



HAL
open science

Démarche éthique dans les demandes de contraception définitive de femmes majeures de moins de 35 ans sans handicaps et sans problèmes médicaux majeurs

Bernard Branger, Gérard Dabouis, Denis Berthiau, Guillaume G. Durand, M Barre, Philippe David

► To cite this version:

Bernard Branger, Gérard Dabouis, Denis Berthiau, Guillaume G. Durand, M Barre, et al.. Démarche éthique dans les demandes de contraception définitive de femmes majeures de moins de 35 ans sans handicaps et sans problèmes médicaux majeurs. 2020. <halshs-02892009>

HAL Id: halshs-02892009

<https://shs.hal.science/halshs-02892009v1>

Preprint submitted on 7 Jul 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Démarche éthique dans les demandes de contraception définitive de femmes majeures de moins de 35 ans sans handicaps et sans problèmes médicaux majeurs

B. BRANGER¹, G. DABOUIS², D. BERTHIAU³, G. DURAND⁴, M. BARRE⁵, Ph. DAVID⁵

¹ Epidémiologiste - Consultation d'éthique clinique de la Clinique Jules Verne – 11 bis, rue Gabriel Luneau - 44000 Nantes. Tél 06 32 70 33 80 – Mail : branger44@gmail.com

² Médecin - Consultation d'éthique clinique de la Clinique Jules Verne – 2, route de Paris - 44300 Nantes, et USR-CNRS 3491 – Maison des Sciences de l'Homme Ange Guépin - 5, Allée Jacques Berque, 44021 Nantes .

³ Maître de conférences en droit, Consultation d'éthique clinique de la Clinique Jules Verne, Université Paris-Descartes, Ethique, politique et santé (EA 4569). 75006 Paris

⁴ Maître de conférences en Philosophie – Centre Atlantique de Philosophie (CAPHI - EA 7463) - UFR Lettres et Langues, chemin la Censive du Tertre, BP 81227, 44312 Nantes Cedex

⁵ Gynécologue-Obstétricien - Consultation d'éthique clinique de la Clinique Jules Verne – 2, route de Paris - 44300 Nantes

Résumé

Contexte

La loi du 4 juillet 2001 permet aux femmes majeures qui en font la demande de bénéficier d'une contraception définitive (CD) après acceptation par un professionnel de santé. Cependant, les femmes jeunes (de moins de 35 ans) avec ou sans enfants sont confrontées à des refus. A la clinique Jules Verne de Nantes, une démarche d'éthique clinique a été mise en place pour répondre aux demandes de CD. L'objectif de l'étude est de décrire les différentes étapes de la démarche éthique, et d'évaluer les issues des demandes.

Méthodes

La saisie de la consultation d'éthique (CEC) était faite par la femme ou un professionnel de santé. Il s'agissait d'un entretien semi-directif avec deux à trois personnes formées à l'éthique, soignantes ou non-soignantes. Les éléments de la demande étaient transmis à un staff d'éthique (SE) pluridisciplinaire composé de soignants et non-soignants qui proposaient une synthèse. Cette synthèse exprimait les réflexions éthiques des membres présents de la Consultation d'Ethique Clinique réunis et soumis au secret médical. Elle était diffusée à la patiente et au médecin directement concerné par la décision à prendre. Le raisonnement éthique était basé sur les quatre principes non exclusifs de la bioéthique médicale tels que développés par Beauchamp et Childress : autonomie, non malfaisance, bienfaisance et justice.

Résultats

De 2012 à 2019, 59 demandes de CD de la part de femmes majeures, sans handicaps et sans problèmes médicaux majeurs ont été analysées. Les femmes étaient âgées de 27,4 ans en moyenne avec 30,5 % de femmes de moins de 25 ans, 40,7 % entre 25 et 29 ans et 28,8 % de 30 ans et plus. Les motifs étaient classés en motifs médicaux (8,5 %), motifs politiques et écologiques (20,3 %), motifs de convenance personnelle (52,5 %), et motifs d'opposition ferme (16,5 %). Au terme du SE, 58 synthèses émettaient un avis favorable avec 49 synthèses sans réserves (83,0 %) et 9 avec réserves (15,3 %), et 1 avis a été défavorable (2 %). A l'issue du suivi, pour les demandes avant le 1^{er} août 2019, 64 % des demandes ont donné lieu à une CD effective à la clinique Jules Verne.

Discussion et conclusion

A la suite d'une demande de CD, de la part de femmes de moins de 35 ans avec ou sans enfants, une démarche éthique a permis d'écouter les motifs et les histoires des femmes. Elle a permis aux femmes de formuler, de la manière aussi libre et éclairée que possible, leur position respective vis-à-vis de cette demande de contraception définitive. Du côté des soignants et des opérateurs, cette méthode a permis de dédramatiser le contexte des demandes et de ne plus être seuls dans la décision. Ce type d'organisation peut se reproduire dans les centres de gynécologie sur le même schéma d'écoute et de décision.

Mots-clés : Contraception définitive, éthique, principisme de Beauchamp et Childress,

Summary

Context

The law of July 4, 2001 allows adult women who request it to benefit from definitive contraception (DC) after acceptance by a health professional. However, young women (under 35) with or without children have to face refusals. At the Jules Verne clinic in Nantes, a clinical ethics process has been set up to respond to requests for CDs. The objective of the study is to describe the different stages of the ethical process, and to assess the outcome of the requests.

Methods

The ethics clinic consultation (EEC) was entered by the woman or a health professional. It was a semi-structured interview with two to three people trained in ethics, caregivers or non-caregivers. The elements of the request were transmitted to a multidisciplinary ethics staff (ES) composed of carers and non-carers who proposed a summary. This summary expressed the ethical reflections of the members present of the Clinical Ethics Consultation assembled and subject to medical confidentiality. It was distributed to the patient and to the doctor directly concerned by the decision to be made. The reasoning was based on the four non-exclusive principles of medical bioethics developed by Beauchamp and Childress: autonomy, non-maleficence, beneficence and justice.

Results

From 2012 to 2019, 59 DC requests from adult women, without disabilities and without major medical problems were analyzed. Women were 27.4 years old on average with 30.5% women under 25 years old, 40.7% between 25 and 29 years old and 28.8% aged 30 years and over. The reasons were classified as medical reasons (8.5%), political and ecological grounds (20.3%), grounds of personal convenience (52.5%), and grounds for strong opposition (16.5%). At the end of the ES, 58 syntheses issued a favorable opinion with 49 syntheses without reservations (83.0%) and 9 with reservations (15.3%), and 1 opinion was unfavorable (2%). After follow-up, for requests before August 1, 2019, 64% of requests resulted in an effective CD at the Jules Verne clinic.

Discussion and conclusion

Following a DC request, from women under 35 with or without children, an ethical approach allowed to listen to the motives and stories of women. It let women able to formulate, as free and informed as possible, their respective position toward this demand for final contraception. On the side of caregivers and operators, this method allowed to play down the context of the requests and no longer be alone in deciding. This type of organization can be reproduced in gynecology centers on the same pattern of listening and decision.

Keywords: *Definitive contraception, ethics, Beauchamp and Childress principism,*

Introduction

En France, le nombre annuel des contraceptions définitives (CD) est estimé, en 2018 (dernière année connue) à 25 000 chez les femmes, et à 8 000 chez les hommes [1]. Ce nombre était à 40 000 en 2016 avec la ligature des trompes par obturation tubaire (ESSURE®) qui a été arrêtée en 2017. La CD représente de 3,9 % [2] à 5 % [3] des méthodes de contraception chez les femmes en France (âgées de 18 à 44 ans, ayant une activité sexuelle). L'âge moyen de réalisation (sur près de 4 000 CD en 2013 en Pays de la Loire) a été de 40,8 ans \pm 3,8 avec une proportion de 0,7 % avant 30 ans, et de 5,6 % avant 35 ans. La méthode actuelle est basée sur la ligature des trompes (LT) par voie coelioscopique, avec de rares abords par laparotomie.

La base légale de cette intervention repose sur la loi du 4 juillet 2001 qui la dénomme « stérilisation à visée contraceptive (SVC) », et qui précise, dans les titres II et III (article 26) 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"*. Il n'y a pas, légalement, de limite d'âge et toute femme majeure peut demander une CD. Le médecin consulté peut accepter ou refuser en faisant valoir la clause de conscience sans être tenu d'adresser la femme à un autre médecin qui pratiquerait la CD (article R.4127-47 du Code de santé publique avec la mention : *"S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins"*).

En pratique, un consensus médical considère qu'une CD (ou stérilisation volontaire ou stérilisation tubaire) ne peut être faite que dans certaines conditions : généralement les femmes de 35 ans et plus, ayant deux ou trois enfants, dans un contexte de difficultés contraceptives ou d'échecs contraceptifs, ou de contre-indications à une nouvelle grossesse. C'était le sens du score de M. Lerat à six critères, datant de 1983 [4] et de la mise à jour du Collège national des gynéco-obstétriciens français (CNGOF) en 1983 [5] puis en 2006 [6] ; ce n'est qu'à partir d'un score égal ou supérieur à 6 (sur 15) qu'une CD était envisagée. Ainsi, même si le score ne semble plus utilisé explicitement par les professionnels, il existe un fossé entre les termes de la loi qui autorise une femme à demander une CD quels que soient son âge et ses antécédents, et les attitudes des médecins qui posent des indications en fonction de critères professionnels souvent personnels, et donc variables selon les opérateurs. Un autre argument est la crainte du risque de regret d'autant plus élevé que l'âge de la réalisation serait plus précoce [7].

A la clinique Jules Verne de Nantes, les médecins ont pensé qu'un regard éthique sur les demandes de ces femmes pourrait aider à résoudre cette tension. Pour améliorer l'accueil de ces femmes et leur prise en charge, une consultation d'éthique clinique leur est proposée.

L'objectif de l'étude est de décrire le fonctionnement et l'organisation d'une consultation d'éthique à la suite de la demande de CD, et de présenter les issues de ces demandes. Il s'agira de comprendre les arguments éthiques qui conduisent les individus aujourd'hui à demander une contraception définitive, mais aussi les arguments de ceux qui aident à la prise de décision. Les objectifs finaux sont (i) de

mettre en lumière et assurer une meilleure connaissance des arguments éthiques qui peuvent être soulevés à l'occasion de ces demandes, (ii) d'assurer une meilleure prise en charge de ces décisions difficiles, (iii) d'apprécier l'adéquation du dispositif législatif prévu.

Méthodes

Organisation de la démarche éthique (figure 1)

Une saisie de la consultation d'éthique clinique pouvait être faite soit par la femme elle-même, soit par un médecin traitant, soit par un gynécologue-obstétricien de la Clinique Jules Verne ou d'un autre établissement.

Une consultation d'éthique clinique (CEC) était alors proposée sous forme d'un entretien semi-directif à la femme et au couple si nécessaire. Il était assuré par deux ou au plus trois personnes formées à l'éthique clinique constituées de soignant(e)s et de non-soignant(e)s (philosophes, juristes, psychologues...). L'objet de l'entretien était de mettre à plat la question posée, son contexte et les arguments des uns et des autres en faveur de telle ou telle décision. La méthodologie de l'entretien était celle de l'éthique clinique, c'est-à-dire celle d'une maïeutique éthique qui respecte en particulier l'autonomie des personnes [8]. Plus précisément, il avait pour but de susciter la formulation de réflexions qui n'étaient pas énoncées jusque-là en faisant émerger de nouveaux éléments et en utilisant comme outils les principes de bioéthique de de Beauchamp et Childress [9]. Au final, il permettait, sans influencer la décision, d'aider les personnes en demande de CD de formuler, de la manière aussi libre et éclairée que possible, leur position respective vis-à-vis de cette demande de contraception définitive. Il respectait également les préconisations de Canguilhem [10]: *«Le médecin doit écouter et interpréter la parole du patient, sa souffrance pour en comprendre le sens : le médecin est un interprète avant d'être un « réparateur ».* Ainsi, l'éthique clinique place le patient, sa vie, ses valeurs - son autonomie - au centre du soin : ce sont ses valeurs qu'il s'agit de comprendre pour prévenir des maladies, améliorer, ou restaurer un état de santé.

A la suite de la CEC, le dossier était discuté dans un staff d'éthique (SE) à partir des éléments recueillis et notés lors de la CEC précédente. Ce staff était constitué d'une dizaine de personnes (dont les membres de la CEC), de manière pluridisciplinaire : médecins gynécologues ou autres médecins, juristes, philosophes, juristes, représentants des sciences humaines et sociales, psychologues, usagers et citoyens de la société civile). Les outils d'analyse reposaient sur les mêmes principes fondateurs de l'éthique biomédicale de Beauchamp et Childress [9]. Une synthèse écrite était adressée à la patiente et au médecin directement concerné, éclairant ainsi l'avis à prendre par l'opérateur et la patiente sur cette demande dans le respect du délai de quatre mois prévu par la loi. Cette synthèse par écrit permettait également aux acteurs de la décision de pouvoir revoir et garder en mémoire la diversité des arguments émis lors du staff.

Recueil des données

L'entretien de la CEC et l'avis du SE ont été formalisés dans un questionnaire comportant les items suivants : données socio-démographiques (âge, profession, domicile), antécédents sur l'enfance et antécédents médicaux (généraux et gynéco-obstétricaux), contraceptions antérieures et actuelles, nombre de demandes préalables de CD et nombre de refus, motifs explicités de la demande de CD, avis du compagnon et de l'entourage. Les critères de Beauchamp et Childress [9] utilisés lors du staff d'éthique ont été argumentés et colligés au moment de chaque décision du staff. Les avis de la CEC et du staff pluridisciplinaire, rappelant les éléments favorables ou réserves qui peuvent être émises avec réalisation ou non de la CD, étaient recueillis ainsi que le délai de réalisation si la CD était pratiquée. Les CD ont été réalisées à la Clinique Jules Verne sous anesthésie générale et par coelioscopie [11]. Le contenu des entretiens a été analysé selon la méthode employée usuellement par la consultation d'éthique clinique et qui s'inspire de la méthode dite « thématization séquentielle » et qui consiste systématiquement à résumer l'histoire de chacun des patients inclus dans l'étude, à analyser le contenu des entretiens en identifiant les principaux messages qui en ressortent, à associer ces messages à des mots clés qui sont ensuite systématiquement recherchés dans chaque dossier pour vérifier à quelle fréquence ils reviennent. Enfin, des verbatim ont été relevés pour illustrer des mots clés ou situations répétitives.

Classification des motifs de demandes

En ce qui concerne les motifs avancés par les femmes pour justifier la demande de CD, une analyse des correspondances multiples a été réalisée avec SPAD 5,6 pour établir une typologie en classes : au final, 4 motifs principaux ont été retenus : (1) motifs médicaux (relatifs et souvent associés aux suivants dans la mesure où les motifs médicaux absolus permettaient une CD plus largement acceptée sans avoir recours au parcours décrit ici), (2) motifs politiques et écologiques (en raison d'une planète en danger, d'un pessimisme sur l'avenir, et d'enfants considérés comme consommateurs ou pollueurs...), (3) motifs de convenance personnelle (bien-être personnel sur le plan physique ou sur le plan sexuel), (4) motifs d'opposition ferme (aucun futur avec une grossesse ou un enfant de manière ferme et définitive). Ces motifs étaient explicites sans aller plus avant dans d'éventuels motifs cachés ou inconscients. En raison des difficultés quelquefois à classer les motifs comme motifs principaux, une catégorie de « motifs multiples » a été également utilisée.

Méthodes statistiques

Les questionnaires ont été saisis sur EPIDATA Entry 3,1 et analysés avec SPSS 22,0. Les données qualitatives sont exprimées en pourcentages (arrondis dans les tableaux), les données quantitatives avec des moyennes \pm écart-types, ainsi que des extrêmes (minimum-maximum). Les comparaisons des

quatre groupes ont été effectuées avec le test du χ^2 sous conditions d'effectifs suffisants pour les pourcentages, et avec le test de Kruskal-Wallis pour les quantités, les deux au risque de $p < 0,05$.

Résultats

Au total, 66 demandes se sont échelonnées de 2012 à 2019. Deux demandes ont été faites par des hommes jeunes pour vasectomie et cinq étaient le fait de familles de jeunes femmes handicapées mentales (syndrome d'Angelman, trisomie 21). Au total (figure 2), l'étude porte sur 59 demandes de femmes majeures sans handicap mental, en cinq années (2 en 2012, 4 en 2016, 7 en 2017, 25 en 2018, et 21 les 10 premiers mois de l'année 2019). Parmi elles, 21 (35,6 %) avaient des enfants vivants et 38 (64,4 %) n'avaient pas d'enfants ; 12 avaient eu des interruptions volontaires de grossesse (IVG), 6 des fausses couches (FC) et aucune des interruptions médicales de grossesse.

L'âge moyen des femmes était de 27,4 ans \pm 3,9 (18,6 - 34,8 ans) (figure 3), avec 29,0 ans \pm 3,3 pour les femmes avec enfants (24,6 - 34,1) versus 26,6 ans \pm 4,0 (18,6 - 34,8) pour les femmes sans enfants. Dix-huit femmes avaient moins de 25 ans (30,5 %), 24 entre 25 et 29 ans (40,7 %), et 17 de 30 ans et plus (28,8 %). Les domiciles des femmes étaient principalement en Loire-Atlantique (54,2 %) dont deux habitaient dans une communauté militante, mais aussi de départements limitrophes (13,5 %), de départements plus lointains (18,6 %) ; deux étaient sans domicile et sept n'avaient pas précisé leurs domiciles. Huit étaient accompagnées de leurs partenaires (15,1 %) ; l'âge de ces compagnons étaient de 31,7 ans \pm 6,7 (18 - 54 ans). Dix-huit femmes avaient un niveau d'études inférieur au baccalauréat (30,5 %), 30 de niveau bac à bac + 3 (50,8 %), et 7 de niveau supérieur au bac (11,9 %) et 4 inconnues ; cette répartition des diplômes montre une sous-représentation des femmes avec diplômes. L'analyse des catégories socio-professionnelles montrait également une sous-représentation des femmes cadres, professions libérales ou professions intermédiaires avec une sur-représentation des employées, et des femmes sans profession. Dans les antécédents, 16 femmes ont signalé des problèmes au moment de l'enfance (27,2 %) avec des violences verbales, physiques ou sexuelles, des contextes d'alcoolisme parental, et un abandon avec adoption. Deux femmes ont signalé des croyances particulières (évangéliste) qui pouvaient influencer leurs attitudes vis-à-vis de l'IVG.

Seize femmes présentaient des problèmes médicaux (7, soit 11,9 %), des problèmes psychiques (7, soit 11,9 %), et 2 avec les deux catégories de problème. Les problèmes médicaux consistaient en une épilepsie, une thyroïdite d'Hashimoto, un lymphœdème des membres inférieurs, des migraines, et des troubles vasculaires des membres inférieurs, et une obésité avec un antécédent d'accident vasculaire cérébral, toutes pathologies n'étant pas des contre-indications absolues aux oestro-progestatifs ou aux autres méthodes contraceptives (DIU, implants...). Les problèmes psychiques étaient surtout des épisodes dépressifs ou de véritables dépressions, avec suivi par des psychologues ou des psychiatres ; à signaler une anorexie mentale.

Les antécédents gynécologiques ou obstétricaux étaient les suivants : une endométriose, deux conisations, des grossesses sous DIU ou oestro-progestatifs, et deux hémorragies du post-partum, considérés comme des contre-indications à une contraception ou à de nouvelles grossesses. Sur les 30 femmes ayant déjà eu des grossesses (50,8 %), 12 avaient eu une IVG, et 6 des FC.

L'investigation des moyens contraceptifs utilisés précédemment était difficile dans le détail en raison des biais de mémoire au cours des années de contraception. Globalement, presque toutes avaient utilisé les oestro-progestatifs (OP) (85 %) et les préservatifs masculins, et très peu des progestatifs seuls (2). Les dispositifs intra-utérins (DIU) ont été utilisés pour 37 femmes (66,8 %), et les implants pour 10 (16,9 %). Vingt-et-une refusaient la prise d'oestro-progestatifs (OP) (35,6 %) en raison de troubles divers (acné, prise de poids, déprime, perte libido...), de grossesses survenues sous pilule, d'une durée de prise de pilule jugée longue (certaines depuis plus de 15 ans...), ou par crainte « d'une perturbation endocrinienne... ». De même, 25 femmes (42,4 %) étaient circonspectes pour la pose de DIU considérés comme abortifs ou peu efficaces, ou en raison d'antécédents familiaux ou personnels de grossesses sous DIU, de spotting ou d'idée de « corps étranger dans le corps ». La plupart des femmes vivaient dans la crainte d'une grossesse.

L'âge de la première évocation d'un refus de grossesse et d'enfant par la CD a été en moyenne de 21 ans pour 48 femmes qui ont répondu (dont quatre entre 6 et 10 ans), et l'âge des premières demandes auprès des professionnels étaient de 25 ans pour 30 femmes. Le nombre de demandes avec refus était en moyenne de 2 (de 1 à 7), avec deux refus ou plus pour la moitié des demandes. Les scores de Lerat se situaient tous entre 1 et 5 (tous moins de 6 qui était le seuil de décision proposé par l'auteur).

Le motif principal de demande de CD était d'ordre personnel ("*j'ai suffisamment d'enfants* " ou "*je peux assurer l'éducation d'autres enfants*" pour les femmes ayant déjà des enfants, ou "*Je ne veux jamais avoir d'enfants* » pour les femmes n'en ayant pas) (52,5 % des motifs principaux). Le second motif était d'ordre politique et écologique (20,3 %) avec un pessimisme sur la société actuelle, ou une crainte de pollution et de consommation excessive en cas de naissance d'un enfant. Il y avait 5 motifs médicaux (8,5 %) – le plus souvent associés à d'autres motifs, car ces motifs en soi n'étaient pas des contre-indications absolues à une grossesse ou une contraception. Les 10 femmes (16,9 %) qui avaient une répulsion majeure à l'idée d'être enceintes ou d'avoir un enfant faisaient état de leurs antécédents personnels ou familiaux, ou de l'impossibilité d'élever un enfant. Une classification avec les motifs multiples est notée à la figure 4.

Le tableau I détaille les motifs et les décisions du SE selon les groupes d'âge de femmes. Les âges les plus jeunes correspondent aux étudiantes, sans problèmes médicaux, qui avancent des motifs surtout écologiques. Les âges plus élevés concernaient des femmes surtout employées, avec des problèmes médicaux, des refus d'OP, avec des motifs surtout de convenance personnelle (en particulier celles qui ont déjà eu des enfants et qui n'en veulent pas d'autres,). Les réserves et l'avis défavorable concerne les femmes de moins de 25 ans.

Le tableau II montre les comparaisons des quatre populations de femmes selon les motifs principaux explicites : les motifs politiques et écologiques sont évoqués surtout par des femmes jeunes, sans enfants, surtout étudiantes, avec des problèmes psychiques. C'est surtout dans ce dernier groupe que les CD n'ont pas été faits au final. Ce groupe de femmes rejoint dans ses composantes les femmes avec les motifs d'opposition ferme qui refusent absolument une grossesse ou un enfant pour des raisons qui ne sont pas politiques, tout en s'interdisant les OP ou le DIU comme moyens contraceptifs. Dans les arguments de justification de la demande, 21 fois (35,6 %), les femmes ont exprimé "*c'est moi qui décide*", 27 fois (45,8 %), "*c'est mon corps*". Seize fois (27,1 %), elles ont pensé que leur passé a eu un rôle sur leur décision. L'avis de leur partenaire (régulier), quand elles en avaient un, a été sollicité 40 fois (67,8 %), et la vasectomie a été évoquée 43 fois (72,9 %) dans le couple, et effective une fois (homme de 54 ans, avec une vasectomie ancienne, ce qui n'empêcha pas la demande de CD pour la femme). L'avis de l'entourage a été dans 37 cas jugé favorable (62,7 %).

L'avis du staff d'éthique a été favorable 58 fois (98,3 %), dont 49 fois sans réserves (83,0 %) et 9 fois avec des réserves (15,3 %), et une fois la demande a été refusée (femme de 18 ans) (2 %). Les principes de Beauchamp et Childress ont été invoqués 52 fois pour l'autonomie de la femme (86,4 %), 51 fois pour la bienfaisance de la pratique de la CD (86,4 %), 18 fois pour la malfaisance du refus de la demande (30,5 %), et 44 fois pour une question de justice et de droit (74,6 %).

La CD a été pratiquée, à la Clinique Jules Verne, pour les demandes d'avant le 1^{er} août 2019 (pour avoir du recul) dans 32 fois sur les 50 avis favorables (64 %) dans un délai de 4,7 mois (1,8 – 9,9) après l'entretien (en respectant le délai de 4 mois depuis la 1^{ère} demande auprès du gynéco-obstétricien). Il n'a pas été possible de connaître les raisons pour lesquelles 18 CD n'ont pas été faites (effectivement non faites ou faites avec un autre praticien dans un autre lieu ou en attente). Les demandes pour lesquelles 8 réserves avaient été émises (avant août 2019) ont été honorées 7 fois, après entretien entre la femme et l'opérateur. Pour les 8 demandes après le 1^{er} août 2019, 2 ont été effectuées, et 6 sont en attente. Il n'y a pas eu de complications immédiates du geste chirurgical.

La mesure de la satisfaction des femmes n'a pas été entreprise ; le ressenti des professionnels au cours de l'hospitalisation et au décours immédiat vis-à-vis de cette satisfaction est bon.

Discussion

Cette étude a permis de recueillir des demandes de CD chez des femmes de moins de 35 ans, avec ou sans enfants, sans problèmes médicaux importants, ni handicaps. Les 59 demandes se sont déroulées principalement sur quatre ans, venant de femmes domiciliées dans le département, mais venant quelquefois de très loin. Elles avaient subi plus de deux refus pour la moitié d'entre elles.

Ces demandes et la réalisation de 34 CD à la Clinique Jules Verne pendant la période ne sont qu'une partie infime du nombre de CD réalisées dans l'établissement ou dans le département et a fortiori dans le grand Ouest : pour la seule clinique Jules Verne, en 2018, pour ne tenir compte que des LT sous coelioscopie, 345 LT ont été effectuées pour 25 CD dans le cadre de ce programme, soit 7,2 %. Si on

prend comme dénominateur les 2 819 LT réalisées en Loire-Atlantique en 2018 (données PMSI [1]) la proportion est de 0,9 %, et pour environ 4 000 en Pays de la Loire de 0.6 %.

Les caractéristiques de femmes sont d'abord le fait de leur jeune âge (30 % de moins de 25 ans, 41 % entre 25 et 29 ans). Ce jeune âge n'a pas remis en cause leur autonomie pour la plupart d'entre elles. Par ailleurs, l'appartenance des femmes à un milieu social peu favorisé était notable, et on retrouvait dans l'enfance des difficultés allant de la grande détresse sociale à la simple absence de tendresse et d'affection, ainsi que des problèmes physiques ou psychiques. Ce faible niveau social des femmes, avec peu de cadres, de professions libérales ou de professions intermédiaires pose la question des inégalités sociales vis-à-vis de la contraception [3]. Les femmes favorisées maîtrisent sans doute mieux l'accès et la pratique de la contraception, ou du moins repoussent leur premier enfant après 30 ans et ne pourraient faire une demande de CD qu'après 35 ans après un ou plusieurs enfants. A l'opposé, comme aux USA [12], les femmes plutôt défavorisées ont des enfants plus tôt et leur demande de CD est plus précoce. Cependant, dans notre étude, aucune femme n'était en grande précarité, ni en déstructuration psychique, et toutes s'exprimaient de manière structurée et argumentée. Concernant les raisons explicites de la demande, les motifs politiques et écologiques représentent, sans doute, un phénomène nouveau qui risque de se développer dans le contexte actuel de pessimisme de civilisation, de désespoir écologique et de « collapsologie » : *"Un enfant c'est un consommateur et de plus aggravant l'empreinte carbone"* (22 ans). Ces demandes étaient souvent insistantes et peuvent se réclamer d'un certain féminisme et de lutte contre le patriarcat, que peut représenter, pour ces femmes, le corps médical. Les autres motifs étaient plus attendus (motifs médicaux relatifs et demande personnelle), mais il faut noter la fermeté de la demande de certaines femmes en opposition radicale à une grossesse ou à un enfant. D'autre part, les difficultés de contraception avec les OP ou les DIU, ou même les préservatifs masculins, étaient notoires, et on notait des valeurs et des croyances faisant refuser aux femmes une contraception longue. Ces demandes peuvent ainsi s'inscrire dans la remise en cause sociale des méthodes contraceptives hormonales ou mécaniques, ou de la pratique de l'IVG, parallèlement à la crise sanitaire provoquée par ESSURE® en 2017, les pilules de 3^{ème} génération en 2012 et les suspicions générales sur le médicament.

Point de vue des professionnels

Les professionnels de premier recours jugeaient, pour la plupart, les demandes irrecevables en raison du jeune âge des femmes associé ou non à l'absence d'enfant, et en assimilant l'acte chirurgical à une mutilation. Ils avaient l'impression d'avoir la main forcée, et de n'être considérés que comme des opérateurs aux ordres des patientes. Trois autres arguments étaient généralement avancés pour baser le refus : l'éventail large des moyens contraceptifs (que justement les femmes refusaient par leur impasse contraceptive), la question du risque opératoire (1 sur 40 000 en lien avec l'anesthésie essentiellement), et le risque du regret chez des femmes jeunes sans enfant (rappelons que le 1^{er} enfant né en moyenne en France vers l'âge de 28 ans). H. Marret [13] estime ce regret à 23 / 10 000 (0,23 %)

pour la ligature de trompes à partir du fichier PMSI 2011, mais sans doute dans l'état actuel des pratiques de ligature surtout après 35 ans. D'autres études font état de taux beaucoup plus élevés : le taux de regrets après la pose d'ESSURE® était en France de 5,5 %, exprimé 3 ans ½ après la stérilisation [14]; cependant, aucune de ces patientes, dans cette étude, n'a finalement recouru à l'assistance médicale à la procréation ou à l'adoption. A l'étranger, aux USA, le risque de regret était estimé à 12,7 % sur un suivi de 14 ans [15] avec 5,9 % pour les femmes de plus de 30 ans au moment de la LT, et 20,3 % pour les femmes de 30 ans et moins (étude CREST [16]), et même 40,4 % pour les femmes entre 18 et 24 ans. Cependant, il s'agit d'un pays où la CD est largement utilisée (pour 28 % des femmes) [3]. Enfin, dans le cadre de ce regret, les professionnels craignent des demandes futures de reperméabilisation ou d'assistance à la procréation (AMP) à des âges pouvant être avancés ; les chances de succès sont équivalentes aux femmes de même âge [17]. Mais, du point de vue des femmes et des couples, faut-il pour autant ne pas réaliser ce qu'on pourrait un jour regretter ? N'est-ce pas le cas de nombreux actes médicaux ?

Démarche éthique

Du point de vue de la femme ou du couple, la consultation d'éthique clinique en face-à-face avec deux ou trois personnes, dont une n'était pas professionnelle de santé, a permis aux femmes de s'exprimer en faisant part de leur "détresse" ou de leur "impasse" contraceptive, compte tenu des méthodes proposées et de leurs valeurs propres de femmes. Elles se sont toutes étonnées de la possibilité prévue par la loi de 2001 et des refus des professionnels. Elles en souffrent d'autant plus qu'elles participent à des forums sur Internet (*forum MadmoiZelle, R.E.S.I.S.T.*), ou sur Facebook (*@stérilisation volontaire, @sérilisation définitive...*), et qu'elles sont informées de leurs droits ou des noms de praticiens qui effectuent cette intervention en France. Il est possible que ces échanges puissent "formater" les discours, mais c'est un des objectifs des consultations d'éthique de pouvoir mieux comprendre les attentes et les désirs.

Dans notre organisation, l'avis de la CEC et du staff a permis de diminuer les tensions dans les services médicaux, les blocs opératoires et les salles post-opératoires (où étaient manifestés quelquefois des étonnements voire des oppositions au geste de CD) dans la mesure où ces avis éthiques, rapportant une histoire, un récit, et une discussion, mettaient en exergue la réalité et la profondeur de la demande. En effet, la synthèse était consultable au bloc opératoire et les soignants pouvaient en prendre connaissance.

Du point de vue des équipes des CEC ou du staff d'éthique, il existait une empathie naturelle vis-à-vis de ces femmes dans la mesure où l'éthique clinique a pour but de porter la parole des personnes en demande d'un soin. Elles étaient le plus souvent jugées autonomes et informées sur les modes de contraception temporaire et la réalisation d'une contraception définitive et ses conséquences. Leurs demandes étaient cohérentes et répétées dans le temps. Elles inscrivaient ces demandes dans leurs visions de la vie, de leur rôle de leurs responsabilités et souvent considérées comme libres, décidées,

conscientes de leurs droits, venant pour certaines de plusieurs centaines de kilomètres pour la consultation, et pour lesquelles la loi n'interdit pas de telles demandes de CD.

Cependant, au terme du staff d'éthique, l'existence de réserves dans 15,3 % ces synthèses a montré que les réflexions à partir des outils de Beauchamp et Childress étaient quelquefois difficiles à rendre, que certains professionnels étaient en « conflit intérieur » entre, d'une part, le souhait d'aider ces femmes parfois perdues ou isolées dans leurs demandes, voire abandonnées, et, d'autre part, les craintes du risque opératoire, du risque du regret ultérieur, ou des doutes sur leur autonomie. Au final, était soulignée la remise en cause d'une bienfaisance actuelle et future, au nom d'une malfaisance ultérieure.

La méthode utilisée, celle du principisme de Beauchamp et Childress [9] est un outil de langage commun, facilement appréhendé par les médecins et que nous avons déjà utilisé dans d'autres domaines comme dans l'étude concernant les demandes d'IMG maternelle psycho-sociale [18]. D'autres méthodes sont possibles, et elles peuvent être complémentaires selon *l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* [19, 20]. A contrario, il faut préciser ce que n'est pas une consultation d'éthique : ce n'est pas une consultation de psychologie qui chercherait à analyser les motivations profondes des femmes ; ce n'est pas non plus une analyse des antécédents médicaux ou sociaux, des problèmes personnels ou de la sexualité des femmes qui pourraient expliquer cette demande, et, enfin, ce n'est pas un lieu de jugement, voire un tribunal qui authentifierait les « bonnes » demandes des demandes irrecevables.

A l'opposé, l'éthique clinique propose les conduites les plus convenables à adopter dans des situations concrètes ; c'est une éthique contextuelle, narrative, une éthique de la discussion, et une casuistique. Ce n'est en aucun cas une éthique normative ou moralisatrice. C'est une éthique "au chevet des patient(e)s" visant à éclairer des situations "uniques" et "incarnées" [21, 22], et concerne non seulement les soignants mais aussi le patient, les proches et toute la société civile dans une approche interdisciplinaire [8, 21]. "*La consultation d'éthique s'efforce de maintenir la patiente ainsi que ses objectifs et ses raisons au centre du processus décisionnel*" [23]. Il s'agit à la fois d'appuyer les équipes médicales dans des situations éthiques difficiles, et à améliorer les relations entre les soignants et le patient mais surtout : "*Son objectif principal est d'améliorer le processus et les résultats des soins aux patients en aidant à identifier, analyser et résoudre les problèmes éthiques*" [24]. Il faut aussi remarquer que 18 femmes, pour lesquelles l'avis du staff d'éthique avait été favorable, n'ont pas fait pratiqué l'acte chirurgical dans les délais immédiats. On peut donc penser que la consultation d'éthique a permis à ces femmes de mieux analyser et comprendre les raisons explicites ou implicites de leur demande, et de surseoir ou de différer la pratique de la CD. Quoi qu'il en soit, c'est l'opérateur, après prise en compte des comptes-rendus du staff, qui prend sa décision avec la femme.

Exposés des principes et verbatim

Principe d'autonomie

Au regard des principes éthiques, l'autonomie était au premier rang des étapes de la démarche. Tout d'abord, la demande était revendiquée au nom de ce principe : *"C'est mon corps, c'est mon choix, mon droit, ma liberté"* revenait souvent sous une forme ou sous une autre : *"J'ai le droit de choisir pour moi-même"*, ou *"Je suis libre de faire mes choix pour moi-même"*, ou encore *"Je suis libre et n'ai pas envie de procréer"*. Ce choix leur appartenait même si leur compagnon était prêt à faire un acte de contraception définitive : *"Avant d'être en couple, on est des individus, donc c'est mon choix"* ou *"Ça le regarde, s'il veut et s'il peut mais cela ne change rien à ma demande"*. Ces femmes étaient parfaitement informées sur la contraception temporaire et définitive ainsi que sur leurs droits. Elles ont préparé les justificatifs de leurs actions et ont su les développer ; il n'y a jamais eu de demande sans justification.

Par ailleurs, pour les femmes qui n'ont pas d'enfant et n'en voulaient pas, leur demande était inscrite dans une affirmation de soi. En effet, pour certaines, la vie qu'elles veulent construire n'est pas compatible avec un enfant : par exemple cette jeune femme de 21 qui se dit anarchiste, construisant une vie itinérante, dans laquelle il n'y a pas de place pour un enfant; ou encore une jeune femme de 26 ans animatrice équestre, végétarienne qui explique qu'un enfant entraverait sa liberté, et la contraception définitive est pour elle *"une étape de libération, un chemin de vie"* ou *"Je ne veux pas m'inscrire dans un parcours classique"*. Enfin, une autre femme veut construire sa vie dans le collectif avec un *"engagement politique incompatible avec un enfant"*, et dit *"Qu'est-ce que je ferais avec un gosse ?"*.

Quelques-unes étaient conscientes qu'elles pouvaient avoir vécu une histoire personnelle difficile qui a pu influencer leur décision ; elles assumaient pleinement ce récit. Une femme de 28 ans nous a fait part d'un vécu difficile à partir de l'âge de 4 ans, une autre femme de 26 ans (2 enfants) d'une adolescence avec tentative de suicide ou une femme victime d'inceste qui nous précise que *"80% des femmes victimes d'inceste n'ont pas d'enfant"*. Cependant, il s'agit de la seule histoire en rapport avec des sévices sexuels, mais il est possible que ces antécédents n'aient pas été révélés lors de la consultation d'éthique (dont ce n'est pas le but). Enfin, lorsque nous évoquions le don d'ovocytes, elles nous disaient qu'elles ne seraient pas *"un cadeau génétique"* mais ce n'était pas décisif dans leur décision. *"Ma mère est tarée et mon père est alcoolique"* et lors d'une autre consultation *"Ma mère est dépressive et mon oncle bipolaire"*.

Enfin, elles savaient que l'argument du regret était le plus souvent invoqué pour un refus ; les arguments en réponse étaient précis, murement réfléchis. Pour une femme de 31 ans ayant deux enfants : *"Même si je divorce, j'ai la certitude de ne pas vouloir d'autres enfants"*. Pour une femme de 25 ans sans enfant : *"Est-ce que vous demandez à une femme qui demande une FIV si elle pense qu'elle regrettera d'avoir un enfant plus tard ?"*, ou *"On fait un enfant pour la vie, on ne peut revenir dessus"*, ou *"Le choix de ne pas en vouloir est aussi déterminant que le choix d'en vouloir"*. Cet argument a été de nombreuses fois évoqué. A cela s'ajoutait l'argument de la connaissance de soi : *"Je*

me connais, je vis avec moi depuis un bon bout de temps et je n'ai pas de certitude en général mais aujourd'hui, je l'ai", ou "Ce n'est pas parce qu'on est jeune (25 et 24 ans) qu'on n'est pas capable de prendre une décision. Ce sont mes propres connaissances qui me poussent à cette demande", ou "Je n'aurai qu'à m'en prendre qu'à moi-même" (27 ans), et enfin "Je souhaite le côté radical et irréversible" (32ans).

Principe de bienfaisance

Selon le principe de bienfaisance, la contraception définitive doit apporter un bien être aux femmes, avec le soulagement de la peur d'une grossesse, et une harmonie dans les relations sexuelles : *"Je veux retrouver une légèreté pour moi et mon couple"* (32 ans), *"Mon mari veut retrouver sa femme"* (34 ans). Il s'agit ici d'amélioration de la santé, ou plus généralement de la qualité de vie revendiquée par les femmes. Les professionnels de semblent pas très sensibles à ce principe, et cette absence de rencontre sur ce principe avec les femmes et les couples, le plus souvent liée à l'absence d'écoute, est une des sources d'incompréhension.

Principe de non-malfaisance

Le principe de non-malfaisance (le "*primum non nocere*" d'Hippocrate) est très souvent invoqué par les soignants pour ne pas accepter les demandes, dans la mesure où la réalisation d'une CD est perçue comme automatiquement malfaisante pour les femmes, en mettant de côté parfois le caractère incertain et délétère de la contraception temporaire. Très souvent, il y a eu échec des moyens contraceptifs temporaires utilisés. En effet, plusieurs femmes se sont retrouvées enceintes alors qu'elles étaient sous contraception temporaire (enfant né alors qu'elle était sous pilule à 24 ans, et une autre sous DIU à 26 ans). D'autres ne supportaient ni les OP ni les DIU, et certaines refusaient ces derniers car elles ne voulaient pas de "corps étranger en elle"... Tout ceci conduit beaucoup de femmes à ne plus avoir de contraception de qualité, de ne plus rien prendre ou utiliser les préservatifs masculins. Ainsi, beaucoup nous ont fait part de lassitude : *"J'en ai marre de stresser comme une malade avec le risque de grossesse"* (22 ans, et 35 ans). D'autre part, elles étaient nombreuses également à utiliser des tests de grossesse pour vérifier qu'elles n'étaient pas enceintes. Le poids de la contraception pèse toujours lourdement sur les épaules des femmes et ne pas écouter leurs demandes peut conduire à une malfaisance contraire à l'objectif soignant.

Pour celle qui ont déjà eu des enfants, cela leur suffisait et elles ne se voyaient pas avec une famille plus nombreuse. Elles n'en souhaitaient plus même en cas de séparation et nouvelle union. Parfois sont invoquées des raisons financières. De façon atypique quelques-unes nous ont fait part d'un malaise vis-à-vis de la grossesse ou d'un enfant : *"J'aime ma fille, je ne regrette pas ma fille, mais la maternité me gonfle, c'est responsable d'un stress permanent même si cela diminue car sa fille grandit"*, ou *"Je suis traumatisée par les enfants petits. Je ne me contrôle pas"* (elle a fait une dépression après la naissance de sa fille (30 ans)).

Certaines n'ont pas d'enfants et ont évoqué des perceptions négatives vis-à-vis de l'enfant : "*C'est viscéral, je n'aime pas les enfants, je n'ai pas réussi à aimer mon neveu*" (28 ans), ou "*C'est primaire, c'est cette chose viscérale en moi et ce n'est pas secondaire*", ou encore "*Rien que d'entendre des bruits d'enfants, cela m'irrite*". La grossesse peut être perçue comme un mal "*Moi, la grossesse, c'est un cauchemar et l'accouchement, je n'en veux pas*" (32 ans), ou "*La grossesse est répugnante* » nous dit cette femme qui n'a jamais pu toucher le ventre de sa mère quand elle était enceinte. Dans une version plus atténuée, une autre compare ses grossesses à l'adolescence comme "*un temps passé, maintenant révolu*". Plus simplement, certaines ne veulent pas se sentir responsables d'un enfant : "*C'est une responsabilité que je ne veux pas avoir ; je ne veux pas être dans un engagement moral, financier*" (26 ans). Ce non-désir d'enfant est souvent inscrit dès l'enfance et même très tôt : "*Je n'ai jamais joué avec une poupée*" (plusieurs consultations).

Principe de justice

Globalement, les femmes ne se cachaient pas derrière une revendication juridique "*J'ai le droit donc vous devez le faire*" mais de façon minoritaire, elles ont pu l'exprimer : "*C'est mon droit*" ou "*C'est un droit qui doit être respecté*", ou "*Il y a une loi, elle devrait être respectée*", et elle se dit surprise de la nécessité de l'entretien. Leur détermination a été souvent concrétisée par des actes antérieurs, et concrètement elles ont pratiqué ou ont l'intention de pratiquer des IVG ou plusieurs IVG pour éviter d'avoir un enfant ou d'avoir plus d'enfants. Cependant, beaucoup de femmes expriment leur rejet et leur crainte d'avoir à demander une IVG, qu'elles considèrent comme "*plus grave*" que la CD.

Parcours des femmes

Au titre de l'accès à la contraception définitive, l'accès facile aux réseaux sociaux est à noter et entrainera sans doute un développement des demandes à l'avenir. Les femmes y trouvent des adresses de médecins qui pratiquent la CD et partagent, dans les échanges, les refus qu'elles ont pu rencontrer, ainsi que les motifs de demandes de CD, avec leur décision ou leur indécision.

D'autres parlent de leur parcours médical semé de refus, et de l'ancienneté de leur demande. Elles évoquent ainsi la difficulté d'être entendue et parfois parlent de "maltraitance" (par exemple, refus des secrétariats de prendre en compte leur demande de consultation de CD). Beaucoup aussi témoignent de refus violents de médecins spécialistes ou généralistes : "*On m'a ri au nez et mis dehors*", ou "*Jamais je ne trouverai quelqu'un qui acceptera*", ou "*Vous n'y arriverez pas*". Ces femmes font face à, divers propos : "*On me parle de regret et de mutilation*". Pour une autre c'est un NON catégorique "*Vous ne savez pas ce que vous faites, c'est ridicule*". Un autre médecin a utilisé un score et elle n'entrait pas dans ce score ; un médecin gynécologue a demandé une autorisation près du mari, un autre parlera d'intervention dangereuse. Le médecin m'a dit : "*Vous aller changer d'avis et (le geste) allait à l'encontre de ses convictions*" (29 ans). Un chirurgien était d'accord mais pas avant 35 ans, ou « *Le gynécologue m'a considérée comme une enfant* (31 ans)".

Ces femmes inscrivent leur demande dans le contexte social plus général. Elles dénoncent la difficulté d'admettre la CD au nom de la fonction de la femme faite pour enfanter : "*Une femme peut être autre chose qu'une mère* », "*Je suis dans une démarche de déconstruction de la norme procréative*", ou "*Il y a quelque chose de très français de vouloir contrôler le corps des femmes*". D'autres soulignent un avenir sombre "*dans ce monde il souffrira, on ne peut pas infliger cela à un futur adulte pour les générations à venir*". Parfois on note une volonté inscrite dans l'idée d'une répartition égale des ressources : "*Je préfère l'adoption plutôt que de faire un nouvel enfant*".

L'avis du compagnon a été souvent sollicité, mais seuls huit ont été présents au moment de l'entretien. La vasectomie qui semblait une solution a toujours été évoquée, que ce compagnon soit présent ou absent, pour être vite récusée, souvent par crainte d'atteinte à leur virilité (sauf pour un homme de 54 ans qui avait subi l'opération depuis plusieurs années). Le conjoint n'a pas souvent le choix d'être d'accord car elles nous précisent que si leur conjoint souhaitait un enfant, elle le quitterait. Certaines l'ont déjà fait et elles en parlent très tôt dans leur relation de couple.

Enfin, leur position est en générale bien admise par l'entourage familial et souvent les mères disent qu'elles s'en doutaient sauf dans quelques exemples (3 situations) : "*Mon corps a mal quelque part, c'est une trahison d'une lignée de femme*".

Vers de nouveaux liens entre les professionnels et les femmes

Au final, dans le domaine de la contraception, définitive ou même temporaire, une démarche éthique permettrait de repenser les liens entre les professionnels et les couples : "*La pratique (...) ne doit pas se situer dans le domaine de la toute-puissance médicale mais bien dans celui de l'information, de l'accompagnement, de la révélation des préférences, de la décision médicale partagée*" [24]. Ou encore : "*Les femmes bien informées qui souhaitent une contraception permanente devraient se voir proposer la procédure, quels que soient leur âge et leur parité. Refuser de telles demandes est une forme de refus de conscience et non une décision clinique*" [25]. Ou aussi : "*Au niveau des politiques publiques, la profession médicale a le devoir d'être dans la raison et la compassion, en particulier quand des mesures réglementaires ou législatives entravent le choix personnel et empêchent les soins médicaux appropriés*" [26].

Plus précisément pour les contraceptions définitives, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2004 [25], ont été soulignées dans les documents de 2013 [26] puis de 2019 [27]) : "*Qu'elles soient masculines ou féminines, les méthodes de stérilisation sont susceptibles, sur simple demande du couple ou de la personne concernée ou sur proposition du médecin, d'apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations médicales, sociales ou culturelles particulières. Elles ont l'avantage de n'avoir aucune contre-indication permanente. En pratique, il est recommandé de les présenter comme généralement irréversibles*" [25].

Conclusion

Une démarche éthique à la Clinique Jules Verne de Nantes vis-à-vis de demandes de contraception définitive, alors que ces demandes avaient été refusé par ailleurs, a permis d'écouter les femmes, de leur permettre d'exposer clairement et simplement, et sans crainte d'être jugées, les motifs qui les amènent à demander une stérilisation. Il nous a semblé que les femmes aient bien compris les enjeux du geste de CD, en particulier le caractère irréversible, et la plupart (64 %) sont passés à l'acte dans les mois suivant les demandes (avec un moindre recours des femmes ayant avancés des motifs politiques et écologiques). Cette organisation peut se répliquer dans tous les centres français de gynécologie et obstétrique, qu'ils soient publics ou privés, sous conditions que quelques membres de la consultation et du staff se soient formés à la démarche d'éthique clinique, et que l'ensemble de la communauté médicale et paramédicale de l'établissement ou du service adhère à celle-ci.

Aucun conflit d'intérêt

Références

- [1] Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Base de données CCAM 2015-2018. 2019: <https://www.scansante.fr/opendata/pmsi-mco/ccam>.
- [2] Bajos N, Bohet A, Le Guen M, et al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Populations & Sociétés* 2012; 492: 4 pages - https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf.
- [3] Vigoureux S, Le Guen M. Contexte de la contraception en France. *RPC Contraception CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018; 46: 777-85.
- [4] Lerat MF, Lerat H, Lopes P. CNGOF : Législation sur la stérilisation tubaire. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1982; 11: 183-8.
- [5] CNGOF, Conseil d'administration du 12 mars 1983 (sur un rapport de M. Lerat). Bonnes pratiques cliniques concernant la stérilisation tubaire. 1983: http://www.cngof.fr/D_PAGES/MDIR_04.html.
- [6] Lopes P, CNGOF. La stérilisation tubaire : Indications, techniques, résultats et conséquences. Mise à jour en gynécologie médicale 2006; Volume 2006: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2006_GM_135_lopes.pdf.
- [7] Nervo P, Bawin L, Foidart JM, et al. Regrets après stérilisation tubaire. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2000; 29: 485-91.
- [8] Durand G. La consultation d'éthique clinique : comment respecter l'autonomie du patient ? *Ethique & Santé* 2014; 11 111-7.
- [9] Beauchamp TL, Childress JF. *Les principes de l'éthique biomédicale.* Les Belles Lettres - Paris 2008.
- [10] Canguilhem G, *Physiologie et pathologie*, in *Le Normal et le pathologique. Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique (1943)*, Paris PUF 1966, Editor. 1943. p. 138-9.
- [11] ANAES. Technique de stérilisation chez les hommes et les femmes: recommandations ANAES. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006; 35: 551-70.
- [12] Daniels K, Daugherty J, Jones J. Current Contraceptive Status Among Women Aged 15-44: United States, 2011-2013. *NCHS Data Brief* 2014; 173: 1-8.
- [13] Marret H. Y a-t-il un âge limite à la stérilisation volontaire féminine ? *Gyn Obstet Fertil* 2013; 41: 1-3 - doi: 10.1016/j.gyobfe.2012.11.008.
- [14] Legendre, G., M. Varoux, A. Nazac, et al. Regret après stérilisation tubaire hystéroscopique par technique Essure®. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2014; 43(5): 387-92.
- [15] ACOG. Benefits and risks of sterilization. *Obstet Gynecol* 2013; 121: 392-404.

- [16] Curtis, K.M., A.P. Mohllajee, H.B. Peterson. Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. *Contraception* 2006; 73(2): 205-10.
- [17] Malacova, E., A. Kemp, R. Hart, et al. Effectiveness of in vitro fertilization in women with previous tubal sterilization. *Contraception* 2015; 91(3): 240-4.
- [18] Branger B, Dabouis G, Jegoudez G, et al. Les interruptions médicales de grossesse pour mise en péril grave de la santé de la femme. Analyse de 122 demandes à la clinique Jules-Verne de Nantes de 2005 à 2009 d'un point de vue médical et éthique. *Ethique & Santé* 2018; 15: 161-171.
- [19] ACOG. Ethical Decision Making in Obstetrics and Gynecology. ACOG - Committee on Ethics 2007 (réaffirmé 2013); 390: 9 pages - <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Ethics/Ethical-Decision-Making-in-Obstetrics-and-Gynecology>.
- [20] Harris H. Committee Opinion No. 695: Sterilization of Women: Ethical Issues and Considerations. *Obstet Gynecol.* 2017; 129: e109-116.
- [21] Fournier V, Gaille M. Approche par les principes, approche par les cas : sur le terrain, une complémentarité nécessaire et féconde. *Ethique & Santé* 2007; 4: 126-30. <http://evenementiels.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/229/files/2019/08/Approche-par-les-principes-VFournier-MGaille.pdf>.
- [22] Gaille M, Amann JP. Approche par les principes, approche par les cas : les limites philosophiques d'une opposition. *Ethique & Santé* 2007: alshs-01309147. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01309147/document>.
- [23] La Puma J, Schiedermayer D, Siegler M. How ethics consultation can help resolve dilemmas about dying patients. *West J Med.* 1995; 163: 263-7.
- [24] Fletcher JC, Siegler M. What are the goals of ethics consultation ? A consensus statement. *J Clin Ethics* 1996; 7: 122-6.
- [25] HAS. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2005; 34: 406-409.
- [26] HAS. Contraception chez l'homme et chez la femme. 2013: 248 pages - https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf.
- [27] HAS. Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme. 2019: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752765/fr/sterilisation-a-visee-contraceptive-chez-l-homme-et-chez-la-femme.

Figure 1 : Etapes de la démarche éthique

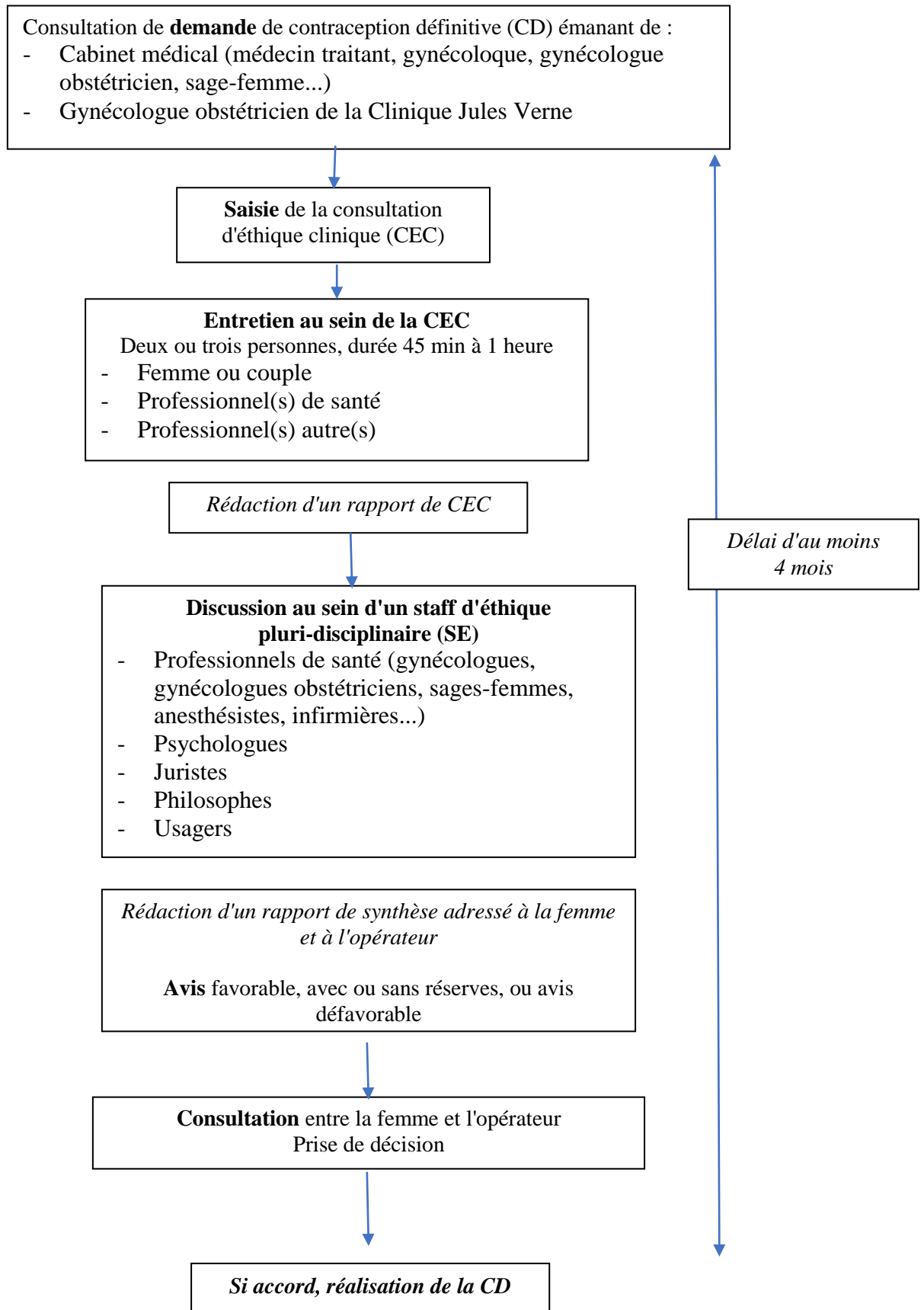


Figure 2 : Flow chart des demandes en consultation d'éthique clinique

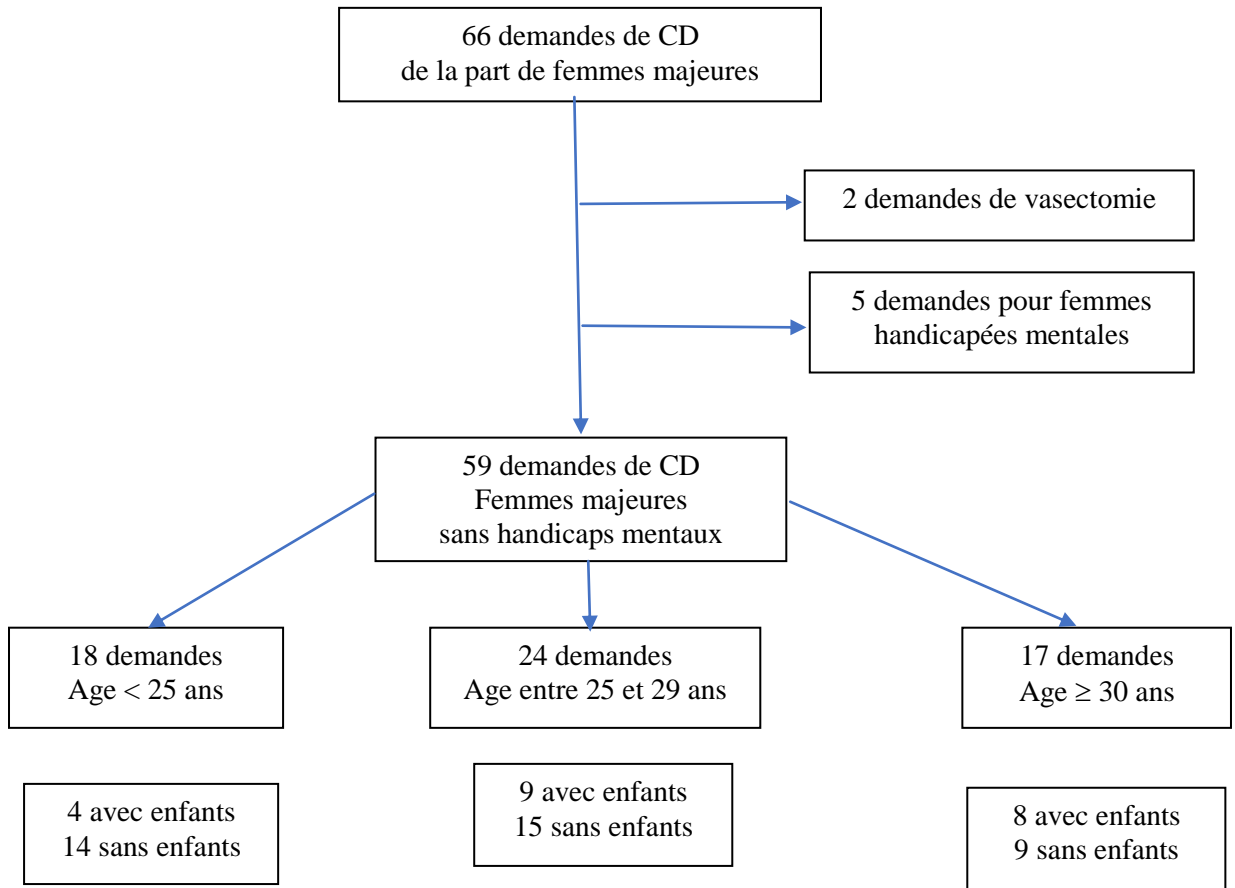


Figure 3 : Age des femmes demandant une contraception définitive

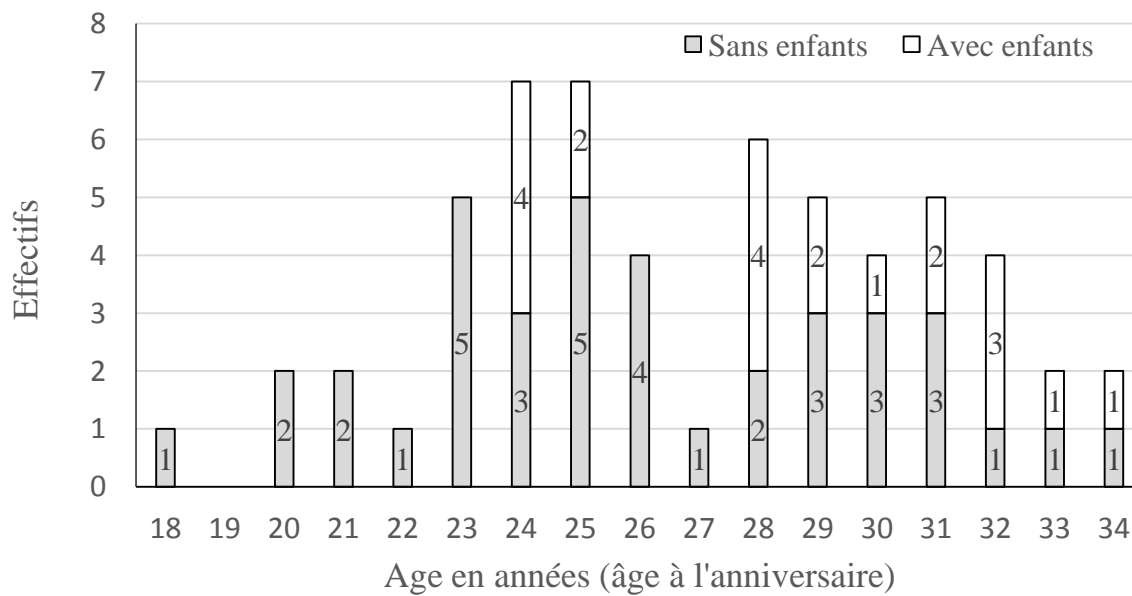
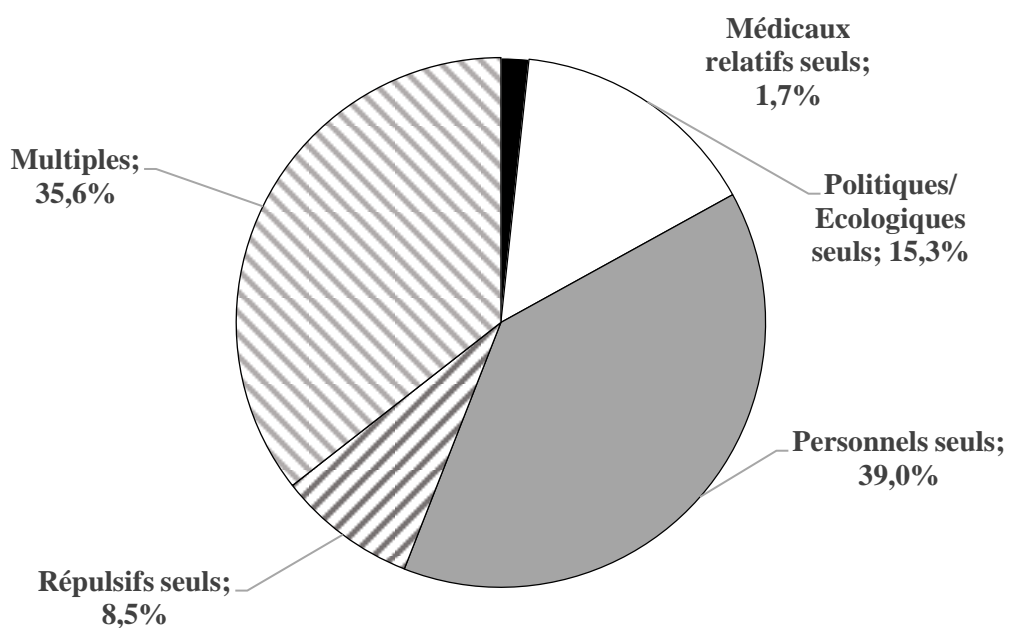


Figure 4 : Répartition des motifs des demandes (%)



Pour les 21 motifs multiples (35,6 %), ont été dénombrées 11 femmes avec les motifs médicaux et de convenance personnelle, 2 femmes avec des motifs médicaux et d'opposition ferme, 2 femmes avec les motifs politiques et écologiques et de convenance personnelle, 4 femmes avec des motifs politiques et écologiques et d'opposition ferme, 2 femmes avec les motifs de convenance personnelle et d'opposition ferme.

Tableau I : Comparaison des femmes et des demandes selon l'âge de la femme*,**

	Moins de 25 ans N = 18	25 – 29 ans N = 24	30 ans et plus N = 17
Age moyen (ans)***	23,1 ± 3,6	27,3 ± 2,7	32,2 ± 1,3
Extrêmes (ans)	18,6 – 24,9	25,0 – 29,7	30,4 – 34,8
Etudes			
Moins que le bac (%)	4/17 (23)	7/23 (30)	7/15 (46)
CSP			
Employée (%)	3/17 (18)	11/24 (46)	8/15 (53)
Etudiante (%)	5/17 (29)	0	0
Autres (%)	9/17 (53)	13/24 (54)	7/15 (47)
Problème			
Aucun (%)	15 (83)	18 (75)	10 (59)
Médical	1	2	4
Psychique	2	4	1
Les deux	0	0	2
Au moins un enfant vivant (%)	4 (22)	9 (37)	8 (47)
Aucun enfant (n)	14	15	9
Refus OP – n (%)	6 (33)	6 (25)	9 (53)
Refus DIU – n (%)	7 (39)	13 (54)	5 (29)
Motifs de la demande (4 classes)			
Médicaux (n)	0	2	3
Politiques et écologiques (n) (%)	7 (39)	3 (12)	2 (12)
De convenance personnelle (n) (%)	8 (44)	13 (54)	10 (59)
D'opposition ferme (n) (%)	3 (17)	6 (25)	2 (12)
Motifs y compris multiples (5 classes)			
Médicaux seuls (n)	--	--	1 (6)
Politiques et écologiques seuls (n)	6 (33)	2 (8)	1 (6)
De convenance personnelle seule (n)	7 (39)	9 (9)	7 (41)
D'opposition ferme seule (n)	1 (6)	3 (3)	1 (6)
Multiples (n)	4 (22)	10 (42)	7 (41)
Avis staff éthique			
Favorable sans réserves (%)	14 (78)	22 (92)	15 (82)
Réserves (n)	3	2	2
Refus (n)	1	0	0
CD faite (avant le 1^{er} août 2019) (%)	7/16 (56)	12/22 (45)	13/13 (100)

* Tests statistiques (χ^2) non calculables pour les pourcentages en raison d'effectifs insuffisants

** Pourcentages arrondis

*** Différences significatives de par les définitions

Tableau II : Comparaison des femmes et des demandes selon les motifs principaux*, - n (%)**

	Motifs médicaux N = 5	Motifs politiques/ Ecologiques N = 12	Motifs de convenance personnelle N = 31	Motifs d'opposition ferme N = 11
Age moyen (ans)***	30,8	24,7	28,2	27,1
Extrêmes (ans)	28 - 32	18 - 34	22 - 34	23 - 32
Études				
Moins que le bac - n (%)	3 (60)	2 (17)	12 (44)	1 (9)
CSP				
Employée – n (%)	4 (80)	2 (17)	14 (50)	2 (39)
Étudiante (n)	0	3	1	1
Autres (n)	1	7	16	8
Problème				
Aucun - n (%)	3 (60)	7 (58)	26 (84)	7 (73)
Médical (n)	2	2	2	1
Psychique (n)	0	3	1	3
Les deux (n)	0	0	2	0
Au moins un enfant vivant - n(%)	4 (80)	0	17 (55)	0
Aucun enfant (n)	1	12	14	11
Refus OP – n (%)	2 (40)	3 (25)	11 (35)	5 (45)
Refus DIU – n (%)	0	4 (33)	14 (45)	7 (65)
Avis staff éthique				
Favorable sans réserves – n (%)	5 (100)	8 (67)	28 (90)	8 (73)
Réserves (n)	0	3	3	3
Refus (n)	0	1	0	0
CD faite (avant le 1^{er} août 2019) (%)	4/4 (100)	2/10 (20)	19/27 (70)	7/10 (70)

* Tests statistiques (χ^2) non calculables pour les pourcentages en raison d'effectifs insuffisants

** Pourcentages arrondis

*** Test de Kruskal-Wallis : p = 0,03