception hormonale en raison de représentations personnelles et elle a peur lors de chaque rapport de tomber enceinte malgré l'utilisation du préservatif.

Bien que vous ayez accédé à la demande de ligature tubaire, quel est le critère qui aurait été le plus à même de vous faire changer d'avis ?

*

Âge
Nombre d'enfant
Statut maritale
Les antécédents
Il n'y a aucun critère

Dans quelle mesure les critères ci-dessous auraient été à même de vous faire changer d'avis ?

*

Extrêmement
Plutôt en faveur
Neutre
Plutôt en défaveur
Pas du tout
Âge
Nombre d'enfant
Statut marital
Antécédents contraceptifs

Après la section 18
Rubrique 19 sur 50

Cas 3

Une femme de 35 ans, 3 grossesses et 3 enfants, divorcée et actuellement célibataire depuis 3 ans, venant vous voir en consultation pour une demande de ligature tubaire car elle a atteint le nombre d'enfants qu'elle désire.

Elle est actuellement sous Désogestrel 75µg per os qu'elle tolère bien mais voudrait arrêter devant l'absence de partenaire stable et le souhait de ne pas prendre une contraception tous les jours.

Elle a entendu parler de la ligature tubaire par une amie et ne souhaite pas d'alternative que vous pourriez proposer (DIU ou implant).

Avec les éléments en votre possession, orienteriez-vous en vue de la réalisation/réaliseriez-vous une contraception définitive ?

*

Oui
Non

Après la section 19
Rubrique 20 sur 50

Cas 3

Une femme de 35 ans, 3 grossesses et 3 enfants, divorcée et actuellement célibataire depuis 3 ans, venant vous voir en consultation pour une demande de ligature tubaire car elle a atteint le nombre d'enfants qu'elle désire.

Elle est actuellement sous Désogestrel 75µg per os qu'elle tolère bien mais voudrait arrêter devant l'absence de partenaire stable et le souhait de ne pas prendre une contraception tous les jours. Elle a entendu parler de la ligature tubaire par une amie et ne souhaite pas d'alternative que vous pourriez proposer (DIU ou implant).

Quel facteur est le plus important dans votre décision de ne pas accéder à la demande de ligature tubaire ?

*

Âge
Nombre d'enfant
Statut marital
La présence d'un

Dans quelle mesure les critères ci-dessous rentrent-ils dans votre décision de ne pas réaliser la ligature tubaire ?

*

Extrêmement
Plutôt en faveur
Neutre
Plutôt en défaveur
Pas du tout
Âge
Nombre d'enfant
Statut marital
La présence d'une contraception efficace et bien tolérée
Après la section 20
Rubrique 21 sur 50
Section sans titre
Description (facultative)

A partir de quel âge vous semblerait-il acceptable d'accéder à sa demande ?

*

40 ans
45 ans
50 ans
Je ne réaliserais

Après la section 21
Rubrique 22 sur 50
Section sans titre
Description (facultative)

A partir de quel âge vous semblerait-il plus évident d'accéder à sa demande ?

*

40 ans
45 ans
50 ans

Après la section 22
Rubrique 23 sur 50
Section sans titre
Description (facultative)

A partir de combien d'enfants vous semblerait-il acceptable d'accéder à sa demande ?

*

4 enfants
+ de 4 enfants
Je ne réaliserais

Après la section 23
Rubrique 24 sur 50
Section sans titre
Description (facultative)

A partir de combien d'enfants vous semblerait-il plus évident d'accéder à sa demande ?

*

4 enfants
+ de 4 enfants

Après la section 24
Rubrique 25 sur 50
Section sans titre
Description (facultative)

Votre décision aurait-elle été différente si la patiente avait été mariée ?

*

Oui
Non

Après la section 25
Rubrique 26 sur 50
Section sans titre
Description (facultative)

Votre décision aurait-elle été différente si la patiente avait été en échec de toutes les contraceptions réversibles que vous pouviez lui proposer ?

*

Oui
Non

Après la section 26
Rubrique 27 sur 50

Cas 3

Une femme de 35 ans, 3 grossesses et 3 enfants, divorcée et actuellement célibataire depuis 3 ans, venant vous voir en consultation pour une demande de ligature tubaire car elle a atteint le nombre d'enfants qu'elle désire.

Elle est actuellement sous Désogestrel 75µg per os qu'elle tolère bien mais voudrait arrêter devant l'absence de partenaire stable et le souhait de ne pas prendre une contraception tous les jours.

Elle a entendu parler de la ligature tubaire par une amie et ne souhaite pas d'alternative que vous pourriez proposer (DIU ou implant).

Bien que vous ayez accédé à la demande de ligature tubaire, quel est le critère qui aurait été le plus à même de vous faire changer d'avis ?

*

Âge
Nombre d'enfants
Statut marital
La présence d'un

Il n'y a aucun critère

Dans quelle mesure les critères ci-dessous auraient été à même de vous faire changer d'avis ?

*

Extrêmement

Plutôt en faveur

Neutre

Plutôt en défaveur

Pas du tout

Âge

Nombre d'enfants

Statut marital

La présence d'une contraception efficace et bien tolérée

Après la section 27

Rubrique 28 sur 50

Cas 4

Une femme de 37 ans, 1 grossesse qui a abouti à une IVG il y a 17 ans, sans enfant, mariée depuis 6 ans, se présentant en consultation pour une demande de contraception définitive.

Elle avait déjà fait une première demande il y a 8 ans qui n'avait pas abouti en raison de son âge et avait fait une nouvelle demande il y a 4 ans pour laquelle on lui avait demandé un délai de réflexion un peu plus long du fait de la relation récente avec son mari.

Elle prend actuellement une contraception par Désogestrel 75µg par voie orale qu'elle tolère parfaitement mais qu'elle souhaiterait arrêter en raison d'un souhait de retour vers une alternative non hormonale et moins contraignante. Elle avait déjà eu recours à un DIU en cuivre il y a quelques années dont la pose et le retrait avaient été extrêmement douloureux, ce qui la pousse à ne pas réitérer l'expérience.

Avec les éléments en votre possession, orienteriez-vous en vue de la réalisation/réaliseriez-vous une contraception définitive ?

*

Oui

Non

Après la section 28

Rubrique 29 sur 50

Cas 4

Une femme de 37 ans, 1 grossesse qui a abouti à une IVG il y a 17 ans, sans enfant, mariée depuis 6 ans, se présentant en consultation pour une demande de contraception définitive.

Elle avait déjà fait une première demande il y a 8 ans qui n'avait pas abouti en raison de son âge et avait fait une nouvelle demande il y a 4 ans pour laquelle on lui avait demandé un délai de réflexion un peu plus long du fait de la relation récente avec son mari.

Elle prend actuellement une contraception par Désogestrel 75µg par voie orale qu'elle tolère parfaitement mais qu'elle souhaiterait arrêter en raison d'un souhait de retour vers une alternative non hormonale et moins contraignante. Elle avait déjà eu recours à un DIU en cuivre il y a quelques années dont la pose et le retrait avaient été extrêmement douloureux, ce qui la pousse à ne pas réitérer l'expérience.

Quel facteur est le plus important dans votre décision de ne pas accéder à la demande de ligature tubaire ?

*

Âge

Nombre d'enfants

Statut marital

La présence d'un

Dans quelle mesure les critères ci-dessous rentrent-ils dans votre décision de ne pas réaliser la ligature tubaire ?

*

Extrêmement

Plutôt en faveur

Neutre

Plutôt en défaveur

Pas du tout

Âge

Nombre d'enfants

Statut marital

La présence d'une contraception efficace

Après la section 29

Rubrique 30 sur 50

Titre de la section (facultatif)

Description (facultative)

A partir de quel âge vous semblerait-il acceptable d'accéder à se demande ?

*

40 ans

45 ans

Je ne réaliserais

Après la section 30

Rubrique 31 sur 50

Section sans titre

Description (facultative)

A partir de quel âge vous semblerait-il plus évident d'accéder à se demande ?

*

40 ans

45 ans

Après la section 31

Rubrique 32 sur 50

Titre de la section (facultatif)

Description (facultative)

A partir de combien d'enfant vous semblerait-il acceptable d'accéder à sa demande ?

*

1 enfant

2 enfants

3 enfants

+ de 3 enfants

Je ne réaliserais

Après la section 32

Rubrique 33 sur 50

Section sans titre

Description (facultative)

A partir de combien d'enfant vous semblerait-il plus évident d'accéder à sa demande ?

*

1 enfant
2 enfants
3 enfants
+ de 3 enfants

Après la section 33

Rubrique 34 sur 50

Section sans titre

Description (facultative)

Votre décision aurait-elle été différente si la patiente avait été mariée depuis ...

*

10 ans
15 ans
20 ans

Après la section 34

Rubrique 35 sur 50

Section sans titre

Description (facultative)

Votre décision aurait-elle été évidente si la patiente avait été mariée depuis ...

*

10 ans
15 ans
20 ans

Après la section 35

Rubrique 36 sur 50

Section sans titre

Description (facultative)

Votre décision aurait-elle été différente si la patiente avait été en échec de toutes les contraceptions réversibles que vous pouviez lui proposer ?

*

Oui
Non

Après la section 36

Rubrique 37 sur 50

Cas 4

Une femme de 37 ans, 1 grossesse qui a abouti à une IVG il y a 17 ans, sans enfant, mariée depuis 6 ans, se présentant en consultation pour une demande de contraception définitive.

Elle avait déjà fait une première demande il y a 8 ans qui n'avait pas abouti en raison de son âge et avait fait une nouvelle demande il y a 4 ans pour laquelle on lui avait demandé un délai de réflexion un peu plus long du fait de la relation récente avec son mari.

Elle prend actuellement une contraception par Désogestrel 75µg par voie orale qu'elle tolère parfaitement mais qu'elle souhaiterait arrêter en raison d'un souhait de retour vers une alternative non

hormonale et moins contraignante. Elle avait déjà eu recours à un DIU en cuivre il y a quelques années dont la pose et le retrait avaient été extrêmement douloureux, ce qui la pousse à ne pas réitérer l'expérience.

Bien que vous ayez accédé à la demande de ligature tubaire, quel est le critère qui aurait été le plus à même de vous faire changer d'avis ?

*

Âge
Nombre d'enfants
Statut marital
La présence d'un
Il n'y a aucun critère

Dans quelle mesure les critères ci-dessous auraient été à même de vous faire changer d'avis ?

*

Extrêmement

Plutôt en faveur

Neutre

Plutôt en défaveur

Pas du tout

Âge

Nombre d'enfants

Statut marital

La présence d'une contraception efficace

Après la section 37

Rubrique 38 sur 50

Cas 5

Une femme de 40 ans, pas de grossesse, pas d'enfant, remariée depuis 2 ans venant, vous voir en consultation pour une demande de contraception définitive.

Elle a bénéficié il y a 10 ans d'une PMA avec son ancien conjoint en raison d'une infertilité du côté de ce dernier. Elle n'est pas tombée enceinte en 3 ans de PMA et a arrêté devant la séparation du couple.

Elle s'est remariée il y a 2 ans avec un nouveau partenaire qui a de son côté 2 enfants de 16 et 18 ans. Après réflexion, le couple a décidé ne souhaite pas d'enfant supplémentaire.

Elle utilise le préservatif masculin comme moyen contraceptif depuis la rencontre avec son mari. Elle n'a jamais eu d'autre contraception et souhaite s'en séparer conjointement avec son mari par convenance personnelle. Elle connaît l'existence et ne souhaite pas des contraceptions réversibles que vous lui proposez en alternative. Vous interrogez le mari qui refuse la réalisation d'une vasectomie.

Avec les éléments en votre possession, orienteriez-vous en vue de la réalisation/réaliseriez-vous une contraception définitive ?

*

Oui
Non

Après la section 38

Rubrique 39 sur 50

Cas 5

Une femme de 40 ans, pas de grossesse, pas d'enfant, remariée depuis 2 ans venant, vous voir en consultation pour une demande de contraception définitive.

Elle a bénéficié il y a 10 ans d'une PMA avec son ancien conjoint en raison d'une infertilité du côté de ce dernier. Elle n'est pas tombée enceinte en 3 ans de PMA et a arrêté devant la séparation du couple.

Elle s'est remariée il y a 2 ans avec un nouveau partenaire qui a de son côté 2 enfants de 16 et 18 ans. Après réflexion, le couple a décidé ne souhaite pas d'enfant supplémentaire.

Elle utilise le préservatif masculin comme moyen contraceptif depuis la rencontre avec son mari. Elle n'a jamais eu d'autre contraception et souhaite s'en séparer conjointement avec son mari par convenance personnelle. Elle connaît l'existence et ne souhaite pas des contraceptions réversibles que vous lui proposez en alternative. Vous interrogez le mari qui refuse la réalisation d'une vasectomie.

Quel facteur est le plus important dans votre décision de ne pas accéder à la demande de ligature tubaire ?

*

Âge
Nombre d'enfants
Statut marital
L'antécédent de r
L'absence d'essai

Dans quelle mesure les critères ci-dessous rentrent-ils dans votre décision de ne pas réaliser la ligature tubaire ?

*

Extrêmement

Plutôt en faveur

Neutre

Plutôt en défaveur

Pas du tout

Âge

Nombre d'enfants

Statut marital

L'antécédent de recours à la PMA

L'absence d'essai d'une autre contraception réversible

Après la section 39

Rubrique 40 sur 50

Titre de la section (facultatif)

Description (facultative)

A partir de quel âge vous semblerait-il acceptable d'accéder à se demande ?

*

45 ans
Je ne réaliserais

Après la section 40

Rubrique 41 sur 50

Section sans titre

Description (facultative)

A partir de quel âge vous semblerait-il plus évident d'accéder à se demande ?

*

45 ans

Après la section 41

Rubrique 42 sur 50

Section sans titre

Description (facultative)

A partir de combien d'enfant vous semblerait-il acceptable d'accéder à sa demande ?

*

1 enfant
2 enfants
3 enfants
+ de 3 enfants
Je ne réaliserais

Après la section 42

Rubrique 43 sur 50

Section sans titre

Description (facultative)

A partir de combien d'enfant vous semblerait-il plus évident d'accéder à sa demande ?

*

1 enfant
2 enfants
3 enfants
+ de 3 enfants

Après la section 43

Rubrique 44 sur 50

Section sans titre

Description (facultative)

Votre décision aurait-elle été différente si la patiente avait été mariée depuis ...

*

5 ans
10 ans
15 ans
20 ans
+ de 20 ans
Je ne réaliserais

Après la section 44

Rubrique 45 sur 50

Section sans titre

Description (facultative)

Votre décision aurait-elle été plus évidente si la patiente avait été mariée depuis ...

*

5 ans
10 ans
15 ans
20 ans
+ de 20 ans

Après la section 45

Rubrique 46 sur 50

Titre de la section (facultatif)

Description (facultative)

Votre décision aurait-elle été différente si la patiente n'avait pas eu recours à une PMA ?

*

Oui
Non

Votre décision aurait-elle été différente si le parcours PMA avait concerné son nouveau conjoint et que les 2 enfants étaient les enfants de votre patiente ?

*

Oui
Non

Après la section 46

Rubrique 47 sur 50

Section sans titre

Description (facultative)

Votre décision aurait-elle été plus évidente si le parcours PMA avait concerné son nouveau conjoint et que les 2 enfants étaient les enfants de votre patiente ?

*

Oui
Non

Après la section 47

Rubrique 48 sur 50

Section sans titre

Description (facultative)

Votre décision aurait-elle été différente si la patiente avait été en échec de toutes les contraceptions réversibles que vous pouviez lui proposer ?

*

Oui
Non

Après la section 48

Rubrique 49 sur 50

Cas 5

Une femme de 40 ans, pas de grossesse, pas d'enfant, remariée depuis 2 ans venant, vous voir en consultation pour une demande de contraception définitive.

Elle a bénéficié il y a 10 ans d'une PMA avec son ancien conjoint en raison d'une infertilité du côté de ce dernier. Elle n'est pas tombée enceinte en 3 ans de PMA et a arrêté devant la séparation du couple.

Elle s'est remariée il y a 2 ans avec un nouveau partenaire qui a de son côté 2 enfants de 16 et 18 ans. Après réflexion, le couple a décidé ne souhaite pas d'enfant supplémentaire.

Elle utilise le préservatif masculin comme moyen contraceptif depuis la rencontre avec son mari. Elle n'a jamais eu d'autre contraception et souhaite s'en séparer conjointement avec son mari par convenance personnelle. Elle connaît l'existence et ne souhaite pas des contraceptions réversibles que vous lui proposez en alternative. Vous interrogez le mari qui refuse la réalisation d'une vasectomie.

Bien que vous ayez accédé à la demande de ligature tubaire, quel est le critère qui aurait été le plus à même de vous faire changer d'avis ?

*

Âge
Nombre d'enfants
Statut marital
L'antécédent de r
L'absence d'essai
Il n'y a aucun critère

Dans quelle mesure les critères ci-dessous auraient été à même de vous faire changer d'avis ?

*

Extrêmement

Plutôt en faveur

Neutre

Plutôt en défaveur

Pas du tout

Âge

Nombre d'enfants

Statut marital

L'antécédent de recours à la PMA

L'absence d'essai d'une autre contraception réversible

Après la section 49

Rubrique 50 sur 50

Merci d'avoir répondu au questionnaire.

Si vous souhaitez recevoir le résultat de ma thèse, vous pouvez me laisser votre mail ci dessous

Adresse mail pour envoi du résultat (facultatif)

.

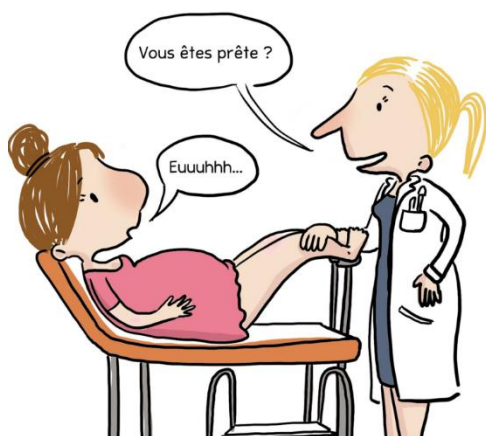
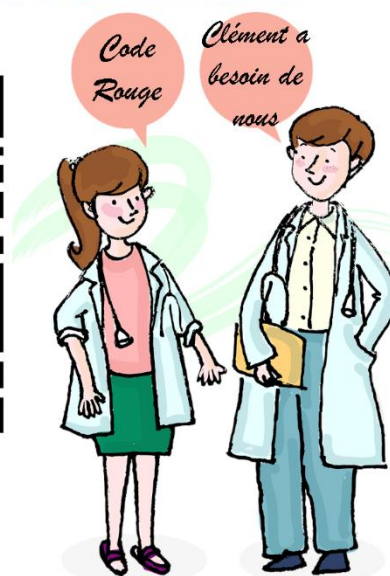
II. Annexe 2 : Dépliant

Questionnaire de Thèse en Médecine Générale

Bonjour, je m'appelle *Clément EBEYER*, remplaçant en médecine générale. Je réalise ma thèse au sujet **des déterminants du choix de la réalisation ou non d'une ligature tubaire**

Gynécologues, médecins généralistes, sages femmes, j'ai besoin de vous

Vous pouvez accéder au questionnaire en scannant le QR code ci-dessous



Merci du temps que vous m'accorderez.
Vos réponses nous permettront de mieux appréhender les représentations de chacun pour aider et accompagner les femmes



clement.ebeyer@gmail.com

Titre de Thèse : Déterminants du poids des facteurs de risque de regret dans la décision de ligature tubaire par les professionnels de santé de Vendée

RESUME

- La ligature tubaire est la seule pratique de contraception permanente utilisée en France. Elle est la première contraception utilisée dans le monde mais reste pourtant utilisée de façon marginale en France. De multiples facteurs historiques, sociaux, politiques et moraux expliquent cette différence. L'encadrement de la pratique par la loi laisse le rôle aux professionnels de santé (en dehors des critères d'exclusions des mineures et des femmes bénéficiant de protection juridique) de définir selon leur expérience et leurs critères moraux, la légitimité de la demande des femmes. L'âge, le nombre d'enfant, le statut conjugal, le parcours contraceptif, les antécédents d'IVG sont autant de critères qui viennent influencer sur le risque de regret dans la littérature.

- J'ai donc réalisé une étude prospective, observationnelle et quantitative à l'aide d'un questionnaire afin d'évaluer le poids de ces facteurs de risque dans la décision du professionnel. J'ai pour cela diffusé mon questionnaire à des gynécologues, des sages-femmes, des médecins généralistes et des internes travaillant en Vendée. J'ai recueilli les données au bout de 3 relances et de 3 mois avec un total de 53 répondants.

- Mes résultats montrent que les facteurs de risque identifiés dans la littérature sont bien les mêmes que ceux identifiés par les professionnels de santé et permettent de pondérer le poids de ces derniers dans la décision. On peut ainsi délimiter une ébauche d'acceptabilité de ces critères en les faisant varier. Ainsi l'âge idéal se trouve aux alentours de 30/35 ans, le nombre d'enfant à 1, le statut conjugal pose problème chez les femmes seules, et ne vient pas jouer chez les couples recomposés et il est difficile d'accéder à la demande chez les femmes ayant une contraception réversible déjà en place et bien tolérée.

- La discussion vient évoquer la nouvelle demande d'une certaine portion de la population dans un contexte de revendications sociétales des femmes de plus en plus audibles. Ainsi il semble nécessaire que la pratique des professionnels en matière d'accès à la ligature tubaire évolue. Les défauts de notre système de soin ne permettent plus de prendre en charge de façon optimale cette transformation des pratiques et d'avoir une approche centrée patiente. C'est pourquoi je propose un score permettant d'identifier les femmes avec un risque de regret important et de les orienter vers des centres dédiés en vue d'améliorer le parcours pour ces femmes et de diminuer le poids de la décision chez les médecins réalisant des ligatures tubaires.

MOTS-CLES

Stérilisation tubaire, ligature tubaire, contraception définitive, contraception permanente, éthique médicale, accès au soin, questionnaire quantitatif, facteur de risque de regret, centre dédié à la ligature tubaire