



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Contraception définitive : quelle démarche éthique des médecins
généralistes des Hauts-de-France ?**

Présentée et soutenue publiquement le 15 octobre 2024 à 16 heures
Au Pôle Formation

Par Léa DERNONCOURT

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseur :

Monsieur le Docteur Henri CROZET

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Judith OLLIVON

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

CNIL	Commission Nationale de l'Information et des Libertés
C2S	Complémentaire Santé Solidaire
DPO	Délégué à la protection des données
HAS	Haute Autorité de Santé
MSU	Maître de Stage Universitaire
SRQR	Standards for Reporting Qualitative Research

TABLE DES MATIERES

Résumé.....	1
Introduction.....	3
Matériels et méthodes	6
<i>Type d'étude</i>	<i>6</i>
<i>Population.....</i>	<i>6</i>
<i>Recueil des données.....</i>	<i>6</i>
<i>Aspects éthiques et réglementaires</i>	<i>7</i>
Résultats	8
<i>Description de la population</i>	<i>8</i>
<i>Contraception définitive.....</i>	<i>9</i>
I. Définition	9
II. Déterminants de la proposition par le médecin	9
III. Déterminants de la demande par le patient	12
<i>Place du médecin généraliste dans la contraception</i>	<i>13</i>
I. Rôle de coordination	13
II. Rôle d'information	14
III. Rôle d'écoute.....	15
<i>Déontologie.....</i>	<i>16</i>
I. Loi	16
II. Droit de réserve	17
III. Consentement éclairé.....	17
<i>Morale.....</i>	<i>19</i>
I. Morale de la société.....	19
II. Morale du médecin	23
III. Morale du patient.....	27
<i>Éthique</i>	<i>29</i>
I. Principe d'autonomie	29
II. Principe de non-malfaisance	30
III. Principe de bienfaisance	31
IV. Principe de justice.....	32
V. Concept de responsabilité	33
VI. Concept d'intimité	33
VII. Manière de faire	34
Discussion	37
<i>Résultats principaux</i>	<i>37</i>

Comparaison à la littérature	40
Forces et limites	45
I. Forces	45
II. Limites	45
Perspectives	47
I. Pour la recherche.....	47
II. Pour la pratique	47
III. Pour l'organisation des soins	47
IV. Pour l'enseignement et la formation	47
Conclusion	48
Références bibliographiques	49
Annexes.....	51
<i>Annexe 1 : Autorisation de la CNIL.....</i>	<i>51</i>
<i>Annexe 2 : Grille SRQR.....</i>	<i>52</i>
<i>Annexe 3 : Lettre d'information à destination des médecins</i>	<i>55</i>
<i>Annexe 4 : Guide d'entretien initial.....</i>	<i>56</i>
<i>Annexe 5 : Guide d'entretien final.....</i>	<i>56</i>
<i>Annexe 6 : Entretiens.....</i>	<i>57</i>

RESUME

Introduction : Légalisée en 2001, la contraception définitive est peu utilisée en France actuellement bien qu'en augmentation. Les patients demandent de plus en plus jeune l'accès à la contraception définitive, qui est pour l'instant encore limité avec une quasi absence avant l'âge de 30 ans. Cela pose des questions éthiques où s'opposent autonomie du patient et principe de non malfaisance. Les médecins sont de plus en plus confrontés à cette demande, et nous pouvons nous demander quelles sont leurs motivations à proposer ou répondre à une demande. L'objectif de cette étude était de comprendre les valeurs morales du médecin généraliste à propos de la contraception définitive pour une consultation éthique ainsi que de comprendre la manière dont exercent les médecins généralistes par rapport à la contraception définitive.

Matériel et méthode : Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 12 médecins généralistes des Hauts-de-France jusqu'à suffisance des données. Une étude inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée.

Résultats : Les médecins généralistes pratiquent, pour la plupart, la contraception définitive selon leurs valeurs personnelles. L'âge et le fait d'avoir des enfants sont des critères majeurs de leur pratique. La crainte des regrets est leur principal frein à la réalisation chez ces patients.

Ils pratiquent l'information auprès des patients à leur demande, et l'abordent spontanément selon la situation. Ils sont les principaux acteurs de l'information chez les hommes et cherchent à les inclure dans la contraception.

Lors d'une consultation éthique, ils favorisent l'échange afin d'adapter leur pratique à la situation du patient en favorisant son autonomie. Une information juste est prodiguée au couple. Ils estiment que cela respecte la déontologie et s'assurent d'un consentement libre, informé et éclairé. Bienfaisance et non-malfaisance sont liés afin de prévenir les regrets d'une atteinte corporelle sans retour.

Conclusion :

Les médecins généralistes sont de plus en plus sollicités pour une contraception définitive. Avec une volonté d'inclure le couple dans la contraception. Afin de s'adapter au mieux aux besoins des patients, les médecins réalisent une consultation où déontologie, morale et éthique sont en tension et interagissent l'un entre l'autre et l'un avec l'autre.

INTRODUCTION

D'après les chiffres de Santé Publique France (1), avant 30 ans les patients n'ont pas accès à la contraception définitive, et peu jusque 45 ans. La demande existe pourtant (2). Celle-ci pose des questions éthiques où s'opposent autonomie du patient et principe de non malfaisance. Des comités d'éthique se sont réunis pour discuter des motivations des patients (3), mais aussi de l'existence d'un droit de supprimer sa capacité procréatrice ou celle d'autrui (4). Les médecins généralistes se retrouvent de plus en plus confrontés à cette demande, et nous pouvons nous interroger sur leur manière de faire et leur position éthique face à cette question.

Les 2 grands thèmes dont nous allons parler sont la contraception définitive et l'éthique des médecins généralistes face à cette demande des couples.

La contraception définitive est un moyen de contraception jugé irréversible. Elle peut être réalisée sur une personne en état de procréer, majeure, après un délai de réflexion de 4 mois. Il y a deux possibilités : la ligature de trompes chez la femme, et la vasectomie chez l'homme.

L'éthique questionne une manière de faire. Pour Didier Sicard (5), l'éthique médicale correspond à l'exigence d'une certaine forme de comportement de la médecine au service du malade. Dans ce questionnement interviennent la morale et la déontologie. La déontologie, c'est une obligation de règles auxquelles le médecin doit se conformer. La morale, c'est l'interrogation des valeurs dont la réponse est définie. L'éthique est une visée entre déontologie et morale dans une société en mouvement. C'est un questionnement sans réponse.

La démarche éthique a été formalisée par Beauchamp et Childress à la fin des années 1970 (6). Ils ont proposé quatre principes cardinaux afin d'organiser la réflexion éthique : la justice, l'autonomie, la bienfaisance et la non-malfaisance. D'autres concepts y sont associés.

La législation française autorise la contraception définitive depuis la loi du 4 Juillet 2001. Elle stipule que : « La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences. » (7).

En France en 2016, la contraception définitive n'était pas utilisée avant l'âge de 30 ans. Chez les femmes concernées par la contraception (en âge de procréer, ayant eu un rapport sexuel avec un homme dans les 12 derniers mois et ne souhaitant pas d'enfant), son utilisation augmentait avec l'âge pour un taux de 11% entre 45 et 49 ans. La contraception la plus utilisée en France était la pilule contraceptive suivie du dispositif intra-utérin. (1)

En 2019, un état des lieux mondial estimait que 2,9% des femmes françaises en âge de procréer avaient eu recours à une stérilisation féminine. Dans cette même population, 0,8% utilisait la vasectomie comme moyen de contraception (8).

La France semble se différencier des autres pays par son moindre recours à la contraception définitive : dans le monde, en 2019, la contraception définitive féminine était utilisée à 24% chez les couples utilisant une contraception. La contraception définitive masculine était pratiquée dans 2% des cas (9).

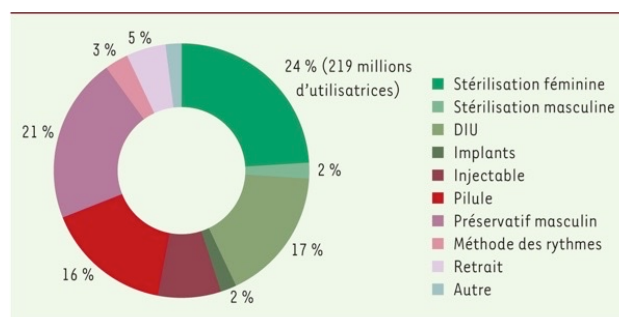


Figure 1 : Répartition en pourcentage des méthodes de contraception à travers le monde. Source : La contraception à travers le monde, Médecine/sciences (9)

La contraception définitive féminine est la contraception la plus utilisée dans le monde, mais elle est inégalement pratiquée selon les zones géographiques. Elle est

particulièrement répandue dans les pays à démographie élevée comme l'Inde, ou dans d'autres pays par habitude culturelle, comme en Amérique (9).



Figure 2 : Pourcentage de répartition de la contraception définitive féminine. Source : *La contraception à travers le monde, Médecine/sciences* (9)

Son utilisation évolue depuis la dernière décennie. En France, l'état des lieux publié en 2021 (8) souligne une augmentation de l'utilisation de la vasectomie, avec une multiplication par 15 de son utilisation entre 2010 et 2021 et une division par 2 de l'utilisation de la ligature des trompes. En 2022, 3 stérilisations masculines ont été réalisées pour 2 stérilisations féminines.

Dans ce contexte, nous avons imaginé que le médecin généraliste décide de proposer ou non la contraception définitive en fonction de ses convictions personnelles, notamment en fonction de l'âge et de la situation familiale du patient.

Nous pouvons nous demander pourquoi la contraception définitive est moins utilisée en France que dans d'autres pays du monde : par le manque de demande, le manque de proposition ou le manque d'information des patients ?

Quelles sont les motivations des médecins à la proposer ou à répondre à une demande ? Nous pouvons nous demander quelle est la position éthique des médecins généralistes à ce propos et comment ils pratiquent l'information de la contraception définitive en France ?

L'objectif de cette étude était de comprendre les valeurs morales du médecin généraliste à propos de la contraception définitive pour une consultation éthique.

Notre objectif secondaire était de comprendre la manière dont exercent les médecins généralistes par rapport à la contraception définitive.

MATERIELS ET METHODES

Type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une thèse qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Le paradigme de recherche était explicatif.

Les recommandations de la grille de méthode « SRQR » ont été suivies pendant l'étude.

Population

La population étudiée était constituée de médecins généralistes des Hauts-de-France. Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste, remplaçant ou installé.

Ils ont été sélectionnés parmi les connaissances du chercheur, puis par effet boule de neige, en tenant compte des analyses précédentes afin d'augmenter les chances de recueillir de nouvelles données. Les médecins ont été recrutés par téléphone et par mail. 12 médecins ont été recrutés au total.

Recueil des données

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés. Le choix de ce type d'entretien était fait devant la nécessité d'interroger les propres convictions des participants, de ne pas influencer leur discours et de favoriser l'expression.

Le recueil de données a été réalisé à l'aide d'un enregistreur audio lors d'entretiens par téléphone, visioconférence ou en présentiel selon les possibilités des participants. Un premier guide d'entretien a été réalisé puis modifié après le premier entretien test, en raison d'une insuffisance de données et de réponses courtes. Celui-ci a été jugé vague et une question d'accroche a été ajoutée au début de l'entretien afin d'ouvrir la discussion d'entrée.

Les participants étaient informés du thème de la contraception définitive, sans explication supplémentaire afin de ne pas orienter les réponses.

Les entretiens ont été conduits du 18 novembre 2023 au 13 juin 2024. L'arrêt des entretiens a été réalisé lors de la suffisance de données. Cette suffisance a été décidée lors de la redondance des données, après réalisation de deux entretiens supplémentaires afin de s'en assurer.

Tous les entretiens ont été retranscrits par verbatims avec conservation des données sur l'ordinateur personnel du chercheur. L'analyse des données a suivi la méthode de codage et a été réalisée par le chercheur grâce à l'outil Excel avec dé-identification des extraits cités.

Une triangulation a été réalisée par une autre chercheuse, Lucie Leprevost, pour 75% des entretiens.

Aspects éthiques et réglementaires

Les participants ont consenti librement à leur participation après avoir reçu des informations sur les modalités de recherche.

L'ensemble des entretiens a été anonymisé, en supprimant tous les noms propres et éventuels éléments permettant une identification. Les noms des participants ont été remplacés par un code : la lettre M et le chiffre dans l'ordre de réalisation des entretiens.

La recherche était réalisée suite à l'accord du délégué à la protection des données de la faculté de Lille portant la référence 2023-123. Il n'a pas été demandé d'autre accord afin de pouvoir réaliser cette recherche.

RESULTATS

Description de la population

Tableau 1 : Description des 12 médecins interrogés

Médecin	Âge	Sexe	Lieu d'exercice	Enfants	Contraception définitive personnelle	MSU	Formation spécifique santé homme/femme
1	27-39	Fém	Semi-rural	Oui	Non	Non	Non
2	27-39	Masc	Remplaçant semi-rural	Non	Non	Non	Non
3	> 55	Fém	Rural	Oui	Non	Oui	Gynécologie
4	27-39	Masc	Urbain	Oui	Non	Oui	Non
5	40-55	Fém	Semi-rural	Oui	Non	Oui	Non
6	40-55	Fém	Rural	Oui	Non	Non	Gynécologie
7	27-39	Fém	Rural	Oui	Non	Non	Gynécologie
8	> 55	Masc	Urbain	Oui	Non	Oui	Non
9	40-55	Fém	Urbain	Oui	Non	Oui	Gynécologie, IVG
10	40-55	Masc	Urbain	Oui	Non	Oui	Non
11	27-39	Masc	Rural	Non	Non	Oui	Non
12	27-39	Masc	Rural	Oui	Non	Oui	Non

La recherche d'échantillon à variation maximale a permis une représentation de tous les âges, sexes et modes d'exercice. Aucun médecin interrogé n'avait lui-même réalisé de contraception définitive.

Contraception définitive

I. Définition

L'une des premières étapes dans la contraception définitive est l'information donnée aux patients.

Les médecins expliquent qu'elle est irréversible et pour les deux sexes.

M1 : « C'est une contraception où on ne peut pas, où il n'y a pas de retour en arrière »

M10 : « Alors il y a 2 types de contraception définitive, la féminine et la masculine »

Ils en donnent des exemples.

M12 : « En ce qui concerne la contraception définitive chez la femme c'est par exemple la ligature des trompes, après chez l'homme c'est la vasectomie »

Ils expliquent que c'est une méthode de contraception efficace.

M2 : « c'est quand même une méthode de contraception relativement sûre »

Ils informent de l'absence de modification sur le fonctionnement corporel.

M9 : « que ça ne change rien du coup en termes d'hormones et de cycles, que la femme sera toujours réglée »

M10 : « en tout cas qu'il y a pas de répercussion sur la libido, qu'il y a pas de répercussion sur le plaisir, qu'il y a juste plus de spermatozoïdes dans l'éjaculat »

II. Déterminants de la proposition par le médecin

II.A. Freins à la proposition

Les freins à la proposition pour les médecins sont :

- le jeune âge

M2 : « je me verrais pas du tout proposer à une personne de 20-25 ans »

- la connaissance d'un désir d'enfant

M9 : « pour les femmes qui viennent avec après à terme un projet de grossesse j'en parle pas »

- un faible taux de demande

M6 : « en fait on en voit pas tant que ça »

M8 : « on ne me l'a jamais proposé, demandé, ébauché, discuté »

- un faible intérêt de la part du patient lorsque la proposition vient du médecin

M2 : « je suis pas certain (...) que ça fonctionne très bien de le proposer quand c'est pas directement la demande du patient »

- peu d'opportunités d'aborder le sujet avec les hommes par manque de consultation à ce sujet

M6 : « j'en parle pas aux hommes puisqu'ils viennent jamais me voir pour un problème de contraception »

M1 : « j'ai jamais l'occasion d'aborder le sujet »

- une méconnaissance du sujet par le médecin

M8 : « j'y connais pas grand-chose »

M4 : « on n'a pas trop d'enseignement de base, on n'est pas hyper éduqués à en parler »

- un geste chirurgical invasif avec des effets indésirables

M11 : « dans mon esprit c'est un geste chirurgical et c'est beaucoup plus invasif qu'une simple contraception »

M11 : « Non je pense que les risques sont surtout liés à la chirurgie »

II.B. Facilitateurs de proposition

Les facilitateurs de proposition sont :

- la connaissance de l'absence de désir d'enfant

M9 : « je le propose quand les couples ou quand les femmes évoquent le fait qu'elles ne veulent plus avoir d'enfant, quand elles ont déjà eu des enfants ou quand elles savent qu'elles n'en veulent pas »

- les contre-indications à une contraception réversible

M12 : « Je vais l'expliquer comme étant une alternative parfois à d'autres type de contraception notamment chez la femme, (...) pour des raisons par exemple de contre-indication ou de mauvaise tolérance des autres contraceptions. »

- les contraintes liées à l'utilisation d'une contraception réversible

M4 : « la femme prend la pilule, c'est quand même contraignant, ça coûte de l'argent, ça a des effets »

- les difficultés à trouver une contraception réversible adéquate

M7 : « Si c'est un échec de contraception, j'ai une femme (...), on a enlevé son stérilet parce qu'elle en pouvait plus, elle voulait pas prendre de contraception orale, l'implant on avait essayé ça avait été un échec, ben voilà on a parlé de contraception définitive »

- la simplicité d'utilisation et le confort de vie apporté

M3 : « une réassurance et une simplicité d'emploi »

M3 : « méthodes qui permettent de ne plus y penser tous les jours »

- la volonté d'inclure l'homme pour équilibrer la charge contraceptive

M2 : « ça permet pour une fois d'investir les hommes dans la démarche de la contraception »

- la facilité de la vasectomie par rapport à la ligature de trompes

M2 : « en termes de lourdeur de la prise en charge c'est quand même pas du tout la même chose »

III. Déterminants de la demande par le patient

III.A. Freins à la demande

Les freins à la demande sont :

- un abord du sujet limité en consultation

M6 : « et probablement pas assez évoqué à mon avis. »

- le manque d'information des patients, plus important chez les hommes

M1 : « je pense que en fait pour le coup, il y a plus de manque d'information chez les hommes que chez les femmes »

- les hommes sont moins impliqués car moins concernés par la contraception

M8 : « c'est très rare que les hommes demandent des histoires sur la contraception, donc c'est comme-ci la contraception était féminine »

M1 : « je sais pas eux ils se sentent moins concernés avec une certaine logique »

III.B. Facilitateurs de demande

- l'absence de souhait de contraception réversible par la femme ou l'absence de technique adaptée

M6 : « parce qu'elles veulent un moyen définitif de contraception et plus avoir besoin de mettre un stérilet ou d'avoir des hormones »

- l'absence ou la diminution du désir d'enfant

M3 : « chez la femme après 40 ans il y a plus beaucoup de, forcément d'envie de maternité »

- l'information préalable de l'existence

M1 : « Après les jeunes sans enfant qui demandent des contraceptions définitives j'ai l'impression que ce sont des gens quand même qui se sont déjà pas mal renseignés en amont »

- la réflexion préalable des patients

M9 : « quand elles viennent faire cette demande en amont c'est déjà des choses qui ont été réfléchies et muries »

Place du médecin généraliste dans la contraception

La place du médecin généraliste est centrale dans la contraception du couple.

M3 : « Il a toute sa part, c'est clair »

I. Rôle de coordination

I.A. Prescrire

Il a un rôle dans la prescription de la contraception

M3 : « je prescris des molécules pour effectuer une contraception quand ils me le demandent »

I.B. Suivre

Le médecin assure le suivi dans la contraception avec :

- l'attention à l'état de la contraception dans le couple

M2 : « c'est toujours important d'y être attentif, est ce qu'il y a une contraception, quelle contraception, quels effets indésirables »

- l'attention au bon usage de la contraception

M2 : « être attentif aussi à ce que la contraception soit bien prise, que ce soit bien adapté, qu'il n'y ait pas d'oubli ou d'incompréhension pour que ça soit une méthode efficace »

- la prévention

M12 : « il faut faire attention effectivement au risque de contracter une maladie sexuellement transmissible (...) il faut avoir un discours extrêmement préventif par rapport à ça aussi. »

I.C. Adresser

Le médecin adresse le patient à un spécialiste pour que celui-ci reçoive des informations supplémentaires et pour enclencher la procédure de contraception définitive.

M7 : « je les envoie voir le spécialiste qui va mieux expliquer un peu les tenants et les aboutissants du geste chirurgical »

II. Rôle d'information

II.A. Information de l'existence

Les médecins informent de l'existence de la contraception définitive par :

- la recherche de la connaissance de son existence par les patients

M4 : « je leur demanderais s'ils savent qu'il existe une manière définitive d'avoir une contraception »

- l'abord spontané du sujet

M3 : « en citant les différentes méthodes de contraception, elle en fait partie et point bar. »

Ils sont les premiers acteurs de l'information de l'existence d'une contraception définitive masculine.

M10 : « Et les contraceptions masculines, donc je leur explique parce que c'est surtout là où je vais avoir un rôle de conseil un peu plus développé parce que c'est un peu moins connu »

II.B. Information sur la méthode

Les médecins délivrent une information la plus claire possible sur les différentes méthodes.

M12 : « en tant que médecin je dois évoquer toutes les possibilités, en tout cas ce que j'ai en ma connaissance, (...) on doit exposer les possibilités avec ses avantages et ses inconvénients, ses risques et ses bénéfices, et tout en restant neutre »

Ils détaillent la méthode chirurgicale.

M5 : « Et je leur explique, (...) plus de façon anatomique comment ça se passe »

Ils expliquent en fonction de leurs connaissances personnelles.

M11 : « Le mécanisme je le connais pas très bien finalement »

III. Rôle d'écoute

Le médecin a un rôle d'écoute. Il échange et accompagne le patient autour de la contraception définitive

M9 : « un rôle (...) d'accompagner le couple tout au long de la vie (...) de pouvoir les suivre sur le long cours et pouvoir cheminer avec eux »

Déontologie

I. Loi

I.A. Cadre légal

La contraception définitive est encadrée par un cadre légal auquel les médecins doivent se soumettre :

- la nécessité d'être majeur

M9 : « La loi elle autorise de le faire à partir de 18 ans »

- l'absence de limite d'âge

M2 : « Je sais que y a pas officiellement, tout du moins, de limite d'âge pour le demander »

- le respect d'un délai de réflexion de 4 mois

M6 : « il faut effectivement un délai de réflexion de 4 mois avant l'opération »

- la réalisation par un médecin spécialisé

M8 : « Ben d'abord je commencerais à chercher quelqu'un qui s'occupe de ça, parce que moi je sais pas faire. »

I.B. Respect des règles de la déontologie

Les médecins appliquent les règles de la déontologie en respectant la loi.

La proposition de contraception définitive est jugée :

- déontologique

M6 : « Pour moi c'est déontologique dans le sens où on propose ce qui est possible de faire par rapport à ce souhait de contraception »

- non déontologiquement reprochable

M8 : « Ah, ça de reprocher de l'avoir proposé ? mais qui pourrait reprocher ça, fin je veux dire c'est dans l'air du temps »

M11 : « Dans quelle situation ça pourrait être déontologiquement reprochable ? Non je vois pas »

II. Droit de réserve

Les médecins exercent un droit de réserve par rapport aux conditions d'application de la contraception définitive, notamment en fonction de l'âge et des antécédents du patient.

M5 : « alors après peut-être que je varierais mon discours selon l'âge de la patiente, selon les antécédents médicaux peut-être qui peuvent entrer en ligne de compte... je peux modérer en fonction de l'âge de la patiente, enfin des patients »

III. Consentement éclairé

Les médecins délivrent une information claire, loyale et appropriée.

M12 : « si j'ai donné une information claire loyale et appropriée. La fameuse phrase qu'on dit toujours. Et si on le note bien dans le dossier qu'on l'a bien expliqué à la patiente »

M11 : « Adapter un peu notre discours, et leur expliquer les tenants et les aboutissants, les risques. Les bénéfices et les risques bien entendu, et les conséquences. »

Ils s'assurent que le choix du patient soit libre, réfléchi et informé.

M11 : « si quelqu'un après information éclairée, après qu'il ait bien réfléchi, qui souhaite plus d'enfant (...) moi mon objectif c'est de bien expliquer aux gens, qu'ils soient bien conscients de la décision qu'ils prennent »

M2 : « que c'est imposé ni par un soignant ni par un seul des deux membres du couple »

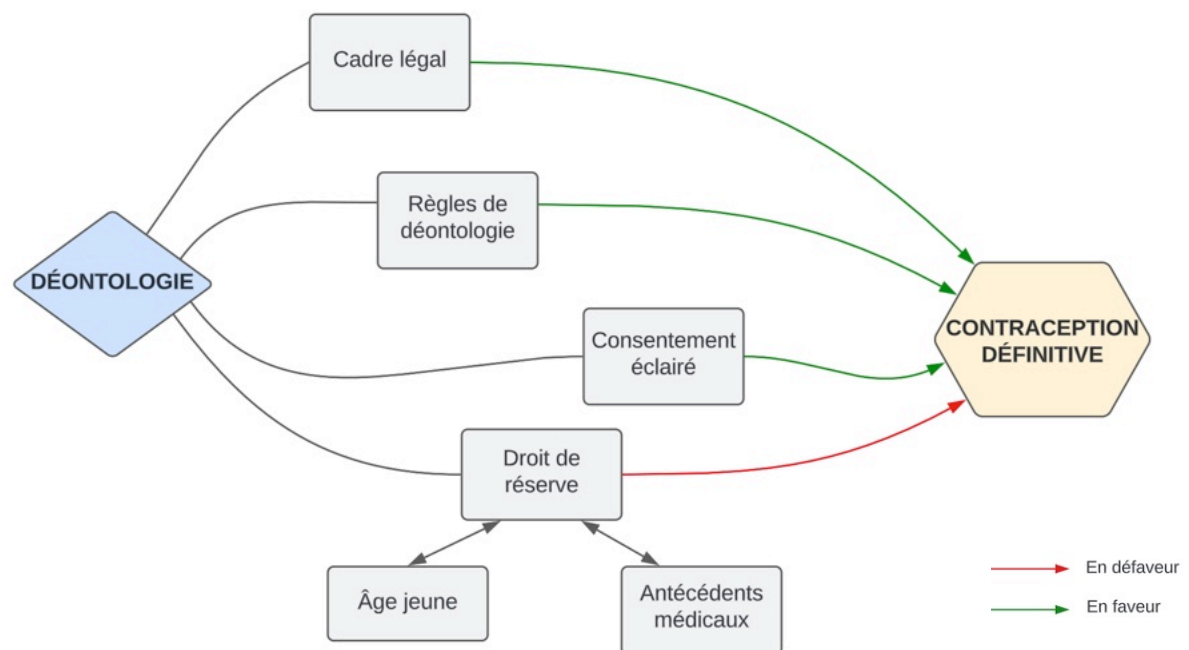


Figure 3 : Synthèse de la démarche déontologique

Morale

I. Morale de la société

I.A. Us et coutumes

I.A.1 Place de la femme

Dans l'esprit collectif, la contraception est réservée à la femme.

Elle gère la contraception.

M11 : « Encore une fois c'est de société je pense. Pour moi la contraception c'est femme et quand je pense contraception je pense femme. Mais tout le monde quand on pense contraception on pense femme »

M7 : « socialement, je pense que c'est avant tout la place de la femme »

Et la demande de contraception définitive provient majoritairement de la femme.

M10 : « c'est souvent quand même des femmes qui sont à l'origine de la demande »

On attribue à la femme un rôle de fertilité qu'on souhaite préserver en voyant une naissance comme une extase.

M3 : « chez la femme il y a encore un espoir de mettre un bébé au monde quoi »

M3 : « Je pense qu'il y a rien de plus beau que la vie »

I.A.2 Place de l'homme

L'homme, lui, est presque absent du sujet de la contraception.

On lui attribue une image comme ayant moins d'attache et comme étant moins concerné par une grossesse non désirée

M3 : « c'est associé à l'idée qu'un homme peut aller à droite à gauche sans que ça porte à conséquence »

Il est moins concerné car il n'existe, pour le moment, quasi pas de méthode de contraception réversible masculine.

M2 : « parce que les contraceptions masculines non définitives c'est pas encore très abouti, et c'est plus du domaine de l'anecdotique pour le moment qu'autre chose »

I.A.3 Vers une évolution des mœurs

On observe une évolution des mentalités ces dernières années avec :

- une augmentation de la volonté de ne pas avoir d'enfant

M2 : « c'est un sujet qui se pose de plus en plus dans la société actuelle hein, des gens jeunes qui sont sûrs de leur choix de ne jamais vouloir d'enfant »

- une augmentation de la demande de contraception définitive

M9 : « avant on avait une demande tous les 2-3 ans, (...) on sent voilà que la culture elle avance »

Cette augmentation est plutôt observée chez les patients de milieu favorisé

M10 : « Alors je pense, et j'ai lu des articles, que ça s'adresse quand même plutôt aux catégories socio-professionnelles plus élevées »

- une augmentation de la place de l'homme dans la contraception du couple

M9 : « autant ça j'avais jamais il y a 10 ans mais maintenant chez les jeunes j'ai quand même beaucoup de couples qui viennent s'informer sur la contraception alors que effectivement les jeunes femmes elles venaient toutes seules quoi, pour assurer leur contraception. Il y a vraiment une évolution qui est intéressante. »

- une augmentation de la place de la contraception définitive chez les hommes

M7 : « Non je pense que la vasectomie prend de plus en plus de place aujourd'hui dans la société et que c'est une bonne chose, j'ai plutôt tendance à pousser les hommes à prendre leurs responsabilités dans le couple par rapport à ça »

I.B. Valeurs autour de la proposition

Les valeurs de la société autour de la proposition de contraception définitive sont :

- un devoir d'information de l'existence

M12 : « en tant que médecin je dois évoquer toutes les possibilités, en tout cas ce que j'ai en ma connaissance »

- il est moral de la proposer

M2 : « C'est tout à fait moral, il y a pas de souci quoi »

- il est bienfaisant de proposer

M6 : « j'estime que c'est une possibilité et que donc c'est bien de le proposer. »

- il est moral d'informer les patients jeunes de l'existence

M2 : « Mais d'en parler de toutes les propositions, et notamment la contraception définitive, heu bah oui ça me choque pas et c'est moral »

- il est moral d'en discuter avec les patients

M8 : « On a toujours le droit de parler de tout, on peut parler de tout, moralement on peut parler de tout, ça c'est pas compliqué »

I.C. Conditions de proposition

Dans les valeurs de la société, les conditions de proposition d'une contraception définitive sont :

- l'âge des patients, en évitant de la proposer aux patients jeunes. Avec un âge limite subjectivement instauré entre 35 et 45 ans selon les médecins.

M11 : « généralement les gens quand ils viennent pour une contraception, ben si c'est des gens jeunes ben je vais éviter, déjà je le sais »

M4 : « mais chez ceux qui ont passé un âge qui est subjectif »

- la situation familiale, notamment dans le cas d'un couple stable

M10 : « Il y a vraiment différents types de situations sociales mais si la femme est installée avec 3-4 enfants, qu'ils sont en couple »

- le fait d'avoir des enfants

M12 : « Tu vois je le propose plus à des multipares quoi, qui ont déjà eu leurs enfants »

M6 : « Tous mes patients qui ont l'âge et qui ont déjà eu des enfants et qui souhaitent une contraception autre que ce qui existe déjà, oui je la proposerais »

- adaptées à la pratique des spécialistes

M4 : « je sais que les gynécos et les urologues vont pas faire ça à des jeunes sans enfant, ce qui me paraît logique, je suis plutôt d'accord avec ça »

I.D. Devoir attendu du médecin

La société attend du médecin que sa pratique soit en accord avec la déontologie.

On estime que la proposition de contraception définitive est déontologique.

M2 : « il n'y a aucun souci de déontologie dans la possibilité de proposer une contraception définitive ou non. »

On attend du médecin qu'il réponde à un souhait du patient, sans imposer de contraception définitive

M6 : « on propose ce qui est possible de faire par rapport à ce souhait de contraception »

Il serait vu comme un manquement de la part du médecin de ne pas proposer de contraception définitive chez un patient qui ne souhaite plus d'enfant ou ne souhaite plus de contraception réversible.

M6 : « ce serait une perte de chance pour la patiente si elle veut plus d'enfant et qu'elle tombe enceinte parce qu'on lui a pas proposé ça »

II. Morale du médecin

II.A. Implication du médecin

II.A.1 Convictions

Dans leur pratique de la contraception définitive, certains médecins appliquent leurs convictions personnelles.

M8 : « C'est plus des convictions personnelles. J'ai bien conscience que ce sont des convictions personnelles. »

M6 : « moi je la propose telle que je l'ai dit, donc j'ai pas.. ça suit ma propre morale »

Quand d'autres font appel à leurs convictions professionnelles.

M10 : « Plutôt professionnelles que personnelles. J'essaie de pas faire entrer mes convictions personnelles sur cet aspect-là des choses »

Pour la plupart des médecins, les deux sont liées et appliquées simultanément dans leur pratique.

M11 : « De toute façon je suis forcément pareil, j'ai les mêmes convictions en tant que professionnel et que personnel, donc plutôt les deux. »

II.A.2 Valeurs

Il existe une conscience de l'implication personnelle des médecins dans leur pratique. Avec une influence sur la proposition notamment chez les patients jeunes ou sans enfant.

M4 : « je pense que c'est pas une bonne chose de le faire trop tôt »

M4 : « Est-ce que c'est moral ou pas du coup je sais pas trop, mais en tout cas c'est ma vision de la chose. »

De même que certains médecins ressentent un sentiment négatif de déception à la connaissance d'une volonté de contraception définitive par un patient jeune.

M3 : « si c'est un couple jeune j'essaierais de les dissuader mais heu je serais déçue »

D'autres déplorent que la contraception définitive soit réalisée par la femme.

M6 : « et finalement ils en ont parlé à deux et c'est elle qui va le faire, c'est toujours pareil ! (rires) »

Certains soulignent plutôt une implication limitée dans la contraception définitive.

M8 : « ils m'ont raconté une histoire et je les ai écoutés gentiment, et puis voilà (rires) il s'est rien passé. »

M5 : « Je me suis pas posé la question »

II.B. Croyances erronées

On remarque que dans leurs pratiques, les médecins ont des croyances erronées.

Elles sont :

- méconnaissance de l'âge minimum légal

M6 : « parce que ça se fait pas à 20 ans »

- nécessité d'être en couple pour accéder à la contraception définitive

M6 : « je crois qu'il faut être en couple aussi »

- c'est une contraception de deuxième intention

M6 : « plutôt en deuxième intention on va dire (...) pas forcément en premier moyen de contraception »

II.C. Pratique de l'information

Les médecins, selon leurs valeurs, pratiquent l'information différemment.

On retrouve une explication spontanée de ce qu'est la contraception définitive et de l'existence pour les deux sexes.

M3 : « en expliquant toutes les solutions possibles de contraception. »

M9 : « et même quand je propose quand j'ai que la femme face à moi je parle aussi de la contraception masculine »

D'autres donnent l'information à la demande des patients.

M12 : « En consultation ça vient souvent du couple, de la femme ou de l'homme qui demande plus d'informations là-dessus »

Le point est mis sur le caractère définitif de cette méthode.

M12 : « sachant que quand c'est une contraception définitive, bien entendu je lui évoque le côté définitif et donc irréversible donc il faut bien avoir conscience de ça »

II.D. Contexte de proposition

La contraception définitive peut être proposée pour toute demande.

M12 : « Oui j'en parle pour toute demande de contraception »

Mais elle n'est le plus souvent pas proposée pour toute demande notamment chez un jeune sans enfant.

M1 : « je vais pas forcément en parler à quelqu'un de jeune qui m'en parle pas »

M11 : « Bah intuitivement (...) je le proposerais pas aux gens qui ont pas d'enfant. »

La proposition de contraception définitive est jugée immorale par certains médecins notamment selon l'âge du patient.

M5 : « Non, (...) c'est pas adapté à tout âge »

M8 : « Oui c'est le mot définitif, (...) j'ai jamais proposé un truc définitif quel qu'il soit. »

D'autres médecins estiment que la demande doit émaner du patient.

M10 : « Alors c'est pas moi qui vais être force de proposition, pour le coup je vais répondre »

II.E. Réponse à une demande

II.E.1 Réponse favorable

Les médecins répondent favorablement si c'est une demande exprimée par le patient.

M2 : « très souvent quand il y a une demande de contraception définitive, je leur dis « oui oui c'est très bien, c'est possible si vous voulez, ok pas de soucis » »

Mais il existe des conditions d'acceptabilité par les médecins :

- s'assurer du choix libre, réfléchi et informé du patient

M1 : « si elle a réfléchi, que moi je l'ai informée sur le fait que c'était irréversible etc, ben moi j'accéderais à sa demande »

M2 : « il n'y a pas de problème de morale dès lors que c'est un souhait du couple »

- être psychologiquement stable

M12 : « Chez les personnes qui sont instables psychologiquement, je veux dire je pense que clairement, l'instabilité psychologique, est-ce qu'ils sont vraiment en mesure d'avoir un jugement correct sur la chose ? »

La réponse est adaptée à la demande du patient, notamment pour des cas où la morale du médecin ne l'amènerait pas à proposer spontanément une contraception définitive.

M7 : « mais si c'est abordé et que c'est un souhait je ne me verrais pas leur refuser, leur refuser de leur donner l'information et d'accéder au parcours après réflexion spécialisée etc »

II.E.2 Réponse défavorable

Les médecins peuvent adopter une posture plus préventive et tenter de dissuader le patient de la réalisation d'une contraception définitive, s'ils la jugent inadaptée.

M6 : « en fait c'est pas que je propose pas, c'est que j'explique que c'est définitif et que c'est pas forcément la meilleure solution »

M4 : « parce que je trouve que c'est trop tôt, pour son bien »

Ils s'appuient sur la pratique courante des spécialistes.

M4 : « les uros et les gynécologues qui préfèrent attendre beaucoup et qui sont pas très motivés à le faire chez des gens plus ou moins jeunes »

III. Morale du patient

III.A. Cadre de la demande

Les médecins remarquent que le couple consulte rarement à deux pour discuter de contraception.

M3 : « Mais c'est assez rare quand même qu'on voie les deux partenaires du couple dans la consultation »

Mais il semble qu'une réflexion soit réalisée préalablement à la demande auprès du médecin, avec une décision parfois déjà prise.

M2 : « quand les gens y ont déjà réfléchi et que c'est leur souhait ils demandent directement, d'être adressés »

M5 : « En fait les patients ont en général (...) déjà réfléchi et arrivent avec leurs idées »

III.B. En pratique

Dans la pratique, bien qu'il existe de fausses représentations de la contraception définitive masculine, celles-ci visent à diminuer par l'information des patients.

M2 : « je me heurte parfois aux difficultés, aux représentations »

M12 : « Parce que ça touchait un petit peu à la virilité masculine, ils se rendent compte qu'au final ça ne touche en rien du tout à la virilité, parce que ça coupe l'arrivée des spermatozoïdes ce qui en soi, voilà n'est pas si grave »

On ne relève pas de regret des patients après avoir réalisé une contraception définitive.

M10 : « enfin en tout cas j'ai jamais personne qui a voulu faire le chemin inverse »

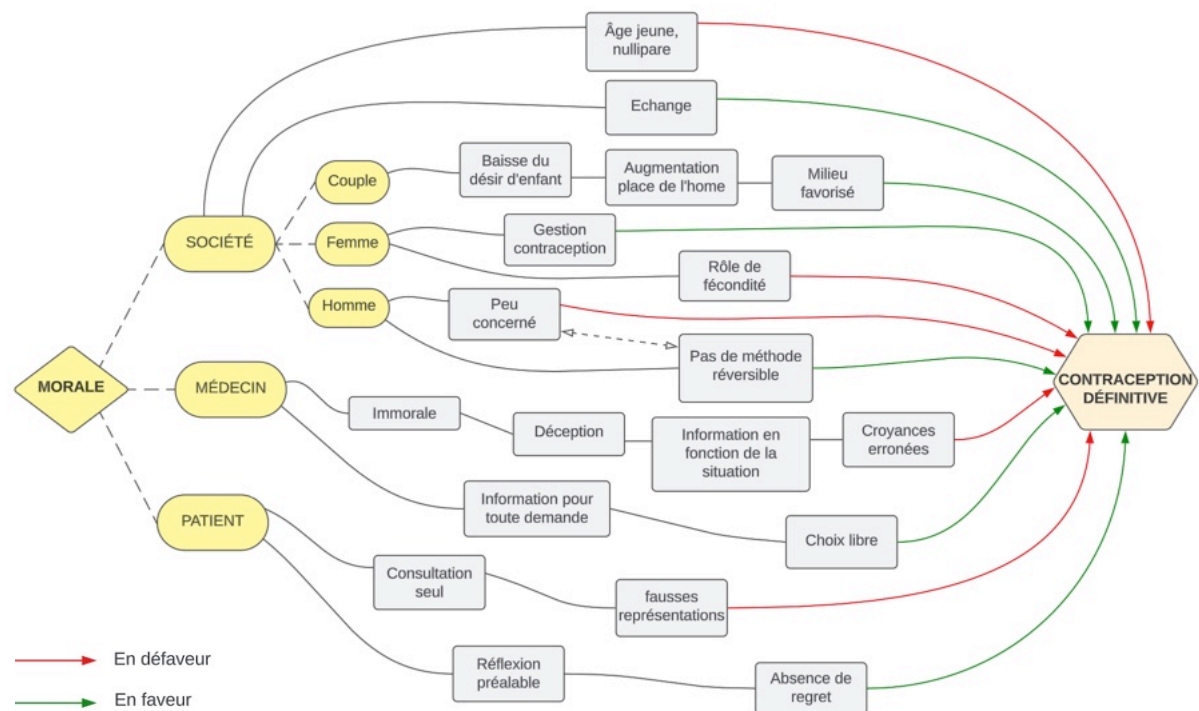


Figure 4 : Synthèse de la démarche morale

Éthique

L'éthique interroge la manière de faire. Elle regroupe un ensemble de principes qui guident les actions et les décisions.

I. Principe d'autonomie

Le principe d'autonomie est de reconnaître la faculté d'une personne à avoir des opinions, à faire des choix et à agir par soi-même en fonction de ses propres valeurs et croyances.

Les médecins sont conscients de l'autonomie du patient pour le choix d'une contraception définitive.

M9 : « je pense que c'est de tout un chacun, des histoires de vie, des parcours de vie, ouais chacun son histoire, etc chacun sa raison de vouloir accéder à une contraception définitive »

Ils adoptent différentes postures afin de respecter cette autonomie :

- exposition des différentes méthodes de contraception

M12 : « Bah en fait je le propose si tu veux comme je proposerais autre chose. C'est à dire je leur dis « voilà il y a des possibilités définitives et non définitives » »

- échange avec le patient

M4 : « ils vont y réfléchir, en discuter, et si le projet mûrit on en rediscute »

- respect de la volonté du patient et conscience d'un choix personnel

M7 : « Je pense que c'est avant tout le choix de tout un chacun. »

M12 : « moi je leur donne pas mon avis, c'est au patient de choisir. »

- réflexion afin de confirmer sa volonté

M9 : « tout en sachant que voilà ce délai de 4 mois de réflexion ça leur permet d'asseoir aussi leur décision »

II. Principe de non-malfaisance

Le principe de non malfaisance est la nécessité de ne pas nuire à autrui, que ce soit de façon délibérée ou par inadvertance, et s'assurer des conséquences.

Les médecins pratiquent la non-malfaisance par différents aspects dans leur pratique :

- questionnement plus important chez un patient jeune

M2 : « je ne dis pas que je ne répondrais pas à leur demande, mais c'est vrai que ce serait pour moi pas aussi facile »

M4 : « Si à 20 ans elle a déjà 5 enfants, peut-être que ce serait autre chose, encore que, je suis pas sûr »

- crainte des regrets

M11 : « Je dirais (...) est ce que vous êtes vraiment sûr de pas vouloir d'enfant ? maintenant peut-être mais plus tard c'est à voir aussi quoi »

- appréhension d'une atteinte corporelle sans retour

M1 : « j'aurais plus de scrupules à la proposer à une jeune femme qui a pas d'enfant »

- conscience de la possibilité de changer d'avis

M5 : « Pour moi une femme en âge de procréer elle peut changer d'avis, selon l'état, la situation dans laquelle elle se trouve »

- prévention des dérives possibles de cette pratique, dans le cas où les médecins la proposeraient volontairement à certaines catégories de patients

M2 : « Dans le cas où un médecin ne le proposerait qu'à certaines catégories socio-professionnelle »

M7 : « Je vais dire ça dépend de l'idée qu'il y a derrière la tête. C'est sûr que si c'est proposé à des gens parce que de notre avis extérieur, je sais pas, un couple avec 5-6 enfants, dont 3 déjà placés, on va dire bah pourquoi on proposerait pas une contraception définitive, ben c'est peut-être pas leur souhait, c'est peut-être pas leur demande au départ, je pense que du coup là l'idée elle est pas bonne »

III. Principe de bienfaisance

Le principe de bienfaisance est le souci de vouloir faire le bien et de contribuer au bien-être d'autrui.

Les médecins pratiquent la bienfaisance chez leurs patients par différentes manières :

- une proposition adaptée à la volonté d'avoir des enfants

M10 : « je leur pose la question de savoir si jamais ils envisagent de nouvelles grossesses, si jamais ils envisagent pas de nouvelle grossesse ça peut être l'occasion »

- une proposition adaptée à la demande du patient

M9 : « moi je suis très au clair sur le choix de chacun de construire sa vie comme il l'entend et d'avoir ses projets notamment de parentalité comme il l'entend, (...) ça met pas du tout en difficulté mes valeurs. »

- une disponibilité pour échanger

M4 : « et puis si ils veulent plus d'informations on peut en reparler »

- une prévention des risques de regrets

M1 : « j'aurais peur de mal l'influencer et qu'elle regrette »

M10 : « Donc je lui explique les possibilités éventuelles de changement dans la vie »

Dans un souci de bienveillance envers la femme, les hommes sont de plus en plus impliqués dans la contraception définitive.

M12 : « Parce que on est dans une ère nouvelle de mixité etc, et maintenant l'homme doit jouer un rôle là-dedans et j'essaye d'intégrer beaucoup plus les hommes voilà dans cette aventure chirurgicale, au niveau contraception définitive je parle »

IV. Principe de justice

Le principe de justice est l'obligation de traiter les cas égaux de la même façon.

Les médecins s'assurent que l'information soit la même pour les 2 individus du couple et appliquent ce principe en :

- incluant le couple dans la réflexion

M11 : « je pense qu'il faut recevoir les gens à deux, dans l'idéal. Quand on propose, l'homme et la femme. Parce que j'explique à l'un mais peut-être que monsieur est pas au courant ou ne veut pas du tout, il y a ça aussi à prendre en compte »

- étant vigilants à obtenir l'accord des 2 personnes au sein du couple

M7 : « je lui parle de contraception définitive et je dis « mais du coup vous vous en pensez quoi ? et monsieur en pense quoi ? et quelle est sa place à lui là-dedans quoi. » »

- proposant de manière indifférenciée aux hommes et aux femmes

M10 : « Non je crois que ça s'est proposé aussi bien aux femmes qu'aux hommes »

Ils s'assurent que le choix du patient soit libre et éclairé, après un délai de réflexion.

M11 : « Une fois que tout est bien clair, je pense qu'il faut expliquer qu'il faut un délai de réflexion, de pas se précipiter »

Ils estiment qu'il ne serait pas juste de priver le patient de l'information de l'existence d'une contraception définitive.

M6 : « Je pense que c'est pas déontologique de ne pas proposer quelque chose qui est possible »

V. Concept de responsabilité

Le concept de responsabilité est l'obligation qu'a une personne de répondre de ses actes, de les assumer, d'en supporter les conséquences du fait de sa charge et de sa position.

Les médecins se sentent responsables de la fécondité ultérieure des patients avec le sentiment de devoir protéger leur fertilité malgré eux.

M5 : « la jeune femme qui n'a pas eu d'enfant, et qui pourrait, enfin qui est en âge encore de procréer, qui pourrait changer d'avis, je proposerais pas. »

M6 : « ça enlève leur capacité à avoir des enfants et professionnellement parlant c'est pas un bon conseil je trouve »

Ils s'assurent que le choix émane bien du patient et soit réalisé sans contrainte.

M2 : « dans cette dynamique de couple, si j'avais l'impression que c'est l'homme qui demande pour la femme ou l'inverse, ou que le concerné en question est complètement absent de la réflexion, oui ça me motiverait pas beaucoup à répondre à la demande. »

VI. Concept d'intimité

Le concept d'intimité caractérise ce que nous préservons du regard et du jugement des autres, ce que chacun garde pour soi. C'est ce qu'il y a en nous.

Certains médecins interviennent dans l'intimité du patient en proposant préférentiellement à certains patients selon leur situation.

M3 : « C'est vrai que la contraception définitive je la réserverais plutôt à, au couple qui a déjà un bon nombre d'enfants, heu mais voilà après 45 ans quoi »

Ou en tentant de dissuader des patients qui en feraient la demande.

M4 : « tout en lui disant que pour moi elle est trop jeune pour le faire, qu'il faut quand même attendre d'être certain »

M6 : « j'explique que c'est définitif et que c'est pas forcément la meilleure solution »

D'autres médecins n'interviennent pas dans l'intimité du couple.

M3 : « c'est l'histoire du couple ça ne me regarde pas. S'ils ont envie voilà j'ai pas de jugement à porter sur leur envie d'avoir un bébé ou pas un bébé quoi »

VII. Manière de faire

VII.A. En pratique

En pratique, la manière de faire des médecins suit globalement un schéma, avec :

- une disponibilité pour échanger et discuter avec le patient

M6 : « Bah après j'espère que les gens osent m'en parler »

M5 : « Je peux discuter »

- une adaptation à la situation personnelle du patient

M7 : « Donc voilà c'est pour ça ça dépend, comme dans toute consultation, ça dépend du patient qu'on a en face de nous et de la situation »

M10 : « ça peut être la situation médicale de la patiente, ça peut être la situation sociale de la patiente qui m'amènent à proposer au couple de réfléchir à la contraception définitive »

- une réticence chez le patient jeune sans enfant

M4 : « Ce serait peut-être plus compliqué chez ceux qui n'ont pas d'enfant ou chez les tout jeunes »

M12 : « Là je serais bien embêté, ce serait pas très moral. Je serais bien embêté, j'essaierais de trouver des contre-arguments pour leur expliquer que ce serait pas forcément médicalement justifié »

- l'utilisation d'une limite d'âge, subjective selon les médecins

M4 : « Déjà à 30 ans c'est relativement jeune entre guillemets, je pense qu'il vaut mieux attendre 30-35 ans pour le faire je trouve »

M4 : « Même si l'âge est très subjectif hein »

- une absence de refus si la demande émane du patient

M1 : « oui je pense qu'à la fin les gens qui sont décidés, une fois qu'ils ont leurs 4 mois de réflexion une fois qu'ils sont dans le cadre de la loi je vois pas trop pourquoi on devrait leur refuser »

- une proposition plus facile aux femmes car le sujet est moins abordé en consultation avec les hommes

M1 : « ça pourrait être aussi intéressant de la proposer chez l'homme, sauf que ils viennent très peu consulter pour des histoires de contraception, et moi spontanément, (...) je pense pas forcément à leur en parler en consultation »

- une préférence pour la vasectomie due à son geste chirurgical simple

M2 : « en tout cas j'essaye plus de mettre en avant la vasectomie que la stérilisation tubaire »

Certains médecins éprouvent des inquiétudes face à l'utilisation de cette méthode telles que :

- la volonté de diminuer la fécondité.

M8 : « je me dis, mais qu'est ce qui se passe pour qu'on ait autant besoin de bloquer la vie ? »

- le vécu comme un échec si un patient réalisait une contraception définitive

M3 : « chez la femme, je le vois peut-être plus comme un échec, qu'il n'y a pas d'autre solution »

VII.B. Implication du médecin

Les médecins questionnent leur implication personnelle et professionnelle au cours de la consultation :

Par l'interrogation de l'application de leurs valeurs personnelles.

M9 : « je sais pas si nos valeurs morales doivent venir nuancer les propositions qu'on peut faire en termes de contraception »

M10 : « Ah beh là je m'inscris en faux, je ne les fais pas suivre ma morale. Enfin en tout cas j'espère que ce n'est pas le cas. Il est en aucune question, enfin ma morale ne doit pas rentrer en compte là-dedans. »

Par la prise de conscience d'une implication personnelle malgré soi.

M1 : « j'aimerais croire que ça suit mes convictions professionnelles, mais en fait il y a quand même un peu une implication personnelle parce que moi je me dis bah la jeune par principe j'ai quand même moins envie de lui proposer, sous-entendu une femme jeune elle voudra forcément des enfants un jour alors que pas forcément (...) Il y a quand même un peu un côté personnel qui intervient malgré tout, parce que sinon je proposerais de la même façon à des 45 ans et 4 enfants ou 20 ans et sans enfant. Or c'est pas ce que je fais, donc c'est bien qu'il y a un petit côté... j'imagine qu'un projet de vie d'une femme de cet âge c'est d'avoir des enfants, ça c'est ma conviction personnelle, fin ça n'a rien de professionnel. »

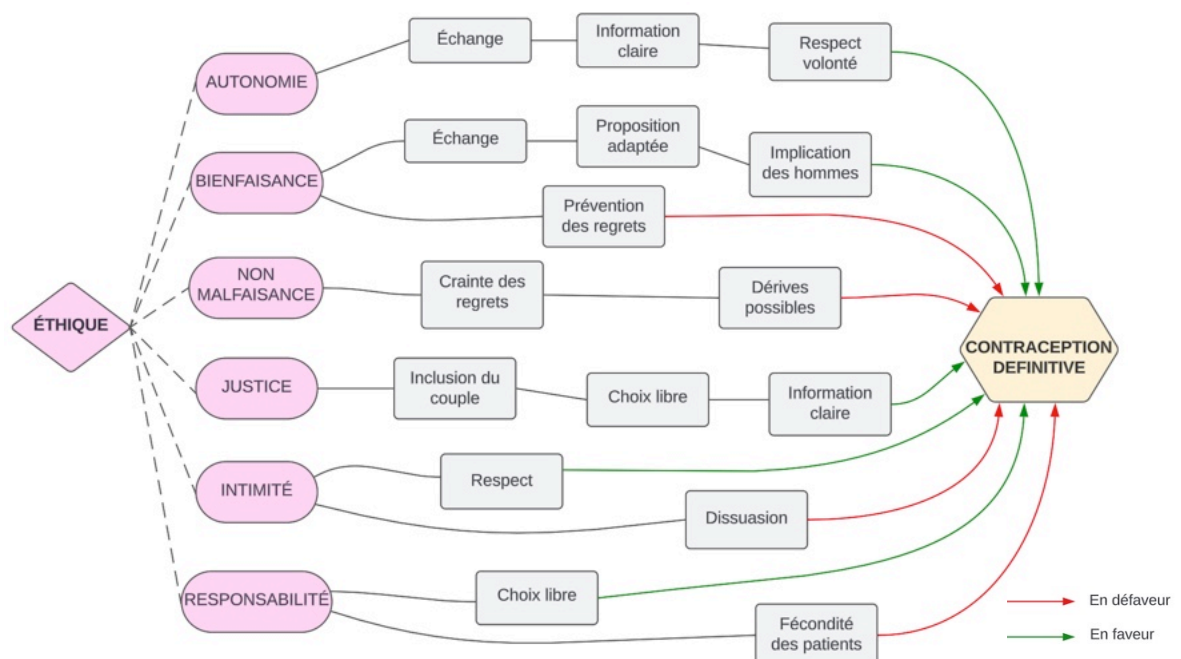


Figure 5 : Synthèse de la démarche éthique

DISCUSSION

Résultats principaux

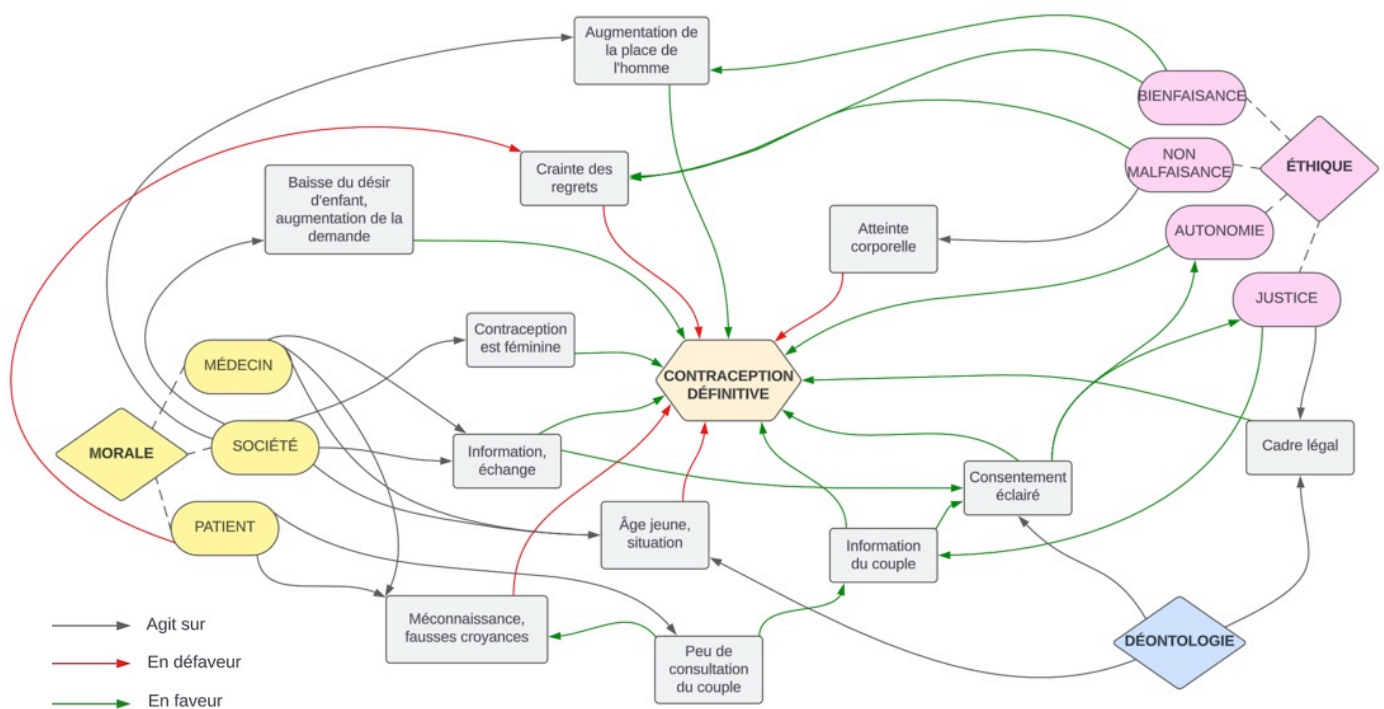


Figure 6 : Modèle explicatif

Les médecins pratiquent tous l'information de la contraception définitive à la demande du patient et sont pour la plupart bien informés sur les conditions de réalisation. Ils sont conscients de leur rôle de prescription, de suivi et d'orientation auprès des patients.

Les freins principaux à la proposition spontanée par les médecins sont l'âge jeune des patients, la connaissance d'un désir de grossesse, un faible taux de demande et le manque d'opportunités d'en discuter en consultation. Certains déclarent ne pas proposer la contraception définitive par manque de connaissance et d'attrait pour le sujet.

Les facilitateurs de proposition pour les médecins sont liés aux difficultés pour les femmes à trouver une contraception réversible adaptée et la simplicité d'emploi de la contraception définitive. Ils s'assurent de l'absence de désir d'enfant.

Les médecins s'accordent sur l'aspect déontologique de la proposition et ne relèvent pas de reproche pouvant leur être fait à ce sujet. Ils s'assurent du respect du cadre légal et de l'obtention d'un consentement éclairé auprès des patients. Certains conservent un droit de réserve en fonction des conditions de demande de la contraception définitive.

Les avis divergent sur les valeurs mises en jeu. Certains médecins estiment que ce sont leurs valeurs professionnelles qui priment dans ce débat et que leur morale personnelle n'y a pas sa place. D'autres estiment que leurs valeurs morales prennent place dans leur pratique, notamment en dissuadant des patients souhaitant réaliser une contraception définitive jeune ou sans enfant ou en déplorant que celle-ci soit réalisée chez la femme plutôt que l'homme. Lorsqu'ils pratiquent l'information, certains médecins exposent toutes les possibilités de contraception pour les deux sexes, d'autres répondent plutôt à une demande du patient.

Les médecins remarquent que lorsque les patients formulent la demande, celle-ci est souvent mûrie et discutée au préalable. Mais ils constatent un manque de connaissance du sujet et des fausses représentations de la part des patients. Les médecins n'ont pas été confrontés à des regrets de la part des patients.

Les médecins observent que les valeurs de la société regroupent l'idée qu'une contraception définitive est peu envisageable chez un patient jeune sans enfant. Toutefois, il est considéré comme moral de proposer une contraception définitive ou d'accéder à une demande. Les valeurs principales de la société regroupent l'idée que la contraception est réservée à la femme, on lui attribue un rôle de fécondité qu'on souhaite préserver. Les hommes sont moins concernés et consultent peu au sujet de la contraception. Il existe peu de moyens de contraception masculine et il est imaginé qu'ils sont moins impactés par une grossesse non désirée. Mais les médecins

remarquent une évolution des mentalités, avec une augmentation de l'implication de l'homme dans la gestion de la contraception du couple. Le couple consulte de plus en plus ensemble et se renseigne sur la place pouvant être donnée à l'homme ainsi que son rôle possible. Les médecins notent leur rôle dans l'information de l'existence d'une contraception définitive auprès des hommes. Les médecins observent globalement une diminution du désir d'enfant et une augmentation de la demande de contraception définitive au sein des couples.

La plupart des médecins réalisent une consultation éthique. Certains laissent place à l'autonomie du patient en respectant leur choix. D'autres entrent dans l'intimité du patient en le dissuadant ou proposant en fonction de leur interprétation de la situation et de leurs convictions. Dans un principe de non-malfaisance, ils informent le patient de la possibilité d'un changement d'avis, par crainte des regrets et d'une solution définitive. Dans un souci de responsabilité et de justice, la plupart d'entre eux s'assurent que le couple soit inclus dans la réflexion et que chacun soit d'accord avec la décision prise en étant informé de la même manière. Dans un principe de bienveillance, les médecins s'adaptent à la demande du patient et à sa situation. Tous s'accordent pour dire qu'ils sont ouverts à la discussion et à l'échange avec le patient afin d'adapter au mieux la situation aux désirs et besoins du patient.

Comparaison à la littérature

Les résultats de notre étude montrent que les médecins acceptent et proposent la contraception définitive en fonction de l'âge des patients et de leur parité. Ils favorisent les patients avec un âge avancé subjectif et ayant déjà fondé une famille. C'est le cas également en Angleterre, qui conserve une vision judéo-chrétienne du couple comme devant être marié et avoir des enfants. La contraception définitive y est alors vue comme une déviance de la norme (10). Même considération dans une étude réalisée au Canada où la proportion de personnes protégées par une stérilisation augmente avec le nombre d'enfants et l'âge. On constate des refus chez les patients jeunes ou nullipares (11). Ceci provient probablement de la posture ancienne du médecin face à la natalité et la fécondité énoncée dans le Serment d'Hippocrate (12) : « je ne remettrai à aucune femme de pessaire abortif ». En France, les premières recommandations de la HAS concernant l'âge limite de contraception définitive étaient de 40 ans lors de la mise en place du procédé Essure® en 2002 (13). En 2008 l'utilisation de la contraception définitive est toujours rare avec 2% de patients stérilisés chez les 40-49 ans (14). En 2016 les patientes concernées par la contraception ayant moins de 30 ans n'ont quasi pas accès à la contraception définitive et environ 10% y ont accès après 40 ans (1). Au Québec en 2008, on observe une proportion importante de contraception définitive entre 30 et 39 ans avec une part de 4% chez les moins de 30 ans (14). En Inde, la volonté est toute autre puisqu'une femme sur 3 a eu recours à une stérilisation (15) avec un taux de 42,9% chez les patientes de moins de 25 ans (16). Ceci est expliqué par une incitation financière de la part des pouvoirs publics en vue de diminuer la démographie du pays.

Les résultats de notre étude suggèrent que la contraception définitive est plutôt pratiquée chez les patients de milieu favorisé. C'est également ce que le rapport EpiPhare (8) remarque dans son état des lieux des pratiques entre 2010 et 2022 en France, avec chez les patients stérilisés, seulement 3,4% des hommes affiliés à la C2S et 11,1% chez les femmes. En Inde, ce sont surtout les patientes de milieu défavorisé avec peu d'accès à un suivi gynécologique qui optent pour la contraception définitive (16).

Notre étude suggère que l'un des freins à la contraception définitive des médecins est la crainte des regrets, mais qu'il n'est pas observé de regret chez les patients. Nous retrouvons dans la littérature cette même crainte des médecins à travers les pays occidentaux (11, 17, 18, 19). Mais les résultats des études des regrets des patients sont plus nuancés que notre travail. En effet, dans une étude réalisée aux États-Unis, il semble que l'âge jeune et le fait de ne pas être marié ou d'être célibataire au moment de la stérilisation augmentent le risque de regret (18). En revanche, à travers leur étude, Boufettal et al. (19) remarquent qu'au Maroc la grande multiparité n'est pas un facteur réduisant l'incidence des regrets. A Dublin, le taux de regrets est estimé à 20,3% 14 ans après le geste chez les patients l'ayant réalisé entre 18 et 30 ans (17). Cette même étude relativise ses propos en précisant que la plupart des patients ne regrettent pas leur choix et que l'intensité des regrets n'a pas été étudiée. À travers leur revue systématique des écrits (20), Curtis et al précisent que l'étude des regrets est subjective par la définition qui en est donnée et son étude difficilement reproductible. Dans leur revue, Masella et Marceau avancent que les regrets ne sont pas vécus comme un sentiment profond et insupportable à vivre (11).

Notre travail suggère que la contraception définitive est majoritairement réalisée par les femmes, même si on observe une augmentation de l'implication de l'homme ces dernières années. En effet on observe à travers le monde l'idée que la contraception est de la responsabilité de la femme (21), y compris en France et au Québec (14). Leur rôle actif dans la contraception a été légitimé par l'arrivée des contraceptions réversibles pour la plupart féminines et par les conséquences physiques d'une grossesse chez la femme (22). Leur demande de contraception définitive augmente ces dernières décennies avec la volonté de se consacrer à d'autres aspects de leur vie comme les loisirs ou leur carrière, et d'améliorer leur qualité de vie (11). Comme retrouvé dans nos résultats, des raisons médicales ou les effets indésirables des contraceptions réversibles sont des motifs importants de demande. De plus, il est observé qu'elles reçoivent plus d'informations sur la contraception définitive que les hommes (23). Du côté masculin, comme le suggère notre étude, on retrouve à travers le monde la présence de croyances erronées et une méconnaissance du geste chirurgical comme un frein à la réalisation de la vasectomie (23). Une étude réalisée en Suisse suggère que les médecins se heurtent à des représentations de la masculinité qui favorisent une association directe entre capacité

reproductive et virilité (22). Les mêmes observations ont été faites en Inde (16).

Les médecins interrogés dans notre travail suggéraient la nécessité d'informer davantage les hommes sur la contraception définitive afin d'en augmenter l'utilisation. En effet, la vasectomie demeure la contraception la moins connue à travers le monde (21). Nous pouvons voir que des campagnes d'information réalisées au Rwanda ou au Brésil permettent, dans les suites, une augmentation importante de réalisation de vasectomies (21). Ce qui est porteur dans l'idée d'une pratique de l'information auprès des hommes et de la population générale. Mais, il a été constaté que la proposition à l'homme plutôt qu'à la femme lors d'une demande de cette dernière peut être perçue comme une incapacité de la femme à prendre ce genre de décisions.

Les résultats de notre étude suggèrent une utilisation plus large de la contraception définitive chez les femmes par rapport aux hommes. Ce qui était vrai auparavant avec 109 544 vasectomies et 398 080 stérilisations féminines en France entre 2010 et 2022 (8). Mais cette dernière étude montre que depuis 2021 le nombre de vasectomies a dépassé celui des ligatures de trompes avec 3 vasectomies pour 2 ligatures de trompes en 2022 (8). Ceci peut être expliqué par une augmentation des vasectomies et une baisse des demandes de stérilisations féminines suite à l'arrêt de commercialisation du dispositif Essure® en 2017. Au Québec, cette inversion est constatée depuis 1988 (14). Cet écart peut être expliqué par la dépénalisation tardive de la stérilisation en France en 2001 contre 1969 au Québec, et par la prise en charge incomplète par la sécurité sociale (24). Au Québec, l'augmentation de l'implication des hommes provient en partie d'une demande de la femme, afin de préserver un équilibre de couple et familial (14).

D'un point de vue éthique, déontologique et moral, nos résultats évoquent qu'un échange avec le patient et la délivrance d'une information claire sont primordiaux dans le choix de la contraception définitive. Le Consensus canadien de la contraception précise que « le médecin doit donner toutes les informations concernant le déroulement de l'intervention ainsi que ses risques et bénéfices, et présenter les méthodes contraceptives alternatives existantes » (11). Il doit s'assurer que le patient a bien compris.

Le principe d'autonomie est largement représenté dans notre étude avec une volonté de la part des médecins de le respecter. Il peut être proposé de réaliser plusieurs rencontres afin de discuter des différentes alternatives et des motivations des patients (11). L'étude du Dr Mac Queen (17) suggère que la demande du patient reflète ses désirs et choix de vie et qu'il a de bonnes raisons de la formuler. Ce qui ne devrait pas constituer de motif de refus de la part du médecin. Les considérations éthiques du Pr Charton (23) laissent à penser que c'est une décision personnelle du patient et qu'elle doit être comprise dans son contexte au regard du parcours contraceptif, familial ou professionnel. Il conviendrait alors de mieux explorer la demande de l'intéressé pour que le principe de volonté libre soit effectif. Le médecin voudrait avoir accès aux motivations intimes du patient. Dans son ouvrage, ceci ne serait pas vu par le Dr Fournier (4) comme une remise en cause de l'autonomie mais comme une compréhension des fondements de la position du patient pour pouvoir la défendre. Mais elle modère son propos en expliquant que le respect de l'autonomie du patient peut faire entrer en considération le respect de l'intégrité professionnelle du médecin voire son autonomie personnelle. Elle ajoute dans sa réflexion que plus les demandes paraissent transgressives au premier abord, plus elles ont été solidement réfléchies de longue date, notion retrouvée dans nos résultats. La HAS (25), elle, précise que la formation initiale des professionnels de santé ne prévoit pas d'information ni de sensibilisation à la prise en compte des représentations socio-culturelles sur l'abord des questions de sexualité. Ce qui peut constituer une difficulté pour certains médecins.

Du point de vue de l'âge, le Pr Charton questionne l'âge de 40 ans intégré comme limite biologique pour avoir un enfant et précise que c'est un âge repère rationalisé par la société (23). Elle relève, comme les médecins de notre étude, la nécessité de rechercher le contexte de la demande du patient afin de pouvoir l'explorer. Elle remet en question la limite d'âge fixée et laisse à penser qu'il conviendrait d'évaluer les raisons avancées pour que le principe d'autonomie du patient soit respecté. Dans son article, le Dr Marret précise que c'est plutôt la bonne perception de l'histoire personnelle de la patiente qui doit être le paramètre de choix principal et non l'âge (13). Dans son rapport, la HAS précise que « l'âge n'est pas un indicateur aussi discriminant que la vie affective et sexuelle des femmes et donc de leurs besoins contraceptifs » (25).

Le principe de bienfaisance présenté dans notre étude est également relaté dans la littérature. Les médecins ont la volonté d'agir dans le meilleur intérêt du patient (11). En parallèle avec l'autonomie, le Dr Fournier (4) précise que le respect de la volonté d'une personne est bienfaisant pour elle. Elle voit également apparaître une forme de médecine relevant du confort de vie et non de la maladie, au service de l'épanouissement des patients.

Mais l'appréciation du meilleur intérêt du patient peut être subjective et le médecin peut, dans un souci de non-malfaisance, transposer ses propres valeurs et principes sur la décision du patient (11). Cette notion est retrouvée dans notre travail.

Le principe de justice au sein du couple évoqué dans notre travail est également décrit au Royaume uni avec l'absence de raison retrouvée pour traiter les hommes différemment des femmes dans le cadre d'une demande et de la pratique d'information (17). En Inde, les plannings familiaux cherchent à inciter les hommes afin de viser une équité homme-femme (16).

Forces et limites

I. Forces

Pour cette étude, la recherche qualitative a été choisie, ce qui était le plus adapté pour questionner un sujet tel que l'éthique, difficile à quantifier.

Le choix d'entretiens semi-dirigés était le plus adapté pour laisser les participants libres de leurs explications et pour limiter au maximum l'influence du chercheur dans les questions posées.

Un échantillonnage à variation maximale raisonnée a été recherché lors du recrutement par effet boule de neige.

A la suffisance des données, les entretiens ont été arrêtés après réalisation de 2 entretiens supplémentaires.

Le codage a été réalisé par triangulation avec une chercheuse interne en médecine générale en cours de thèse, et formée au codage.

L'absence de connaissance exacte du sujet par la personne interrogée. Il n'était volontairement pas mentionné les termes d'éthique, morale ou déontologie comme thème de l'entretien avant sa réalisation.

La place et l'éthique du médecin généraliste dans la contraception définitive est un sujet encore peu abordé dans les recherches, ce qui rend le sujet original.

II. Limites

Le manque d'expérience du chercheur pouvait être limitant dans cette étude. Notamment lors de la réalisation des entretiens et la difficulté de ne pas orienter les réponses avec des questions fermées. Cela a pu être compensé par la réalisation d'un premier entretien test, et par la multiplication du nombre d'entretiens et de l'expérience acquise.

Certains entretiens ont dû être réalisés par téléphone afin de convenir au mieux à l'emploi du temps de chacun, cela a pu limiter la place du non-verbal.

Le recueil des entretiens a été réalisé par dictaphone, ce qui a pu limiter le caractère spontané et naturel des entretiens ainsi que le recueil de la gestuelle. Pour compenser, l'enregistrement était poursuivi après la fin de l'entretien, pour recueillir les informations délivrées en dehors de celui-ci.

Aucun retour écrit n'a été soumis aux interrogés, cela n'a pas été demandé par ces derniers.

Un biais de sélection existe avec le recrutement de l'échantillon parmi certains médecins connus du chercheur.

Un biais d'échantillonnage avec la participation de médecins ayant trait pour le sujet, avec par exemple la pratique de la gynécologie au cabinet. La part importante de médecins MSU interrogés peut participer à ce biais. Cela a pu être compensé par la multiplication des entretiens et l'interrogation de médecins avec différentes pratiques.

Un biais de désirabilité pourrait être évoqué, dans le cadre de ce sujet d'actualité et la volonté de ne pas paraître fermé ou trop paternaliste. Cela a pu être compensé par le nombre d'entretiens réalisés et les différents interlocuteurs.

Le faible nombre d'études retrouvées en rapport avec notre sujet peut créer un biais dans la comparaison des résultats à la littérature.

Perspectives

I. Pour la recherche

Il pourrait être intéressant d'interroger les patients afin d'étudier l'état de leurs connaissances et leur propre morale à propos de la contraception définitive. On pourrait interroger le vécu du patient suite à une consultation éthique.

II. Pour la pratique

Il semblerait intéressant que les médecins généralistes continuent d'informer les patients de l'existence d'une contraception définitive et d'inclure les hommes dans la démarche. L'intérêt resterait d'envisager un échange entre le médecin et le couple afin que chacun puisse réaliser son choix de la manière la plus éclairée possible. Il semblerait important pour le médecin de s'assurer que le choix est déterminé pour le patient suite à l'échange, afin de limiter les regrets dans les suites.

III. Pour l'organisation des soins

Penser une consultation d'information éclairée dédiée au couple en cas d'interrogation sur la contraception. Inclure le couple dans cette consultation dans l'idée que la santé sexuelle passe par la santé du couple. Proposer si besoin de reconsulter en couple.

IV. Pour l'enseignement et la formation

Nécessité d'une formation où le médecin interroge ses propres valeurs et ses limites. Nécessité de s'interroger sur des faits sociétaux dans le cadre de la formation.

CONCLUSION

La contraception définitive est de plus en plus demandée y compris chez des patients jeunes et sans enfant. Ceci est associé à une volonté croissante d'inclure le couple dans la contraception. Les médecins généralistes sont de plus en plus sollicités pour un partage d'informations autour de la contraception définitive et font face à leurs représentations ainsi qu'à celles des patients. Ils s'efforcent d'informer le plus clairement les patients, en limitant les fausses croyances et en partageant leurs craintes des regrets face à une solution définitive.

Cela pose question auprès des médecins généralistes qui voient parfois leurs valeurs morales et déontologiques questionnées.

Afin de s'adapter au mieux aux besoins des patients, les médecins réalisent une consultation éthique où se mêlent valeurs morales, déontologie, et éthique avec ses différents principes. Chacun ne pouvant être traité séparément car constamment en tension l'un entre l'autre et l'un avec l'autre. Éthique, déontologie et morale interagissent dans la manière de faire des médecins généralistes, pour cette consultation complexe.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Santé publique France. Baromètre santé 2016 contraception. 2016.
2. Branger B, Dabouis G, Berthiau D, Durand GG, Barre M, David P. Démarche éthique dans les demandes de contraception définitive de femmes majeures de moins de 35 ans sans handicaps et sans problèmes médicaux majeurs. :25.
3. Diederich N. La stérilisation envisagée comme mode de contraception définitive. In: Stériliser le handicap mental ? [Internet]. ERES; 1998 [cité 27 sept 2022]. p. 251. Disponible sur: <http://www.cairn.info/steriliser-le-handicap-mental--9782865865840-page-251.htm>
4. Fournier V, Foureur N. La demande de stérilisation définitive. In: L'éthique clinique en 10 cas. 2021.
5. Sicard D. L'éthique médicale et la bioéthique. 2020.
6. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. Oxford university press. 2001.
7. Legifrance. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [Internet]. 2001. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631>
8. Roland N, Jourdain H, Weill A, Lebâcle C, Zureik M. État des lieux de la pratique de la vasectomie en France entre 2010 et 2022. EPI-PHARE; 2024.
9. Christin-Maitre S. La contraception à travers le monde. Médecine/sciences. 2022;
10. Gillepsie R. When no means no: disbelief, disregard and deviance as discourses of voluntary childlessness. Women's studies international forum. 2000;
11. Masella MA, Marceau E. La stérilisation volontaire chez les femmes sans enfant de moins 30 ans : dilemme éthique et déontologique. Canadian Journal of ioethics. 2020;
12. Hippocrate. Ordre des médecins. IVe siècle avant J-C. Serment d'Hippocrate. Disponible sur: <https://conseil91.ordre.medecin.fr/content/serment-dhippocrate-4>
13. Marret H. Y a-t-il un âge limite à la stérilisation volontaire féminine ?

Gynécologie obstétrique et fertilité. 2013;

14. Charton L, Lapierre-Adamcyk E. Systèmes de valeurs et méthodes contraceptives : mise en perspective à partir du recours à la stérilisation contraceptive en France et au Québec. 2008;

15. Michaud P. Les ravages de la stérilisation en Inde. 2017; Disponible sur: [https://www.unifr.ch/universitas/fr/editions/2016-2017/kinderfragen/les-ravages-de-la-sterilisation-en-](https://www.unifr.ch/universitas/fr/editions/2016-2017/kinderfragen/les-ravages-de-la-sterilisation-en-inde.html#:~:text=Les%20femmes%20stérilisées%20sont%2C%20par,occurrence%20est%2050%25%20plus%20élevée.)

[inde.html#:~:text=Les%20femmes%20stérilisées%20sont%2C%20par,occurrence%20est%2050%25%20plus%20élevée.](https://www.unifr.ch/universitas/fr/editions/2016-2017/kinderfragen/les-ravages-de-la-sterilisation-en-inde.html#:~:text=Les%20femmes%20stérilisées%20sont%2C%20par,occurrence%20est%2050%25%20plus%20élevée.)

16. Ewerling F, McDougal L, Raj A, Ferreira L, Blumenberg C, Parmar D, et al. Modern contraceptive use among women in need of family planning in India: an analysis of the inequalities related to the mix of methods used. 2021;

17. McQueen P. Autonomy, age and sterilisation requests. 2016;

18. Schmidt J, Hillis S, Marchbanks P, Jeng G, Peterson H. Requesting information about and obtaining reversal after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. Fertility and sterility. 2000;

19. Boufettal H, Mahdaoui S, Samouh N. Facteurs déterminants le regret après ligature tubaire. PanAfrican Medical Journal. 2014;

20. Curtis K, ohllajee A, Peterson H. Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. Contraception. 2005;

21. Jacobstein R, Radloff S, Khan F, Mimno K, Pal M, Snell J, et al. Down But Not Out: Vasectomy Is Faring Poorly Almost Everywhere—We Can Do Better To Make It A True Method Option. Global health : science and practice. 2023;

22. Schmidhauser V, Schweizer A. La contraception masculine, ça fait mâle ? Revue d'information sociale [Internet]. 2021; Disponible sur: <https://www.reiso.org/articles/themes/genre/6901-la-contraception-masculine-ca-fait-male>

23. Charton L. Le recours à la stérilisation contraceptive : quelques considérations éthiques. Revue des sciences sociales. 2008;

24. Tcherdukian J, Mieusset R, Soufir JC, Huygues E, Martin T, Karsenty G, et al. Contraception masculine : quelles (r)évolutions ? 2020;

25. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013.

ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation de la CNIL



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Quelle est la position éthique des médecins généralistes des Hauts de France face à une demande de contraception définitive ?

Référence Registre DPO : 2023-123

Responsable scientifique : Mme Judith OLLIVON
Interlocuteur : Mme Léa DERNONCOURT

Fait à Lille,
Le 20 juillet 2023

Jean-Luc TESSIER
Délégué à la Protection des Données

Annexe 2 : Grille SRQR

S1	Titre	Contraception définitive : quelle démarche éthique des médecins généralistes des Hauts-de-France ?
S2	Résumé	<p>Introduction : Légalisée en 2001, la contraception définitive est peu utilisée en France actuellement bien qu'en augmentation. Les patients demandent de plus en plus jeune l'accès à la contraception définitive, qui est pour l'instant encore limité avec une quasi absence avant l'âge de 30 ans. Cela pose des questions éthiques où s'opposent autonomie du patient et principe de non malfaisance. Les médecins sont de plus en plus confrontés à cette demande, et nous pouvons nous demander quelles sont leurs motivations à proposer ou répondre à une demande. L'objectif de cette étude était de comprendre les valeurs morales du médecin généraliste à propos de la contraception définitive pour une consultation éthique ainsi que de comprendre la manière dont exercent les médecins généralistes par rapport à la contraception définitive.</p> <p>Matériel et méthode : Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 12 médecins généralistes des Hauts-de-France jusqu'à suffisance des données. Une étude inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée.</p> <p>Résultats : Les médecins généralistes pratiquent la contraception définitive selon leurs valeurs personnelles. L'âge et le fait d'avoir des enfants sont des critères majeurs de leur pratique. La crainte des regrets est leur principal frein à la réalisation chez ces patients. Ils pratiquent l'information auprès des patients à leur demande, et l'abordent spontanément selon la situation. Ils sont les principaux acteurs de l'information chez les hommes et cherchent à les inclure dans la contraception. Lors d'une consultation éthique, ils favorisent l'échange afin d'adapter leur pratique à la situation du patient tout en favorisant son autonomie. Une information juste est prodiguée au couple. Ils estiment que cela respecte la déontologie et s'assurent d'un consentement libre, informé et éclairé. Bienfaisance et non-malfaisance sont liés afin de prévenir les regrets d'une atteinte corporelle sans retour.</p> <p>Conclusion : Les médecins généralistes sont de plus en plus sollicités pour une contraception définitive. Avec une volonté d'inclure le couple dans la contraception. Afin de s'adapter au mieux aux besoins des patients, les médecins réalisent une consultation où déontologie, morale et éthique sont en tension et interagissent l'un entre l'autre et l'un avec l'autre.</p>
S3	Formulation du problème	La contraception définitive est peu proposée aux patients. La demande existe pourtant chez des patientes même jeunes à qui l'accès y est très peu fréquent.

		<p>Une recherche sur les volontés des patients à demander une contraception définitive existe, mais on trouve peu d'information sur la position des médecins.</p> <p>Le problème est de s'intéresser à la manière de gérer ces demandes de la part des médecins traitants, quels sont leur frein et moteurs en fonction de leurs convictions personnelles et professionnelles.</p>
S4	Objectif ou question de recherche	<p>Objectif primaire : comprendre les valeurs morales du médecin généraliste à propos de la contraception définitive pour une consultation éthique</p> <p>Objectif secondaire : comprendre la manière dont exercent les médecins généralistes par rapport à la contraception définitive</p>
S5	Approche qualitative et paradigme de la recherche	Recherche qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Le paradigme de recherche est de montrer la manière de faire des médecins généralistes sur une question éthique.
S6	Caractéristiques et réflexivité des chercheurs	<p>Chercheur novice en recherche.</p> <p>Présupposés : les médecins utilisaient une morale judéo-chrétienne c'est-à-dire se basaient sur l'âge, le nombre d'enfant et les difficultés de contraception.</p> <p>Applicable à toute question où la morale, la loi et l'éthique entrent en jeu.</p>
S7	Contexte	Étude réalisée chez les médecins généralistes des Hauts-de-France.
S8	Stratégie d'échantillonnage	<p>Les participants ont été sélectionnés afin d'obtenir une population représentative de la démographie du territoire. Leur sélection a été réalisée selon l'effet boule de neige.</p> <p>La taille de l'échantillon a été décidée selon la méthode de la saturation des données.</p>
S9	Questions éthiques relatives aux êtres humains	Une demande a été réalisée auprès du DPO afin de pouvoir réaliser cette thèse. Il n'a pas été requis de demande préalable au comité d'éthique.
S10	Méthode de recueil de données	<p>Les données recueillies sont des discours et points de vue personnels de médecins généralistes.</p> <p>La collecte a été réalisée à partir du 18/11/2023 jusqu'au 13/06/2024. La méthode de recueil n'a pas évolué au cours des entretiens qui ont pu être réalisés par téléphone ou en présentiel. Seul le guide d'entretien a été adapté au cours de l'étude.</p>
S11	Instruments et outils de recueil des données	Le recueil a été réalisé par guides d'entretiens. La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un enregistreur audio.
S12	Unités d'étude	Les médecins ont été caractérisés selon leur sexe, leur âge, ayant réalisé une contraception définitive ou non, ayant des enfants, étant MSU, ayant une formation particulière en santé de la femme ou de l'homme.
S13	Traitement des données	Le traitement des données a été réalisé par retranscription puis codage avec triangulation. Une anonymisation a été réalisée avec dé-identification des extraits cités.

S14	Analyse des données	Retranscriptions des données par le chercheur avec anonymisation et conservation des données sur l'ordinateur personnel du chercheur. Le codage des données a été réalisé par le chercheur grâce à l'outil Excel avec dé-identification des extraits cités.
S15	Techniques pour améliorer la fiabilité	Recherche des lois, des us et coutumes et des grands principes éthiques
S16	Synthèse et interprétation	Modèle explicatif réalisé.
S17	Liens avec des données empiriques	Verbatims tirés des interviews.
S18	Mise en perspective des travaux antérieurs, implications, transférabilité et contribution(s) au domaine d'étude	Interaction morale, déontologie et éthique dans la manière de faire des médecins généralistes. Permet de visualiser les tensions entre les 3 composantes précédentes.
S19	Limites	Manque d'expérience du chercheur, recueil des données par dictaphone avec perte de spontanéité, biais de sélection, biais d'échantillonnage.
S20	Conflits d'intérêts	Absence de conflit d'intérêt.
S21	Financement	Aucun financement ou autre soutien n'a été obtenu pour la réalisation de cette étude.

Annexe 3 : Lettre d'information à destination des médecins

Lettre d'information à destination des médecins

Bonjour, je suis Léa Dernoncourt, interne de médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien sur la contraception et le couple. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier la vision de la contraception définitive par les médecins généralistes. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste dans les Hauts-de-France.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023-123 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous !

Annexe 4 : Guide d'entretien initial

Guide d'entretien initial

- Que connaissez-vous de la contraception définitive ?
- Proposez-vous plus facilement aux femmes qu'aux hommes ?
- L'avez-vous déjà proposée lors d'une demande de contraception ?
- Est-ce déontologique pour vous de proposer une contraception définitive ?
- Est-ce moral pour vous de proposer une contraception définitive à tout âge ?
- Quelles sont vos convictions personnelles ?
- Vous êtes-vous déjà interrogé sur vos valeurs par rapport à la contraception définitive ?

Annexe 5 : Guide d'entretien final

Guide d'entretien final

- Quel est pour vous le rôle du médecin généraliste dans la contraception du couple ?
- Pouvez-vous m'expliquer ce que vous connaissez de la contraception définitive ?
- L'avez-vous déjà proposée lors d'une demande de contraception ?
 - Proposez-vous plus facilement aux femmes qu'aux hommes ?
 - Comment le proposez-vous ?
 - Lors de toute demande de contraception ?
 - Pourquoi le proposez-vous ?
- Est-ce déontologique pour vous de proposer une contraception définitive ?
 - Pourquoi ?
 - Est-ce déontologiquement reprochable de l'avoir proposé ?
- Est-ce moral pour vous de proposer une contraception définitive ?
 - Comment la proposeriez-vous à vos patients pour suivre votre propre morale ?
 - La proposeriez-vous à tous vos patients ?
 - Y-a-t-il des cas pour lesquels vous ne proposeriez pas de contraception définitive ?
Lesquels ?
 - Serait-il moral pour vous d'accéder à cette demande dans les cas que vous venez de citer ?
- Est-ce moral pour vous de proposer une contraception définitive à tout âge ? Pourquoi ?
- Est-ce que cela suit vos convictions personnelles ou professionnelles ?

Annexe 6 : Entretiens



AUTEURE : Nom : Dernoncourt

Prénom : Léa

Date de soutenance : 15 octobre 2024

Titre de la thèse : Contraception définitive : quelle démarche éthique des médecins généralistes des Hauts-de-France ?

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine générale

DES : Médecine générale

Mots-clés : Médecine générale, contraception, contraception définitive, éthique

Introduction : Légalisée en 2001, la contraception définitive est peu utilisée en France actuellement bien qu'en augmentation. Les patients demandent de plus en plus jeunes l'accès à la contraception définitive, qui est pour l'instant encore limité avec une quasi absence avant l'âge de 30 ans. Cela pose des questions éthiques où s'opposent autonomie du patient et principe de non-malfaisance. Les médecins sont de plus en plus confrontés à cette demande, et nous pouvons nous demander quelles sont leurs motivations à proposer ou répondre à une demande. L'objectif de cette étude était de comprendre les valeurs morales du médecin généraliste à propos de la contraception définitive pour une consultation éthique ainsi que de comprendre la manière dont exercent les médecins généralistes par rapport à la contraception définitive.

Matériel et méthode : Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 12 médecins généralistes des Hauts-de-France jusqu'à suffisance des données. Une étude inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée.

Résultats : Les médecins généralistes pratiquent, pour la plupart, la contraception définitive selon leurs valeurs personnelles. L'âge et le fait d'avoir des enfants sont des critères majeurs de leur pratique. La crainte des regrets est leur principal frein à la réalisation chez ces patients. Ils pratiquent l'information auprès des patients à leur demande, et l'abordent spontanément selon la situation. Ils sont les principaux acteurs de l'information chez les hommes et cherchent à les inclure dans la contraception.

Lors d'une consultation éthique, ils favorisent l'échange afin d'adapter leur pratique à la situation du patient en favorisant son autonomie. Une information juste est prodiguée au couple. Ils estiment que cela respecte la déontologie et s'assurent d'un consentement libre, informé et éclairé. Bienfaisance et non-malfaisance sont liés afin de prévenir les regrets d'une atteinte corporelle sans retour.

Conclusion : Les médecins généralistes sont de plus en plus sollicités pour une contraception définitive. Avec une volonté d'inclure le couple dans la contraception. Afin de s'adapter au mieux aux besoins des patients, les médecins réalisent une consultation où déontologie, morale et éthique sont en tension et interagissent l'un avec l'autre et l'un avec l'autre.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Sophie CATTEAU - JONARD

Assesseurs : Monsieur le Docteur Henri CROZET

Directeur de thèse : Madame le Docteur Judith OLLIVON