

Contribution

La stérilisation à visée contraceptive

Mars 2023

SOMMAIRE

Glossaire	3
Avant-propos	4
Introduction	4
I. La stérilisation à visée contraceptive	5
A. Chez la femme	5
B. Chez l'homme	7
II. Législation	8
III. Clause de conscience	9
IV. Vision du corps fertile et de la fertilité	11
V. Solutions pouvant être apportées	12
VI. Perspectives professionnelles	14
VII. Bibliographie	17

Glossaire

ANESF : Association Nationale des Étudiant·e·s Sages-femmes

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CD : Contraception Définitive

CSPA : Commission sur la Santé Publique de l'ANESF

DIU : Dispositif Intra-Utérin

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

Avant-propos

Les termes femme, féminin, féminine, homme, masculin, masculine, sont utilisés pour désigner le sexe biologique d'une personne, indépendamment de son identité de genre. Cette contribution aborde la stérilisation à visée contraceptive, ces termes sont donc employés pour décrire l'appareil gén0*0-ital des personnes par simplicité de rédaction et de compréhension des propos énoncés. Les choix rédactionnels ne visent aucunement à blesser ou à exclure, et sont pensés pour être le plus inclusif possible. Nous sommes ouvert·e·s à toutes suggestions de la part des concerné·e·s pour rendre les contributions, fiches techniques et autres écrits de l'ANESF les plus adaptés, inclusifs et justes possibles.

Introduction

Depuis 2001, la Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001, article L. 2123-1 du Code de la Santé Publique, permet aux personnes majeures qui en font la demande de bénéficier d'une stérilisation à visée contraceptive. Une réelle avancée pour le droit des femmes à disposer librement de leur corps. Cette loi permet également aux hommes de s'impliquer encore plus dans le domaine de la contraception, et de prendre en charge leur part de responsabilité contraceptive. Ainsi, les méthodes de contraception dites masculines prennent peu à peu leur place dans le paysage contraceptif.

Cependant, depuis la parution de cette loi, de nombreuses jeunes femmes, principalement avant 30 ans et sans enfant, se voient refuser l'accès à la contraception définitive par les professionnel·le·s de santé habilité·e·s à la réaliser (1).

La stérilisation à visée contraceptive comprend la stérilisation dite "féminine" (ligature des trompes) et la stérilisation dite "masculine" (vasectomie). Il s'agit de méthodes de contraception considérées irréversibles, dont l'objectif est d'empêcher de manière définitive la procréation.

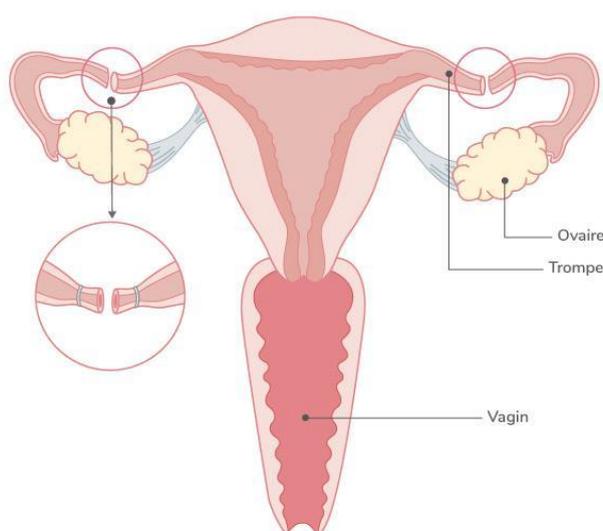
I. La stérilisation à visée contraceptive

A. Chez la femme

La stérilisation dite “féminine” aussi appelée **contraception définitive**, **ligature des trompes**, **ligature tubaire** ou encore **tubectomie**, est une méthode de contraception consistant à empêcher le passage de l’ovule dans les trompes par un acte chirurgical. Ainsi, l’ovule et les spermatozoïdes ne peuvent jamais entrer en contact. L’acte doit être réalisé par un·e médecin dans un établissement de santé public ou privé.

Concrètement, il existe 2 méthodes, dont une seule est accessible en France aujourd’hui.

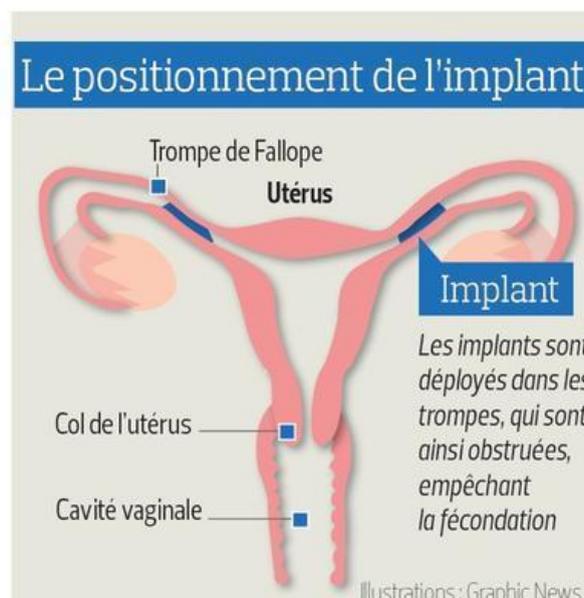
- La première méthode est efficace immédiatement après l’intervention, et s’effectue le plus souvent sous anesthésie générale. L’acte chirurgical consiste soit à sectionner la trompe puis à la ligaturer, soit à poser des agrafes ou un clip, soit à effectuer une électrocoagulation. L’intervention peut être réalisée par cœlioscopie, par incision au-dessus du pubis ou au fond du vagin, ou dans certains cas au cours d’une intervention chirurgicale effectuée pour une autre raison (césarienne par exemple)(2).



*Schéma de l'appareil reproducteur féminin après ligature des trompes
Site Contraception Diaphragme - Bivea Médical (3)*

- La deuxième technique de stérilisation, non chirurgicale, consiste à obstruer progressivement les trompes pour empêcher le passage de l’ovule. Il s’agit de la **méthode ESSURE**, commercialisée en 2002, qui repose sur l’insertion d’un micro-implant dans les trompes de Fallope en passant par les voies naturelles au moyen d’un hystéroscope. L’implant provoque une fibrose de la zone qui va boucher les trompes progressivement jusqu’à une obstruction complète au bout de 3 mois. Bien que la pose ne nécessite ni anesthésie générale ni incision chirurgicale, elle était toujours effectuée dans un établissement de santé. Cette

méthode a fait l'objet d'une surveillance renforcée par les autorités de santé suite à des effets indésirables importants impactant la qualité de vie des patient·e·s (symptômes dépressifs, migration de l'implant, douleurs articulaires...), si bien qu'en septembre 2017, le laboratoire Bayer P a décidé de son retrait du marché dans tous les pays, sauf aux Etats-Unis. Néanmoins, l'ANSM avait confirmé que le rapport bénéfice/risque de la méthode restait favorable, donc en l'absence de signe d'intolérance, les personnes porteuses de cet implant n'ont pas à envisager son retrait (4).



*Positionnement du dispositif ESSURE.
Le Figaro Santé.*

La stérilisation à visée contraceptive n'a pas d'effet sur l'équilibre hormonal, ni sur le désir et le plaisir sexuels.

Elle est considérée comme irréversible. Toutefois, dans de rares cas, en fonction du degré de destruction tubaire, de la technique utilisée, de l'âge de la patiente, et d'autres caractéristiques médicales, une opération de reperméabilisation tubaire peut être envisagée. Il s'agit d'une opération lourde dont les résultats sont aléatoires. Dans certains cas, la fécondation in vitro est possible (5). Une ligature des trompes n'empêche pas le don d'ovocyte d'après l'Agence de la biomédecine (6).

Il existe diverses raisons menant une personne à demander une contraception définitive, en voici les principaux motifs identifiés (1)(7) :

> **La convenance personnelle** : pour certaines personnes, la stérilisation contraceptive est un moyen d'améliorer leur bien-être sur le plan physique, psychologique et/ou sexuel, mais aussi de conserver leur liberté individuelle sans avoir la responsabilité de quelqu'un d'autre ;

> **L'opposition ferme** : plus qu'une absence de désir d'enfant, c'est un désir de ne pas avoir d'enfant qui s'affirme. Bien qu'impensable il y a quelques temps, la perspective inébranlable d'une vie sans enfant dessine aujourd'hui le futur de nombreuses personnes. Ce non désir d'enfant est parfois profond, présent depuis toujours et inexplicable. Il peut aussi s'agir d'une personne ayant déjà des enfants et qui ne souhaite pas en avoir d'autres ;

> **La politique et l'écologie** : certain·e·s font le choix de ne pas avoir d'enfant pour ne pas imposer l'enfant au monde, ni imposer le monde à l'enfant. En effet, face aux conséquences du dérèglement climatique, à une société surconsommatrice et à la course au profit, à une vision pessimiste de l'avenir, à la surpopulation planétaire et à l'impact écologique de chacun·e, le choix d'une vie sans enfant est parfois celui qui paraît le plus censé ;

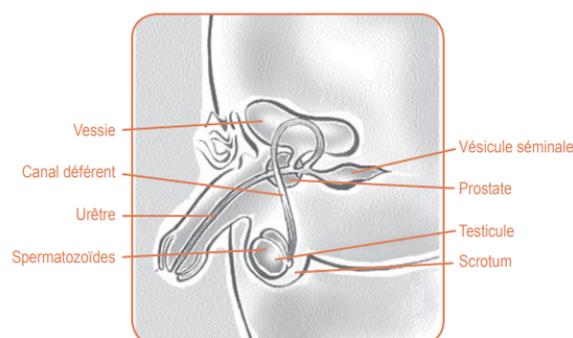
> **Les raisons médicales** : la stérilisation peut aussi être choisie par défaut, lorsque l'ensemble des autres moyens de contraception sont contre-indiqués, ou lorsqu'une autre grossesse est contre-indiquée par exemple.

B. Chez l'homme

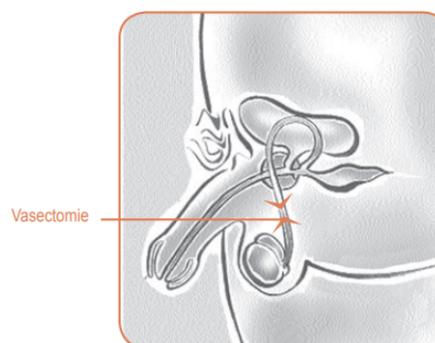
La vasectomie est une intervention chirurgicale réalisée par un urologue, visant à bloquer le passage des spermatozoïdes vers la verge en coupant ou en obturant les canaux déférents. Ainsi, les spermatozoïdes sont toujours produits par les testicules, mais ils ne sont pas retrouvés dans le sperme qui est donc non fécondant : il y a une **azoospermie**.

L'intervention consiste à sectionner ou obturer les canaux déférents soit après avoir pratiqué deux petites incisions dans la peau des bourses, soit par extériorisation des canaux déférents après avoir pratiqué une petite perforation de la peau. L'acte chirurgical est simple, il est effectué en ambulatoire en établissement de santé (public ou privé) après une anesthésie locale.

Avant la vasectomie



Après la vasectomie



Schémas anatomiques du système reproducteur masculin avant et après une vasectomie.

Livret d'information. Stérilisation à visée contraceptive. 2017.

Les modifications du sperme ne sont pas perceptibles, sauf à l'aide d'un examen microscopique. L'intervention ne modifie pas l'apparence physique, ni la qualité de l'érection et de l'éjaculation. Il n'y a aucun effet sur le désir sexuel ni sur le comportement psychologique et affectif.

Les suites de l'intervention chirurgicale sont simples, moyennant des douleurs modérées cédant aux antalgiques et un hématome local disparaissant en quelques jours. Il est conseillé d'éviter les efforts physiques, les rapports sexuels et les chocs pendant environ 1 semaine.

L'action stérilisante de la vasectomie n'est pas efficace immédiatement. Il faut compter 8 à 16 semaines pour que l'ensemble des spermatozoïdes produits avant l'intervention aient disparu. Ainsi, la réalisation d'un spermogramme à distance de l'opération est nécessaire pour objectiver l'azoospermie et valider sa réussite. Il est important d'informer les patient·e·s que l'utilisation d'un autre moyen de contraception sera indispensable durant cette période pour éviter une grossesse. Une fois installée, la vasectomie est irréversible et efficace à 99%. Il est proposé aux personnes qui le souhaitent de réaliser une auto-conservation du sperme (5)(2).

II. Législation

La stérilisation à visée contraceptive est autorisée par la loi du 4 Juillet 2001 (Loi n°2001-588) article L. 2123-1 du Code de la santé publique relative à l'IVG et à la contraception (8).

L'article L2123-1 du Code de la santé publique stipule que : « *La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences. [...]* » (9).

Il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un **délai de réflexion de quatre mois** après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

Un·e médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressé·e de son refus dès la première consultation.

Cas particulier des majeur·e·s protégé·e·s :

L'article L2123-2 du code de la santé publique relative à l'application de la contraception définitive chez des personnes dont l'altération des facultés mentales a justifié l'instauration d'une mesure de protection juridique.

« La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive [...] ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales a justifié l'instauration d'une mesure de protection juridique que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement.

L'intervention doit être autorisée par le·la juge des tutelles saisi·e par la personne concernée, soit les parents du·de la mineur·e, ou, si la personne concernée fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure. **Le refus de la personne protégée fait obstacle à la saisine du·de la juge.**

Le·La juge se prononce après avoir entendu la personne concernée. Si elle est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui ait été donnée une information adaptée à son degré de compréhension. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement.

Le·La juge entend les parents du·de la mineur·e ou la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile.

L'avis d'un comité d'expert·e·s composé de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentant·e·s d'associations de personnes handicapées doit être recueilli. Ce comité apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que ses conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique. » (10)

Il n'y a pas, légalement, de limite d'âge et toute personne majeure possédant un utérus et des trompes peut demander une contraception à visée contraceptive.

Résumé des positions :

L'ANESF se positionne pour :

- La précision de la loi sur l'accès à la stérilisation à visée contraceptive en ajoutant "pour toute personne majeure souhaitant y recourir, indépendamment de tout autre critère tels que son âge, sa parité, son statut marital, le consentement de son·sa partenaire, etc."
- Une juste communication autour de ce moyen de contraception et de la législation à son sujet.

III. Clause de conscience

La liberté de conscience apparaît dans les textes fondateurs tels que la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen (1789) ou encore la Convention

Européenne des Droits de l'Homme (1950). La **clause de conscience générale** apparaît dès 1947 dans le Code de Déontologie Médicale, et apparaît dans le Code de la Santé Publique pour les sages-femmes en 2004. En théorie, cela signifie qu'un·e professionnel·le de santé peut refuser de réaliser un acte médical sous réserve d'adresser le·la patient·e à un·e confrère·soeur qui réalisera l'acte en question.

Une **clause de conscience spécifique**, s'ajoutant à la clause de conscience générale, est établie en 1975, lors de l'adoption de la Loi Veil, pour le cas unique de l'interruption volontaire de grossesse, et concerne alors les médecins, sages-femmes, infirmier·e·s et auxiliaires médicaux (11). Par la suite, la clause de conscience spécifique est instaurée pour la stérilisation à visée contraceptive en 2001, puis pour la recherche sur l'embryon en 2011. Ces trois cas sont donc encadrés par une clause de conscience spécifique en plus de la clause de conscience générale relative à tous les actes

En effet, « *Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressé de son refus dès la première consultation.* » (9). Le texte de loi encadrant la mise en place de la stérilisation contraceptive permet aux professionnel·le·s de santé d'invoquer la clause de conscience spécifique. [Une fiche technique de l'ANESF](#) est disponible pour plus d'informations sur les clauses de conscience.

La clause de conscience permet aux professionnel·le·s de santé de ne pas réaliser les actes qui ne sont pas en accord avec leurs valeurs, et par extension, cela permet aux patient·e·s d'être pris·e·s en charge par des professionnel·le·s qui pourront les accompagner au mieux. Le fait que chacun·e puisse agir selon sa propre éthique est un principe fondamental. Cependant, l'application de cette clause de conscience spécifique est soumise à controverses. En pratique, les médecins invoquant la clause de conscience se contentent de refuser la réalisation de la stérilisation à visée contraceptive sans toujours adresser le·la patient·e à un·e confrère·soeur. Concrètement, il s'agit d'une **double sécurité** pour les professionnel·le·s de santé qui refuseraient de pratiquer les actes ciblés par une clause de conscience spécifique, mais il s'agit également d'un frein et d'une stigmatisation supplémentaires des actes concernés.

Ainsi, le parcours de soin des personnes souhaitant une stérilisation contraceptive est souvent difficile : refus de soin, errance médicale, culpabilisation, manque d'information... Grand nombre de ces patient·e·s sont confronté·e·s à des professionnel·le·s de santé qui refuse l'acte de soin sans les ré-orienter vers un·e autre médecin, à des propos culpabilisants, parfois même violents et à un manque d'informations certain. Ces personnes se retrouvent dans une situation d'errance médicale, cherchant désespérément un·e professionnel·le qui acceptera de réaliser l'intervention de stérilisation contraceptive (7). En attendant, iels sont contraint·e·s d'utiliser une méthode de contraception qu'iels ne désirent pas, voire ne supportent pas, ou pire, iels sont confronté·e·s à des grossesses non désirées entraînant des IVG ou des maternités/paternités traumatisantes.

«Le débat éthique a déjà eu lieu. À présent, nous sommes tenus de respecter la volonté de ces femmes. [...] Le choix d'une femme reste son choix, aucun médecin ne devrait pouvoir le faire à sa place. » rappelle le Dr Sami Haddad, gynécologue obstétricien (7).

Résumé des positions :

L'ANESF se positionne pour :

- La suppression de la double clause de conscience relative à la stérilisation à visée contraceptive.

IV. Vision du corps fertile et de la fertilité

Le corps de la femme est politisé depuis toujours. Les débats autour de la natalité, de la contraception ou encore de l'avortement, entamés il y a des siècles, jalonnés d'avancées des mœurs et des lois, n'ont toujours pas cessés. La femme, son corps et sa fertilité, sont une source intarissable de revendications politiques diverses et variées.

La contraception n'a d'ailleurs pas toujours été bien vue : en France, c'est la Loi Neuwirth de 1967 qui autorise l'accès à la contraception pour les personnes majeures, et notamment à la contraception orale. Cette loi est l'une des plus décriées de l'époque. En effet, la contraception ne rentrait pas dans les mœurs de la société française, d'autant plus depuis la loi de 1920 interdisant la contraception et l'avortement et réprimant toute propagande anti-conceptionnelle.

La contraception définitive est un moyen pour les femmes de maîtriser leur corps et leur fertilité, et de s'assurer qu'elles n'auront pas d'enfant, conformément à leur volonté.

Pendant de longs siècles, la femme était réduite à son rôle d'enfantement, d'éducation des enfants et d'entretien du foyer familial. Il était impensable qu'une femme ne soit pas capable d'avoir des enfants, et inconcevable qu'elle ne souhaite pas en avoir.

En Chine, une politique de planification des naissances a été mise en place de 1979 à 2015 pour éviter la surpopulation. Aussi appelée politique de l'enfant unique, elle se manifestait essentiellement par la pénalisation des parents ayant plus d'un enfant, l'insistance à la pose de DIU au cuivre chez les femmes après leur accouchement, et pouvait aller jusqu'à l'avortement et la stérilisation de force. Bien que cette loi ait été assouplie progressivement au fur et à mesure du temps, la Chine appliquait toujours une politique de régulation des naissances jusqu'en 2022, où le gouvernement a supprimé les pénalités pour les familles ayant plus de 3 enfants, sans que cette limite soit formellement supprimée dans la loi chinoise. C'est donc par le contrôle du corps de la

femme que les différents gouvernements autour de la planète ont appliqué leurs politiques natalistes ou au contraire anti-natalistes depuis des siècles (12)(13).

Les personnes en âge de procréer (surtout les personnes à vulve entre 20 et 35 ans) sont soumises à une pression sociale importante sur la question de l'enfantement, de la part de leur entourage mais également de la société toute entière. Le fait de donner des enfants (surtout un fils) à son mari a longtemps été considéré comme un des devoirs de la femme. Assurer la descendance apparaît comme un objectif de vie inculqué aux petites filles dès la plus tendre enfance notamment via les jeux, livres, dessins animés... Dès leur plus jeune âge, la société impose des rôles genrés aux enfants qui vont avoir une implication capitale dans la construction personnelle des individus (14).

Aujourd'hui, de très nombreuses femmes revendiquent le fait de ne pas vouloir d'enfant, notamment sur les réseaux sociaux. Ces propos, considérés comme choquant il y a une quarantaine d'années sont monnaie courante aujourd'hui et correspondent à une émancipation de la femme. Il n'est pas rare d'observer ce genre de remarques lorsqu'une personne ne veut pas d'enfant : "L'horloge tourne", "à faire passer ta carrière en premier tu finiras vieille fille", "tu as encore le temps de changer d'avis" ou encore "tout le monde veut des enfants, c'est juste que tu n'as pas trouvé le bon partenaire". En plus de ces réflexions, elles se heurtent à des difficultés de parcours de soin pour avoir accès à la stérilisation à visée contraceptive. De nombreux·ses médecins refusent de réaliser cet acte, entre autres parce qu'"elles sont jeunes", "elles risquent de le regretter", "elles sont folles" et "aucun homme ne voudra d'elles si elles ne peuvent pas avoir d'enfants". Alors que la contraception définitive est un droit pour toute personne majeure aujourd'hui en France, il est plus simple d'y avoir accès pour une femme ayant déjà eu des enfants que pour une nullipare, à cause de représentations sociétales dépassées (14) (15).

Chez l'homme, la capacité de procréation est socialement considérée comme une caractéristique indispensable de la virilité. Par opposition à la féminité, la virilité est définie comme l'ensemble des attributs et des caractères physiques de l'homme. Les autres sens du terme virilité comprennent la notion de vigueur, puissance sexuelle de l'homme, mais aussi la notion d'âge, d'époque de la vie à laquelle un homme atteint toute sa force. Ces définitions montrent la place centrale de la sexualité, et indirectement de la capacité de procréation, dans la représentation sociale de la virilité. Cette notion de puissance se retrouve également dans l'industrie de la pornographie véhiculant des images de plus en plus violentes de la sexualité avec la surpuissance des hommes et la domination des femmes. Les personnes à pénis subissent également une pression sur leurs capacités sexuelles et la manière dont ils donnent du plaisir à leur partenaire. A une heure où la sexualité est souvent résumée à la pénétration phallique, les jeunes se construisent avec une vision faussée de la sexualité nécessitant une déconstruction pour établir leur propre définition de la virilité et de leur sexualité. Cette notion de virilité a été identifiée comme un frein à la prise en charge de la contraception par les hommes, et donc au recours à la vasectomie (16).

V. Solutions pouvant être apportées

Au travers des dernières parties, nous avons évoqué les difficultés traversées par les personnes souhaitant bénéficier de la stérilisation définitive. Face à ces contraintes et dans l'optique d'en faciliter l'accès, il est primordial de réfléchir à des solutions pour rendre ce droit aux personnes souhaitant avoir recours à cette méthode contraceptive :

- > **Liste de professionnel·le·s**: actuellement, certaines ARS proposent une liste des professionnel·le·s acceptant de réaliser la stérilisation définitive dans leur région. L'objectif serait de généraliser ces listes à l'ensemble des ARS afin que les futur·e·s patient·e·s puissent prendre rendez-vous avec un·e professionnel·le enclin·e à réaliser cette stérilisation. Cela permettrait de sécuriser le parcours de soins de ces patient·e·s, de réduire les errances de prises en charge et de les optimiser, afin de leur permettre de choisir librement le moyen de contraception qui leur convient.
- > **Association [GYN&CO](#)** : la liste des soignant·e·s féministes. "Nous sommes un groupe de militantes féministes et nous en avons marre des soignantEs ayant des pratiques sexistes, lesbophobes, transphobes, putophobes, racistes, classistes, validistes, etc. Nous avons donc mis en place Gyn&Co pour mettre à disposition une **liste de soignant·e·s pratiquant des actes gynécologiques avec une approche féministe** (qu'il s'agisse de gynécologues, de médecins généralistes ou de sages-femmes)." (17)
- > Préciser la loi, actuellement floue : "*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.*"(9) en ajoutant "La stérilisation à visée contraceptive est accessible à toute personne majeure qui en fait la demande indépendamment de tout autre critère tel que son âge, sa parité, son statut marital, le consentement de son·sa partenaire, etc."
- > Améliorer les connaissances des patient·e·s sur la stérilisation définitive, afin que leurs droits soient connus et respectés. Pour cela, l'information standardisée sur l'ensemble des moyens de contraception par les professionnels de santé permettrait un choix libre et totalement éclairé du contraceptif par les patient.e.s

"Pour faire changer les choses il ne faudra pas simplement un combat féministe mais aller bien au-delà de l'emprise sociétale sur la procréation. Il est indispensable de faire progresser les mœurs et les lois sur le droit à disposer de son corps « en entier » et

non simplement à l'exception de son système reproducteur" - Michel Briex, gynécologue obstétricien au Centre hospitalier de Libourne dans 9 mois et moi " la stérilisation ".

Résumé des positions :

L'ANESF se positionne pour :

- Une généralisation des listes de professionnel·le·s de santé acceptant de réaliser une opération à visée stérilisante.
- La mise en place d'un moyen de contrôle de la juste application de la loi.
- La mise en place d'un moyen de sanction envers les professionnel·le·s de santé faisant entrave à cette loi.

VI. Perspectives professionnelles

L'idée de la contraception définitive est souvent abordée en premier lieu avec un·e sage-femme, un·e médecin généraliste ou un·e gynécologue obstétricien·ne, lors d'une consultation de contraception, d'une consultation de gynécologie, d'un suivi de grossesse ou d'une consultation post-natale. On peut imaginer que le plus souvent, c'est le·la patient·e qui soulève le sujet et informe le·la professionnel·le de son choix.

Le parcours médical d'une personne qui souhaite une stérilisation à visée contraceptive comprend plusieurs étapes, qui lui sont expliquées dès le début de la prise en charge. Le·La patient·e a le droit de changer d'avis à n'importe quel moment du parcours.

1. La consultation médicale initiale = la demande

Lors de la première consultation planifiée, la personne exprime sa demande de stérilisation à visée contraceptive, et le·la médecin lui délivre une information orale claire, loyale et appropriée au sujet de :

- > L'intervention de stérilisation à visée contraceptive ;
- > Le parcours de soin ;
- > Les risques médicaux de l'intervention ;
- > Les conséquences de l'intervention et notamment son caractère irréversible ;
- > Les méthodes de contraception alternatives. (18)

A ce stade, l'objectif est de délivrer l'information complète, claire et adaptée et de s'assurer que la volonté de la personne est libre, motivée et délibérée. **Il ne s'agit en aucun cas d'une consultation visant à évaluer l'éligibilité de la personne à la réalisation de cet acte selon des critères subjectifs**, tels que son âge, sa parité, son statut marital ou encore le consentement de son·sa partenaire. Ceci constitue une entrave à l'accès à la stérilisation à visée contraceptive, c'est interdit et répréhensible.

Le·La médecin doit aussi fournir à la personne recevant les soins **un livret d'information écrit** détaillé sur la stérilisation à visée contraceptive, ses risques, ses conséquences et le parcours de soin (5). A l'issue de la consultation, le·la patiente et le·la médecin signent une attestation de consultation préalable à la stérilisation à visée contraceptive, attestant d'un côté la délivrance d'une information complète sur l'intervention, et de l'autre la réception et la compréhension de ladite information.

2. Le délai de réflexion

La consultation initiale doit être réalisée par le·la médecin qui réalisera l'intervention. Si le·la médecin ne réalise pas l'acte de stérilisation à visée contraceptive, la première consultation d'information ne peut pas être considérée comme point de départ pour le délai de réflexion.

A la suite de cette consultation, la personne dispose d'un **délai de réflexion de 4 mois, obligatoire et incompressible** (2)(5)(18).

3. La deuxième consultation préalable à l'intervention = la confirmation écrite de la demande

Si la réflexion menée au cours du délai de réflexion conduit la personne à maintenir sa demande initiale de stérilisation, l'intéressé·e confirme par écrit sa volonté d'accéder à cette intervention.

Le consentement écrit est également un document obligatoire pour la réalisation de l'intervention, il est consigné dans le dossier médical. A noter que, si le·la partenaire peut être associé·e à la réflexion, **le consentement de l'intéressé·e est le seul et unique consentement recueilli pour la réalisation de l'acte chirurgical** (2)(5)(18).

4. L'intervention chirurgicale de stérilisation

La stérilisation à visée contraceptive est un acte chirurgical toujours effectué dans un établissement de santé, public ou privé. L'anesthésie peut être générale, loco-régionale ou locale selon le choix de la personne concernée, du·de la médecin réalisant l'intervention et selon la technique de stérilisation concernée (2)(5)(18).

5. Et après ?

Les complications post-opératoires sont rares, et le plus souvent bénignes (douleurs abdominales passagères). L'échec des techniques de stérilisation est très rare, mais chez une femme, si une grossesse se développe, il y a un risque accru de grossesse extra-utérine tubaire. Tout retard de règles après une stérilisation contraceptive doit amener à consulter rapidement (2)(5)(18).

6. La place des sages-femmes

Actuellement, le·la sage-femme n'est pas identifié·e comme partie prenante du parcours de soin pour la stérilisation à visée contraceptive. Pourtant, son rôle d'information et de prévention est central et capital dans le parcours contraceptif des patient·e·s. **Le·La sage-femme, par sa place de première ligne dans le suivi contraceptif et gynécologique des personnes à vulve en bonne santé, est souvent la première personne avisée de la volonté de contraception définitive de ses patient·e·s.** Ainsi, dans l'optique de faciliter la prise en charge des patient·e·s dans leur suivi gynécologique de prévention, la place du·de la sage-femme référent·e doit être réaffirmée, et étendue au-delà de la grossesse.

Face à un·e patient·e demandeuse de contraception définitive, le·la sage-femme délivre une information complète sur lesdites contraceptions, avant d'orienter la personne concernée vers un·e médecin réalisant ce type d'interventions. Le·La médecin en question donnera alors les informations oralement une nouvelle fois, puis le·la patient·e sera soumis·e au délai de réflexion de 4 mois avant d'accéder à l'intervention.

Il serait pertinent et cohérent de permettre aux sages-femmes de réaliser la consultation médicale initiale, d'apporter aux patient·e·s l'ensemble des informations sur la stérilisation à visée contraceptive, de leur remettre le livret d'information et de les orienter vers un·e médecin réalisant les interventions par la suite. Ainsi, la requête de la personne concernée pourrait être prise en charge de manière plus rapide, plus cohérente et plus fluide. Le délai de réflexion obligatoire de 4 mois pourrait être commencé plus tôt et les patientes pourraient avoir accès plus vite à la contraception souhaitée.

Résumé des positions :

L'ANESF se positionne pour :

- L'extension du statut de sage-femme référent·e au suivi gynécologique de prévention.
- Que la stérilisation à visée contraceptive soit énoncée parmi les moyens de contraception disponibles au cours des consultations de contraception afin d'apporter aux patient·e·s une information juste et complète sur les moyens de contraception disponibles.

- Que les sages-femmes soient autorisé·e·s à réaliser la première consultation médicale préalable à l'intervention de stérilisation, point de départ du délai de réflexion de 4 mois nécessaire avant la réalisation d'une stérilisation à visée contraceptive.

Célia BRON

VP en charge des perspectives professionnelles 2022- 2023

Célia CRISON – GAPAILLARD

Membre de la CSPA 2021-2022

Charlène PITELET

VP en charge de la santé publique 2022-2023

Bibliographie

1. Masella MA, Marceau E. La stérilisation volontaire chez les femmes sans enfant de moins 30 ans : dilemme éthique et déontologique. Can J Bioeth Rev Can Bioéthique [Internet]. 2020 [cité 26 févr 2023];3(1):58-69. Disponible sur: <https://www.erudit.org/fr/revues/bioethics/2020-v3-n1-bioethics05237/1068764ar/>
2. Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752765/fr/sterilisation-a-visee-contraceptive-chez-l-homme-et-chez-la-femme
3. La stérilisation : Les méthodes de contraception définitive [Internet]. Contraception Diaphragme. 2019 [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.contraception-diaphragme.com/blog/contraception-naturelle/la-sterilisation-une-autre-methode-contraceptive>
4. Essure: le laboratoire s'oppose à la réalisation d'une expertise indépendante [Internet]. 2016 [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/article/sterilisation-les-implants-essure-dans-la-tourmente/>
5. DGS. Livret d'information. Stérilisation à visée contraceptive. [Internet]. Dicom S 17 000; 2017 [cité 26 févr 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_sterilisation_2017_bd.pdf
6. Peut-on donner des ovocytes si l'on a subi une ligature des trompes / une annexectomie / une hystérocopie ? [Internet]. Don d'ovocytes. [cité 26 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.dondovocytes.fr/vos-questions/peut-on-donner-des-ovocytes-si-lon-a-sub-i-un-e-ligature-des-trompes-une-annexectomie-une-hysteroscopie/>

7. Lafaurie L. En France, malgré la loi, se faire ligaturer les trompes est un parcours du combattant [Internet]. Slate.fr. 2021 [cité 26 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.slate.fr/story/216906/droit-ligature-trompes-sterilisation-femmes-parcours-combattant-combat-feministe-clause-conscience-essentialisme-maternite>
8. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1). 2001-588 juill 4, 2001.
9. Article L2123-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687388
10. Article L2123-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721178
11. Article L2212-8 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033865551
12. Blayo Y. Événements politiques et fécondité en Chine depuis 1950. Population (French Edition) [Internet]. Institut National d'Etudes Démographiques. [cité 26 févr 2023];1589-615. Disponible sur: <https://www.jstor.org/stable/1533527#abstract>
13. La Chine, pays le plus peuplé du monde, a vu sa population baisser pour la première fois en plus de soixante ans. Le Monde.fr [Internet]. 17 janv 2023 [cité 26 févr 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/international/article/2023/01/17/la-population-chinoise-baisse-pour-la-premiere-fois-en-plus-de-soixante-ans_6158129_3210.html
14. Ventola C. Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre. Cah Genre [Internet]. 2016 [cité 28 févr 2023];60(1):101-22. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2016-1-page-101.htm>
15. Paquet M. La contraception définitive féminine dans les départements des Bouches-du-Rhône et du Var : état des lieux des pratiques, ressentis et représentations des médecins généralistes. 2 juin 2022 [cité 26 févr 2023];75. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03687163>
16. Rostam C. La vasectomie : une contraception occultée. 11 mai 2016 [cité 26 févr 2023];46. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01382683>
17. Gyn&Co [Internet]. gynandco.wordpress.com. 2013 [cité 2 mars 2023]. Disponible sur: <https://gynandco.wordpress.com/>
18. Haute Autorité de Santé. Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme. 2013.

