



Jonathan Chambost, Alexis Raboteau,
Josette Vallée

Service universitaire de médecine générale,
université de Saint-Étienne

josette.vallee@univ-st-etienne.fr

exercer 2017;132:162-9.

Vasectomie : regards croisés des hommes et des médecins généralistes

Vasectomy: male patients' and general practitioners' viewpoints

INTRODUCTION

En 2009, au niveau mondial, parmi les méthodes contraceptives, la contraception définitive (CD) féminine et masculine, anciennement appelée stérilisation, concernait plus d'un couple sur cinq, soit près de 35 % des couples ayant recours à un moyen contraceptif. Il existe différentes méthodes de CD destinées aux femmes : la ligature des trompes et la stérilisation tubaire par pose d'implants ou micro-implants (technique Essure®) et pour les hommes la vasectomie¹.

En 2011 en France, la CD a concerné 3,9 % des femmes et 0,3 % des hommes, nettement moins que dans les pays anglo-saxons^{1,2}. En 2016, les méthodes de contraception masculine les plus couramment utilisées sont le préservatif masculin (surtout en Europe) et la vasectomie. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 2011, la vasectomie représentait un des moyens de contraception les plus efficaces, avec un indice de Pearl de 0,15 en utilisation courante².

Légalisée en France depuis la loi du 4 juillet 2001, la vasectomie est un acte chirurgical qui consiste en une ligature des canaux déférents réalisée le plus souvent sous anesthésie locale, en ambulatoire. Elle peut être pratiquée à la demande d'une personne exprimant sa propre volonté motivée et délibérée, après une information éclairée. L'acte chirurgical est obligatoirement réalisé en établissement de santé, après expiration d'un délai de réflexion de quatre mois et signature d'un consentement par l'intéressé. Une conservation du sperme doit être proposée. Dans plus

de la moitié des cas, une réversibilité chirurgicale de la stérilité est possible^{3,4}. Les complications sont rares, les effets indésirables exceptionnels⁵ et il s'agit de la plus économique des contraceptions.

La Haute Autorité de santé (HAS) recommande aux professionnels de santé « de présenter tous les moyens de contraception, y compris la stérilisation ». Cependant, selon l'étude Fécond de 2010 et 2013, les méthodes contraceptives paraissaient globalement figées⁶. Une certaine évolution en faveur du dispositif intra-utérin et de l'implant sous-cutané a été constatée début 2014^{6,7}, dans un contexte où plus de la moitié des femmes ont déclaré choisir seule leur contraception, sans en discuter avec leur partenaire².

Les médecins généralistes (MG) sont les premiers interlocuteurs pour la demande contraceptive. Leur rôle d'aide aux choix contraceptifs des patients, quel que soit leur sexe, est crucial.

L'objectif de ce travail, au sein de l'étude QUALICO*, était d'explorer la vision des hommes et des MG sur la vasectomie.

Remerciements :

les auteurs remercient les hommes et les médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude.

Liens d'intérêts :

les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en relation avec le contenu de cet article.

* QUALICO : étude qualitative explorant les représentations des usagers et professionnels de santé sur la contraception.
Promoteur : département de médecine générale de l'université Jean-Monnet, Saint-Étienne.
Articles précédemment publiés dans la revue *exercer*, numéros 104, 107, 111, 116 et 121.

1. Qu'est-ce-que la contraception selon vous ?

➤ Pouvez-vous me citer les moyens de contraception que vous connaissez ?

2. Utilisez-vous un moyen de contraception actuellement, que vous soyez en couple ou pas ?

➤ La méthode que vous ou votre partenaire utilisez actuellement vous convient-elle ?

➤ En avez-vous parlé avec votre partenaire ?

➤ Avec votre médecin ?

3. On appelle contraception définitive une méthode qui empêche quasiment définitivement d'avoir des enfants. Que savez-vous sur la contraception définitive, qu'elle soit pour les femmes ou pour les hommes ?

4. Pour l'homme, on l'appelle la vasectomie, qu'en savez-vous ?

5. La vasectomie est un acte chirurgical qui consiste en une ligature de chaque canal qui relie le testicule au pénis, c'est-à-dire une interruption du trajet permettant le transport des spermatozoïdes dans l'éjaculat et empêchant donc l'homme d'avoir de nouveaux enfants.

➤ Quels seraient selon vous les avantages de cette méthode ?

➤ Quels seraient ses inconvénients ?

➤ Pensez-vous qu'il existe des effets indésirables suite à la réalisation de la vasectomie ?

6. Pourriez-vous envisager de recourir à une vasectomie ?

➤ Dans quelles conditions ?

➤ Quels seraient les facteurs qui vous feraient refuser ou appréhender cette méthode ?

➤ Dans quels cas et pour quelles personnes pensez-vous qu'il serait intéressant de recourir à une vasectomie ?

Annexe 1 - Guide d'entretien avec les hommes

1. Pourriez-vous me raconter la dernière consultation que vous auriez vécue où il a été question de vasectomie ?

2. Vous est-il arrivé de proposer une vasectomie ?

3. Quelles informations donneriez-vous sur la vasectomie sur le plan médical et juridique en cas de demande ou de proposition ?

4. La vasectomie est peu pratiquée en France par rapport aux pays anglo-saxons, quelles en seraient les raisons selon vous ?

5. Personnellement, que pensez-vous de la vasectomie pour vos patients qui en feraient la demande ? Pour vous-même ou votre conjoint éventuel, si cette question ne vous paraît pas indiscreète ?

Annexe 2 - Guide d'entretien avec les médecins généralistes

MÉTHODE

Deux enquêtes qualitatives par entretiens individuels semi-dirigés ont été conduites de septembre 2015 à février 2016, auprès d'hommes et de MG dans le département de la Loire.

La première enquête a été conduite auprès d'hommes âgés de 18 à 65 ans recrutés et informés sur l'étude par 9 MG. Elle a été menée par un MG remplaçant masculin (JC), exerçant depuis trois ans, qui ne connaissait pas les participants. Un échantillonnage en recherche de variation maximale a été effectué selon l'âge, la situation conjugale, l'âge de la conjointe, le nombre d'enfants et la catégorie socioprofessionnelle. Le guide d'entretien a exploré les connaissances des hommes en matière de contraception, leur satisfaction vis-

à-vis de la méthode utilisée avec leur partenaire, les avantages, inconvénients et effets indésirables (EI) connus ou supposés de la vasectomie et la possibilité, sous conditions éventuelles, qu'ils y aient recours (annexe 1). Les entretiens ont été conduits au domicile des hommes.

La seconde a été conduite auprès de MG. L'échantillon a été constitué de proche en proche grâce aux connaissances professionnelles de l'enquêteur (AR), MG remplaçant ayant trois ans d'exercice. Sa variation a été recherchée selon le sexe, le lieu d'exercice (rural ou urbain), l'âge, le type d'exercice (libéral exerçant seul ou associé, installé ou remplaçant) et l'ancienneté d'exercice. Les entretiens semi-directifs ont été conduits à l'aide d'un guide qui, après une présentation de l'enquêteur, a abordé la dernière consultation où il

avait été question de vasectomie, les connaissances et avis sur la pratique de la vasectomie en France ainsi que la vision des MG sur la vasectomie au sein de leur couple (annexe 2).

Les guides ont été testés à deux reprises, puis se sont enrichis au fil des entretiens. Les entretiens ont été enregistrés sous couvert d'anonymat après accord des participants puis intégralement retranscrits sous Word®.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation théorique des données. Trois hommes et trois MG ont relu les leurs. Aucun n'a fait de remarque.

Après codage, deux analyses phénoménologiques par thèmes ont été réalisées manuellement et à l'aide d'Excel® par chaque enquêteur et un enseignant de médecine générale (JV) indépendamment, puis mises en commun.



Une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été enregistrée pour chaque enquête le 8 octobre 2015 auprès du correspondant de l'université Jean-Monnet. Ces études qualitatives, observationnelles, menées en 2015, sans modification des soins courants donnés aux patients, n'ont pas fait l'objet de demande d'avis au Comité de protection des personnes.

RÉSULTATS

Parmi les 65 hommes pressentis, 16 ont été contactés par l'enquêteur et 15 ont accepté l'entretien. Ils étaient âgés en moyenne de 39 ans (22-62 ans) et leur conjointe avait 40 ans (19-61 ans). Les entretiens ont duré en moyenne 26 minutes (16-33 minutes).

Parmi les 18 MG contactés par téléphone, 15 ont accepté l'entretien : 9 hommes et 6 femmes. Ils étaient âgés en moyenne de 45 ans (31-67 ans). La durée moyenne des entretiens a été de

20 minutes (4-33 minutes). Les caractéristiques des hommes et des MG sont reportées respectivement dans les **tableaux 1 et 2**.

La saturation des données a été obtenue dans les deux études au treizième entretien.

Un moyen contraceptif peu évoqué

Globalement connus dans leurs principes, les moyens contraceptifs temporaires étaient majoritairement utilisés : préservatifs uniquement par certains hommes ou, pour la majorité d'entre eux, la contraception médicalisée de leur partenaire. Ils avaient parfois été amenés à donner un avis sur un changement de contraception temporaire de leur conjointe en cas de problème : « *C'est ma femme qui y a pensé. Elle m'en a parlé et j'étais tout à fait d'accord* » (H2). Dans l'ensemble, ils étaient satisfaits du moyen contraceptif de leur conjointe, et les moyens contraceptifs définitifs ne leur venaient pas à l'esprit.

De la même façon, les MG n'abordaient pas spontanément la vasectomie avec les hommes ou les femmes parce qu'ils n'y pensaient pas. Ils avaient tous vécu au moins une consultation où la vasectomie avait été abordée. Néanmoins, ils ont qualifié cette demande de « *quelque chose d'extrêmement rare sur une vie de médecin* » (M6). Selon eux, le patient était le plus souvent à l'initiative de la démarche et semblait y avoir réfléchi et s'être décidé avant de consulter. Certains hommes étaient venus leur demander un courrier pour l'urologue, la décision ayant été prise après une discussion dans leur couple face à un problème de contraception féminine et au désir de ne plus vouloir d'enfant.

Connaissances imprécises, loi peu connue

Mis à part un homme, étudiant sans enfant, qui n'en avait jamais entendu parler, la vasectomie était connue par tous les hommes et présentait selon eux des avantages indéniables. La fia-

Homme	Âge	Situation conjugale (durée)	Âge de la conjointe	Nombre d'enfants	Catégorie socio-professionnelle	Souhait nouvel enfant	Durée de l'entretien
H1	59	Couple (35 ans)	59	2	3	Absolument pas	23 min 14 sec
H2	31	Couple (5 ans)	31	2	4	Hésitant	21 min 53 sec
H3	31	Célibataire	Sans objet	0	3	Oui	32 min 49 sec
H4	38	Célibataire	Sans objet	0	4	Oui	33 min 58 sec
H5	28	Couple (7 ans)	33	3	5	Non catégorique	32 min 48 sec
H6	24	Couple (5 mois)	24	0	6	Oui	16 min 51 sec
H7	37	Séparé/Couple (3 ans)	38	2 (+2 compagne)	5	Non catégorique	24 min 53 sec
H8	26	Couple (8 ans)	25	0	6	Oui	30 min 00 sec
H9	36	Couple (17 ans)	34	2	2	Oui	32 min 26 sec
H10	49	Couple (20 ans)	52	3	2	Non	31 min 32 sec
H11	39	Couple (19 ans)	39	2	2	Non catégorique	21 min 46 sec
H12	59	Couple (41 ans)	59	2	1	Non catégorique	25 min 18 sec
H13	22	Couple (2 ans)	19	0	8	Oui	19 min 26 sec
H14	62	Couple (44 ans)	61	2	7	Non catégorique	29 min 08 sec
H15	50	Couple (30 ans)	48	2	6	Non catégorique	21 min 56 sec
	Moyenne : 39,4 ans		Moyenne : 40,2 ans				Moyenne : 26 min 32 sec

Tableau 1 - Caractéristiques des hommes interrogés

Catégories socioprofessionnelles : 1 : agriculteurs, exploitants ; 2 : artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; 3 : cadres et professions intellectuelles supérieures ; 4 : professions intermédiaires ; 5 : employés ; 6 : ouvriers ; 7 : retraités ; 8 : autres personnes sans activité professionnelle.

Médecin	Genre	Âge	Mode d'exercice	Durée d'exercice	Lieu d'exercice	Durée de l'entretien	Situation personnelle
M1	Homme	67	Exerce seul Installé	40 ans	Urbain	4 min 38 sec	Marié
M2	Homme	43	Associé Installé	10 ans	Semi-rural	16 min 05 sec	Marié 3 enfants
M3	Homme	32	Exerce seul Installé	2 mois	Urbain	15 min 34 sec	Célibataire Pas d'enfant
M4	Homme	44	Associé Installé	6 ans	Urbain	16 min 15 sec	Marié 3 enfants
M5	Femme	37	Associée Installée	5 ans	Urbain	16 min 01 sec	Mariée 3 enfants
M6	Homme	59	Associé Installé	30 ans	Urbain	30 min 12 sec	Marié 5 enfants
M7	Femme	31	Exerce seule Installée	10 mois	Semi-rural	21 min 03 sec	Non mariée Pas d'enfant
M8	Homme	33	Associé Installé	2 ans	Semi-rural	32 min 10 sec	Non marié Pas d'enfant
M9	Femme	63	Associée Installée	15 ans	Semi-rural	17 min 28 sec	Non mariée Enfants
M10	Femme	32	Associée Installée	3 ans	Urbain	28 min 50 sec	Mariée 2 enfants
M11	Homme	49	Associé Installé	20 ans	Urbain (5 ans) Rural (15 ans)	33 min 58 sec	Marié 5 enfants
M12	Homme	42	Associé Installé	6 ans	Urbain	19 min 08 sec	En couple 1 enfant
M13	Femme	42	Associée Installée	9 ans	Rural	16 min 15 sec	Mariée 2 enfants
M14	Femme	32	Associée Installée	1 mois	Semi-rural	18 min 14 sec	Non mariée 3 enfants
M15	Homme	65	Associé Installé	25 ans	Semi-rural	19 min 12 sec	Marié 3 enfants

Tableau 2 - Caractéristiques des médecins généralistes interrogés

bilité qu'ils accordaient à la méthode assurait l'absence de risque pour ceux qui auraient fait le choix de ne plus être père : « *Pas de stress d'avoir de nouveaux enfants, parce que c'est quand même super-fiable* » (H5). Ils y voyaient aussi l'avantage de ne plus s'exposer aux contraintes et aux risques des autres moyens contraceptifs : « *Complètement libéré de toutes les contraintes des autres moyens de contraception* » (H14). Il en découlait pour la majorité une certaine liberté sexuelle. Deux MG, de leur côté, ont évoqué de possibles infidélités, en raison de l'absence de risque de grossesse des partenaires. Cette possible motivation a été rejetée par le MG vasectomisé de notre échantillon, qui a mis en avant son désir de ne plus

vouloir d'autres enfants et son souhait d'éviter des contraintes contraceptives à sa femme.

Les hommes voyaient la vasectomie comme une méthode irréversible, dont la technique était chirurgicale, avec un mécanisme d'action globalement compris : « *Ils doivent sectionner je ne sais pas quel canal où les spermatozoïdes passent, pour éviter que les spermatozoïdes viennent dans le sperme* » (H14). À l'inverse, la majorité des MG ont estimé être très peu, voire pas du tout, formés sur la vasectomie, que ce soit en formation initiale ou continue. Peu se souvenaient avoir lu des « *recommandations officielles sur le sujet* » ; « *Pendant nos études, on en parle mais de façon très brève* » (M3). La plupart avaient une idée assez vague

du geste chirurgical, vu comme une intervention réalisable en ambulatoire, sous anesthésie locale, ne laissant pas de cicatrice : « *C'est un peu flou, on met des clips sur les canaux déférents* » (M13). Un MG s'appuyait sur l'urologue : « *Je n'y connais pas grand-chose, je lui ai dit de prendre rendez-vous avec l'urologue* » (M7). Tous l'estimaient efficace et irréversible : « *J'ai notion que c'est définitif* » (M6) ; « *Une efficacité proche de 100 %* » (M13). Certains ont assimilé la vasectomie à la ligature des trompes chez la femme. Un MG a exprimé ses doutes quant à la répercussion du geste sur la sexualité et le risque d'impuissance.

Au niveau juridique, un seul MG a évoqué la loi qu'il situait autour des années 2000. Aucun autre participant



ne la connaissait. La majorité a évalué le délai de réflexion à quatre mois, un MG s'est interrogé sur la nécessité d'un consentement éclairé de l'homme et la rédaction d'un certificat de demande préalable. Un autre s'est demandé s'il existait une limite d'âge pour demander la vasectomie et s'il fallait l'accord de la partenaire.

Influences du genre et freins socioculturels

La majorité des hommes disaient se sentir concernés par la contraception, même si certains ont considéré que « *c'est plus développé chez la femme et c'est sociétal : c'est la femme qui s'occupe de la contraception* » (H5). Vision proche de la perception de plusieurs MG hommes ou femmes, pour qui les hommes étaient peu impliqués dans la contraception. Certains ont estimé que cette responsabilité était attribuée aux femmes dès l'adolescence : « *On responsabilise beaucoup les jeunes filles, et du coup ce sont elles qui prennent en charge la contraception de façon très naturelle et depuis le début en fait de leur vie sexuelle* » (M13). Ils estimaient l'abord de la vasectomie difficile dans la mesure où seules les femmes consultaient pour la contraception, et s'ils le faisaient, c'était après avoir évoqué la ligature des trompes : « *J'associe plus la vasectomie à l'homme, je ne vois que des femmes en consultation* » (M14) ; « *La contraception ça ramène à la pilule* » (M4). Un MG n'envisageait de contraception que féminine.

En défaveur de la vasectomie, plusieurs visions sociétales ont émergé, notamment la culture qualifiée de « *latine* » par les MG, opposée à la culture anglo-saxonne, pour expliquer le tabou des hommes sur leur intimité et leur virilité : « *Je pense que ce n'est pas dans la culture française qu'un homme se fasse stériliser* » (M1). Cette idée était retrouvée également chez les hommes, puisque H3 a parlé de la vasectomie comme d'une « *pratique de type socio-culturel moins pratiquée en France qu'aux États-Unis* ». Pour les MG, un manque d'information responsable d'*a priori* négatifs et de craintes ressenties par les hommes expliquait la faible pratique de

la vasectomie en France. Pour certains d'entre eux, une intervention sur les parties génitales masculines s'apparentait à une castration, une atteinte des fonctions sexuelles avec impuissance, perte de libido, et à la crainte de complications ou douleurs : « *Certains hommes ont peut-être l'idée que ça va toucher à leur virilité* » (M10). Ceci rejoignait le discours des hommes qui associaient pour près d'un tiers d'entre eux la vasectomie à une atteinte de l'image de l'homme, de sa virilité, de son intégrité physique, voire à une mutilation et au risque de se sentir diminué. Beaucoup s'interrogeaient sur une atteinte de l'érection, de l'éjaculation ou du plaisir, ou sur la présence de douleurs. Si une atteinte somatique leur paraissait improbable, ils étaient nombreux à craindre des conséquences psychologiques comme H3 : « *Je ne pense pas que d'un point de vue physiologique, il puisse y avoir des conséquences, puisqu'on ne touche pas aux hormones. Par contre, je pense que d'un point de vue psychologique, ça peut jouer* ».

La fréquence des recompositions familiales a souvent été évoquée, que ce soit par les hommes ou les MG, notamment vivre avec une nouvelle femme plus jeune qui désirerait un enfant, avec la crainte pour l'homme de ne pas pouvoir y répondre : « *On ne sait jamais ce qui peut arriver dans la vie, s'il y a une séparation, on rencontre quelqu'un d'autre, on retrouve une femme qui veut encore avoir des enfants, eh bien c'est trop tard* » (H9) ; « *Je pense que les gens n'ont pas qu'une seule vie de couple* » (M7).

Le contexte religieux pouvait également être un frein selon certains MG : « *Je pense aux musulmans pour qui c'est absolument hors de question ; chez les catholiques, je pense aussi que c'est un peu compliqué parce qu'on a les enfants que Dieu nous a donnés* » (M12).

Dans les deux groupes, certains ont souligné une médiatisation quasi inexistante en France contrairement à d'autres pays. Dans le discours des rares hommes n'excluant pas la possibilité de recourir à une vasectomie, le manque d'information semblait représenter un frein majeur, car tous ont déclaré être en quête de plus d'informations : « *Avec*

plus d'explications, oui, ça serait une chose envisageable » (H7) ; « *Dans l'absolu, il faudrait que je me documente* » (H8). En guise de solution, les MG ont proposé de développer des affichages en salle d'attente, spots publicitaires, films ou campagnes, comme pour les infections sexuellement transmissibles (IST) ou les cancers : « *Une médiatisation serait probablement utile pour rendre les choses plus naturelles et courantes* » (M13).

Éthique et eugénisme

Un MG a relaté une consultation post-vasectomie concernant un jeune handicapé mental : « *Je ne sais pas si c'est une vasectomie préventive à la demande de la mère. Il doit avoir un QI à 85* » (M8). Un second s'est interrogé sur l'intérêt d'une vasectomie chez un homme qui serait porteur d'une anomalie génétique. Cette notion de prévention de transmission d'une maladie génétique a aussi été abordée par certains hommes, qui suggéraient par ailleurs le recours à la vasectomie dans un cadre juridique, notamment chez les délinquants sexuels, assimilant la vasectomie à la castration.

La vasectomie en dernier recours

Que ce soit pour les hommes ou les MG, la vasectomie paraissait un acte difficilement envisageable. La quasi-totalité des hommes ne l'envisageaient pas, en raison de son irréversibilité, ou parce qu'ils s'estimaient non concernés : homme jeune sans enfant, compagne sous contraceptif ou épouse ménopausée. Ils y voyaient « *beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages* » (H3). H14 y penserait « *s'il y avait eu un problème de santé, que ce soit de mon côté ou de celui de ma femme, pourquoi pas* », et pour H15 : « *si ma compagne me disait qu'elle aimerait bien arrêter la pilule, ça ne me poserait pas forcément un problème* ». La stabilité de couple semblait indispensable à la prise de cette décision. La plupart des hommes l'envisageaient plutôt pour des familles nombreuses, chez des couples sûrs de ne plus vouloir d'enfant, pondérant toujours leurs propos avec leur appréhension de possibles regrets liés à des changements de vie.

Quant aux MG, ils ont majoritairement considéré qu'ils pourraient la proposer pour un couple stable, après discussion dans le couple, quand la contraception féminine, ligature des trompes incluse, posait problème.

Typologie des hommes et des médecins

Les deux enquêtes ont permis d'établir différents profils.

Chez les hommes, le « *non-concerné* » : homme d'âge mûr au sein d'un couple stable, marié, dont l'épouse est ménopausée et les enfants adultes. Le « *refusant* » : homme jeune célibataire ou en couple depuis peu, sans enfant au moment de l'entretien mais désireux d'en avoir dans l'avenir. L'« *acceptant potentiel, sous conditions* » : homme d'âge moyen, déjà père, dont la conjointe serait exposée aux risques d'une contraception temporaire, demandeur de plus d'informations sur la vasectomie et ses risques.

Chez les MG, le « *pratiquant* » : le participant vasectomisé avait fait un « *choix évident* » du fait de la simplicité de la méthode et pour éviter les désagréments de la contraception à sa compagne. À titre personnel, il était totalement satisfait de ce mode de contraception mais ne la proposait pas pour autant davantage à ses patients. Le profil « *désintéressé ou opposant* » concernait ces MG hommes plutôt âgés, considérant la contraception comme un domaine purement féminin. Peu concernés par la vasectomie, ils estimaient la ligature des trompes plus appropriée. Le profil « *concerné, non-opposé* » : plus impliqués, plus jeunes, ces MG pourraient la proposer en cas de soucis contraceptifs féminins après s'être assurés de l'absence de désir d'enfant. Ils souhaitaient voir plus fréquemment les hommes en consultation. Enfin, un MG « *favorable et renseigné* » proposait souvent la vasectomie, notamment en en parlant aux femmes au sein du choix contraceptif.

Notons que les réponses des MG hommes, concernant leur avis personnel, rejoignent les profils types élaborés par l'étude sur les hommes ; pour les

« *non-opposés* », ils ne l'envisageraient qu'en cas de problème de contraception temporaire chez leur conjointe. Les femmes MG interrogées, déjà mères et ne désirant plus l'être – profil « *acceptant potentiel, sous conditions* » – pourraient désirer la vasectomie pour leur partenaire, en évoquant régulièrement la réticence de ces derniers.

DISCUSSION

Dans ces deux études, la vasectomie occupait une place mineure parmi les méthodes contraceptives médicalisées, peu connue par les hommes et peu abordée par les MG. Considérée comme irréversible, elle engendrait des craintes pour la virilité, et faisait l'objet de freins éthiques et religieux. Elle était envisagée en dernier recours, quand la contraception féminine n'était pas ou plus possible au sein d'un couple stable ayant déjà eu des enfants.

Toutes les craintes éprouvées par les hommes et certains MG sur la vasectomie pourraient être levées par l'information apportée par des MG formés qui puissent aborder sexualité et contraception avec les hommes. En effet, les données de la littérature permettent de rassurer, les effets indésirables évoqués par les participants étant quasi inexistantes. Le caractère irréversible de la vasectomie appréhendé par les hommes mettait mal à l'aise les MG compte tenu de la possibilité pour l'homme de souhaiter procréer très tard dans sa vie. Ils craignaient des regrets et des conséquences psychologiques. En réalité, la possibilité d'une vaso-vasostomie de re-perméabilisation permet d'obtenir une grossesse dans 40 à 50 % des cas⁸. Néanmoins, cette technique est très peu utilisée en pratique courante et peu connue. La conservation de sperme prélevé avant vasectomie est un autre recours possible.

Face à l'irréversibilité supposée de la méthode, les hommes ont souligné une certaine liberté sexuelle. Les MG qui connaissaient des hommes vasectomisés les décrivaient plutôt satisfaits

de leur décision, à l'image du MG « *pratiquant* ». Il serait intéressant de recueillir leur témoignage et de connaître le regard que portent les gynécologues et urologues sur la vasectomie.

Par ailleurs, nos participants MG, comme dans deux études quantitatives récentes sur la vasectomie, ont fait part d'un manque de connaissances médicales et juridiques et de freins socio-culturels propres^{4,9}. Ces différents éléments semblaient expliquer « l'oubli » de la vasectomie par les MG, à l'inverse de la CD féminine abordée avec plus de la moitié des femmes¹⁰. La sexualité est plus difficilement abordée par les MG avec les hommes qu'avec les femmes, chez qui le suivi gynécologique facilite l'abord du binôme sexualité-contraception, phénomène également constaté ici^{6,11}. La contraception en France est figée dans une norme au sein de laquelle les femmes doutent de la capacité des hommes à gérer la contraception, n'étant pas eux-mêmes concernés par le risque de grossesse^{12,13}. Certains MG adhéraient à cette norme, considérant la contraception comme un domaine exclusivement féminin. De plus, ces normes pourraient expliquer le profil des hommes, « *acceptant sous condition* », ou « *refusant* », ainsi que l'impossibilité pour certains « *non-concernés* » d'envisager la vasectomie pour un homme jeune sans enfant.

En France, en 2016, aux yeux des hommes et des MG de nos échantillons, la vasectomie occupe une place de second choix, voire de derniers recours contraceptif. Il semble que ce qui pose problème est le caractère définitif de cette contraception. Certains hommes ne seraient en revanche pas opposés à une contraception temporaire : 44 à 83 % des hommes accepteraient une contraception hormonale de type pilule contraceptive^{14,15}. Bajos *et al.* ont pointé l'absence de volonté de développement de méthodes contraceptives masculines temporaires, bien que nombre d'entre elles soient à l'étude¹¹. Il serait ainsi possible de répondre à la demande de contraception masculine par différentes méthodes : androgènes et progestatifs, injection de testostérone,



contraception masculine thermique, gel à base de polymères^{16,17}. Ces méthodes masculines ne seront pas disponibles avant plusieurs années. Elles permettront alors aux hommes d'assurer une part de la contraception soit au sein d'un couple après discussion avec leur partenaire, soit pour eux-mêmes afin de contrôler leurs capacités de procréation sans nécessairement impliquer les partenaires. Un changement de vision sociétale de la contraception et une demande plus importante des hommes ou des couples pourraient permettre le développement et la diffusion de ces méthodes.

En dehors du genre, un des hommes et deux MG ont souligné un aspect socioculturel de la vasectomie plus courante et plus médiatisée dans les pays anglo-saxons^{1,2,4}. Il semblerait que dans les pays latins la vasectomie soit associée à une « mutilation », une « castration », avec des craintes de « conséquences néfastes sur la virilité ou la sexualité »¹⁸. Cette idée était présente chez nos participants hommes et chez un MG. Elle serait préjudiciable au choix contraceptif des hommes si elle était véhiculée par les professionnels de santé.

Récemment, un programme a permis d'élaborer des objectifs pour des campagnes de développement de la vasectomie dans les pays où celle-ci est peu développée¹⁹. Les objectifs ainsi définis ont été : la dissipation des mythes sur la vasectomie, l'élimination de la stigmatisation envers la procédure, l'amélioration de la participation des hommes et l'encouragement au dialogue entre les usagers potentiels et les prestataires. Les données recueillies lors de nos deux enquêtes correspondent bien à celles retrouvées dans ces programmes.

Toutefois, la culture « latine » et le rôle attribué aux femmes dans la régulation des naissances n'expliquent pas à eux seuls les différences entre pays. En dehors de ces motifs, les différences d'accès aux soins, le coût des soins (non remboursés aux États-Unis) et les politiques publiques de régulation des naissances (Inde) pourraient inter-

venir. En effet, la CD, acte unique aux effets définitifs, peu onéreux pour la vasectomie, n'implique aucune prise en charge médicale ultérieure²⁰. Il serait intéressant de comprendre les sources des différences constatées chez les hommes de différentes cultures et nationalités sachant qu'en France la légalisation permettant la CD date de 2001 et que ces méthodes restent encore peu utilisées. Les hypothèses de l'influence du coût des soins dans les choix nationaux ou individuels et d'une moindre promotion de la vasectomie dans les pays où la contraception temporaire médicalisée est massivement utilisée et prise en charge ne sont pas à exclure.

En outre, un MG a abordé un versant éthique en se remémorant un courrier relatif à la vasectomie d'un homme handicapé mental, et doutant de ses capacités de consentement. Dans certains cas, les comportements sexuels de la personne handicapée peuvent inciter les parents ou l'entourage à demander une CD pour la personne concernée jugée incapable d'être parent et alors que le regard de la société sur la sexualité des personnes handicapées est empreint de tabou²¹. Un MG ainsi que certains hommes ont évoqué la possibilité de prévenir, par le biais de la vasectomie, la transmission d'une maladie génétique. D'autres hommes envisageaient la vasectomie après décision judiciaire pour prévenir les récidives des délinquants sexuels, semblant confondre castration et contraception, ce qui souligne les méconnaissances sur la vasectomie et ses conséquences sur la sexualité. L'histoire de la stérilisation a souvent croisé celle des politiques eugénistes, y compris dans leurs dérives les plus graves, notamment l'eugénisme nazi, encore prégnant chez les professionnels de santé selon Giami et Leridon : « *Le spectre de l'eugénisme hante en filigrane les débats de stérilisation* »²².

Cette étude comporte des limites : les hommes qui ont participé connaissaient le thème de l'étude et se sentaient probablement plus concernés par la contraception. Nous n'avons pas

pu recueillir le témoignage d'hommes vasectomisés en dehors du MG concerné, le faible nombre d'hommes vasectomisés au sein de la patientèle des MG pouvant être une explication.

L'échantillon de MG s'est appuyé sur le réseau professionnel de l'enquêteur, un seul MG provenait du milieu rural. Toutefois, les MG rencontrés ont pu se sentir plus à l'aise avec l'enquêteur et confier plus facilement des visions intimes comme cela fut le cas pour le confrère n'envisageant la contraception qu'uniquement féminine et celui qui a pu aborder sa propre vasectomie.

L'analyse effectuée par trois chercheurs, eux-mêmes MG, ne pouvait pas être totalement neutre du fait de leurs expériences professionnelles et personnelles en matière contraceptive, mais étant hommes et femmes, ils ont confronté leur point de vue.

CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif d'explorer la vision des hommes et des médecins généralistes sur la vasectomie. Connue globalement dans son principe, la vasectomie est une méthode de contraception jugée fiable par les enquêtés, vectrice d'une certaine liberté sexuelle et utile pour éviter les effets indésirables et les contraintes des contraceptions féminines à la partenaire. Mais les hommes semblent peu favorables à son utilisation pour eux-mêmes, à cause surtout de son irréversibilité supposée et de craintes de retentissement sur la virilité et la sexualité. La vasectomie est peu abordée en consultation par les MG qui sont souvent réticents et posent certaines conditions, oublient d'en parler ou attendent l'initiative des hommes. Les MG et les hommes interrogés ont majoritairement des connaissances approximatives sur la technique chirurgicale et sur la loi. Une plus ample information des hommes et des femmes, fondée sur une compétence accrue des médecins, permettrait la levée de conceptions erronées et une meilleure diffusion de cette contraception. ♦

Résumé

Contexte. En 2016, les méthodes de contraception masculine les plus couramment utilisées sont le préservatif et la vasectomie. La vasectomie, contraception définitive (CD) masculine, est peu utilisée en France malgré son efficacité.

Objectif. Explorer la vision des hommes et des médecins généralistes (MG) sur la vasectomie.

Méthode. Enquêtes qualitatives par entretiens individuels semi-dirigés analysés par thème, menés auprès de quinze hommes âgés de 18 à 65 ans et quinze MG, de septembre 2015 à février 2016 (Loire, France).

Résultats. Les hommes se sentaient peu concernés par la vasectomie, alors que les MG la méconnaissaient et oubliaient d'en parler. Hommes comme MG ont estimé qu'il existait des freins liés à l'irréversibilité de la méthode, au genre (contraception gérée par les femmes), et des freins socioculturels : craintes pour la virilité, familles recomposées, aspect religieux, eugénique ou éthique. Tous les participants l'envisageaient en dernier recours, quand la contraception féminine posait problème, chez un couple stable avec enfants, après discussion dans le couple. Différents profils ont été établis : chez les hommes, le « non-concerné », le « refusant » et l'« acceptant potentiel, sous conditions » ; chez les MG, le « pratiquant », le « désintéressé ou opposant », le « concerné, non-opposé », et le « favorable et renseigné ».

Conclusion. Une plus ample information des hommes et des MG et la levée d'idées erronées pourraient permettre la diffusion de la vasectomie en France.

→ **Mots-clés :** vasectomie ; contraception ; médecine générale ; QUALICO.

Summary

Background. In 2016, condoms and vasectomy are the most used methods of male contraception. Vasectomy, definitive male contraception, is sparsely used in France in spite of its efficacy.

Objective. Explore the general practitioners (GPs) and male patients' visions about vasectomy.

Method. Qualitative investigations by individual structured interviews analyzed by topics, carried out with 15 men between 18 to 65 years old and 13 GPs, from September 2015 to February 2016 (Loire, France).

Results. Men felt little concerned by vasectomy, whereas GP lacked knowledge and rarely broached the subject. Both regarded as impediments the irreversibility, the gender issue (contraception is managed by women) and socio-cultural barriers (virility, stepfamilies, religious, eugenic or ethic aspects). All participants regarded vasectomy as the last resort, when the female contraception was a problem, for a stable couple with children, with a shared decision. Different profiles have been established: among men, the "concerned", the "refusing" and the "potentially accepting under conditions"; among GPs: the "practicing", the "uninterested or opponent", the "concerned not opponent", and the "favorable and informed".

Conclusion. Both patients and GPs need and demand more information. Misconceptions should be fought against in order to establish vasectomy as a regular method.

→ **Key words:** vasectomy; contraception; general practice; QUALICO.

Références

1. **United Nations.** Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World contraceptive use. New-York : UN, 2011. Disponible sur : http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/wallchart_front.pdf [consulté le 7 mars 2017].
2. **Haute Autorité de santé.** État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Saint-Denis : HAS, 2013.
3. **Association française d'urologie.** Fiche Info-Patient. Vasectomie contraceptive. Paris : AFU,

2012. Disponible sur : <http://urofrance.org/fileadmin/documents/data/FI/2012/vasectomie/vasectomie.pdf> [consulté le 7 mars 2017].

4. **Romero M.** Existe-t-il des freins à la contraception définitive en médecine générale ? Enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Bretagne, de Midi-Pyrénées et de Normandie. Thèse de médecine : Université de Toulouse, 2014.
5. **Kalampalikis N, Buschini F.** La contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires. Nouvelle revue de psychosociologie 2007;4:89-104.

6. **Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C.** La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population & Sociétés 2012; 492:1-4.

7. **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.** Évolution de l'utilisation en France des contraceptifs oraux combinés (COC) et autres contraceptifs de janvier 2013 à avril 2014. Paris : Ansm, 2014.

8. **Haute Autorité de santé.** Évaluation des techniques de stérilisation chez la femme et chez l'homme. Saint-Denis : HAS, 2005.

9. **Monfort D.** Déterminants expliquant le manque de recommandation de la vasectomie comme moyen de contraception par les médecins généralistes de Loire-Atlantique. Thèse de médecine : Université de Nantes, 2013.

10. **Cadot M.** Contraception définitive féminine : pratiques et représentations des médecins généralistes. Thèse de médecine : Université de Brest, 2015.

11. **Bajos N, Bozon M, Beltzer N.** Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé. Paris : La Découverte, 2008.

12. **Desjeux C.** Histoire et actualités des représentations et pratiques de contraception masculine. Autrepart 2009;52:49-63.

13. **Bajos N, Ferrand M.** L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. Sociétés contemporaines 2006;61:91-117.

14. **Smet L, Vallée J.** L'implication des hommes de 18 à 50 ans dans la contraception. Étude qualitative en Rhône-Alpes. *exercer* 2012;104:210-1.

15. **Martin CW, Anderson RA, Cheng L, et al.** Potential impact of hormonal male contraception: cross-cultural implications for development of novel preparations. *Hum Reprod* 2000;15:637-45

16. **Soufir JC.** La contraception masculine hormonale, une faisabilité immédiate. *Médecine de la reproduction, gynécologie et endocrinologie* 2013; 15:52-63.

17. **Bajos N, Ferrand M.** La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ? *Sciences Sociales et Santé* 2004;22:118-41.

18. **Azlyght.** La contraception masculine. Paris : EHESS, 2013. Disponible sur : <http://gps.hypotheses.org/304> [consulté le 7 mars 2017].

19. **Packer C, Perry B, Chin-Quee D, Zan T, Shattuck D.** How to create successful vasectomy programs. Washington : The population council, 2016.

20. **Comité consultatif national d'éthique.** Rapport sur la stérilisation envisagée comme mode de contraception définitive. Paris : CCNE, 1996. Disponible sur : <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis050.pdf> [consulté le 7 mars 2017].

21. **Association des paralysés de France.** La stérilisation des personnes ayant une déficience mentale. Paris : APF, 1996.

22. **Giami A, Leridon H.** Les enjeux de la stérilisation. Paris : Inserm, 2000.