



Fiche technique

Stérilisation comme méthode de contraception

Juin 2021

SOMMAIRE

I. Définition	3
II. Techniques	3
A. Vasectomie	3
B. Ligature des trompes	4
III. Législation	5
IV. L'impact sur le métier de sage-femme	6
V. Discussion éthique	6
V. Bibliographie	6



I. Définition

La stérilisation à visée contraceptive est une méthode accessible pour les femmes et les hommes, car consiste en **une ligature** :

- > Des trompes de Fallopes chez la femme
- > Des canaux déférents chez l'homme (connu aussi sous le nom de vasectomie)

Une stérilisation peut avoir lieu **chez une femme enceinte lors d'un accouchement par césarienne** si la décision a été prise 4 mois avant cette dernière **ou chez une femme non enceinte**.

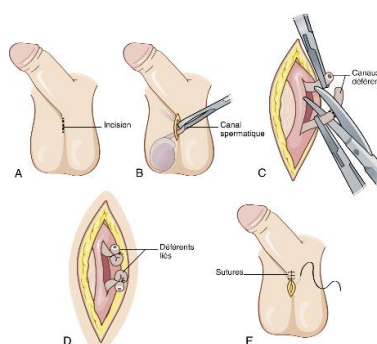
Une ligature des trompes, même réalisée dans des conditions conformes aux données acquises de la science médicale, n'aboutit pas à sa visée contraceptive dans une proportion de 0,5 à 1 % des cas.

II. Techniques

A. Vasectomie

L'Indice de Pearl est de 0,1 et le taux d'échec en condition réelle est de 0,15%.

“Chez l'homme, **une vasectomie bilatérale** peut être proposée. Cette technique consiste à **sectionner une portion de chacun des deux canaux déférents**. Ce geste chirurgical peut être **réalisé selon les habitudes des chirurgiens sous anesthésie locale, locorégionale ou générale**. L'efficacité n'est pas immédiate et nécessite de réaliser un spermogramme de contrôle **environ 3 mois après l'intervention** pour s'assurer de l'efficacité de ce geste.”¹



Différentes variantes chirurgicales ont été décrites mais le plus souvent l'intervention est réalisée sous **anesthésie locale**, parfois sous anesthésie générale. On pratique une courte incision de chaque côté à la partie haute du scrotum. Le canal déférent est saisi par une pince. Il est sectionné et généralement on en excise quelques millimètres. Puis le canal est obturé par un fil ou une coagulation des deux côtés. On peut compléter le geste en interposant des tissus entre les deux extrémités. Enfin, les deux incisions sont refermées.”²

Il est donc essentiel de poursuivre **une autre méthode contraceptive pendant les 12 semaines post-opératoire.**

Il est bon de rappeler que la **vasectomie n'empêche pas l'éjaculation**. Les canaux déférents sont sectionnés au niveau des testicules et ce sont seulement les spermatozoïdes qui sont isolés, les glandes séminales, vésicales et prostatiques qui forment le liquide séminal ne sont pas atteintes et peuvent continuer à produire cette substance.

La perméabilité des canaux déférents et donc le retour d'un sperme avec spermatozoïdes **peut être possible par vasovasostomie** (c'est donc l'intervention antagoniste de la vasectomie).

B. Ligature des trompes

L'Indice de Pearl est de 2

Chez la femme, depuis 2017, une seule technique est envisageable : il s'agit de la méthode **coelioscopique par pose de clip ou d'anneau tubaire** ou section-ligature des trompes¹."

Cas spécifique de la femme en post-partum : La ligature peut se faire :

- > Au moment d'une césarienne ;
- > Dans les 24–48 heures après un accouchement non compliqué

Le taux d'échec est de 0,5 à 1 %." Elle **n'engage pas un délai d'hospitalisation plus conséquent.**



III. Législation

La stérilisation à visée contraceptive **n'est accessible qu'aux femmes majeures**.
Le délai de réflexion est de **4 mois minimum avant la réalisation de l'intervention**.

Une **double clause de conscience** est possible pour le·la professionnel·le.

Cas des personnes majeures ayant toutes leurs facultés mentales :

Dans un premier temps, le·la patient·e obtient un rendez-vous préalable à l'intervention dont les buts sont les suivants :

- > Information orale sur l'intervention, ses risques, ses conséquences
- > Transmission d'un dossier d'information écrit

Cet échange a lieu avec un·e médecin. A l'issue de ce rendez-vous, un délai de réflexion de **4 mois** doit être respecté, à la suite de celui-ci un **consentement écrit sur la volonté d'intervention**, est remis au·à la praticien.ne au cours d'un second rendez-vous. L'opération peut avoir lieu.

Cas des personnes (majeures ET mineures dont les facultés mentales sont altérées

"seul un **motif médical impérieux** (une contre-indication formelle aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement) peut justifier une stérilisation"³

L'intervention ne pourra avoir lieu **qu'après autorisation du juge des tutelles** (il appuiera son avis sur celui d'un comité d'expert, recueil du témoignage de la personne concernée et surtout de son consentement).

Dans le cas d'un·e mineur·e, les **pères et mères seront entendus par le juge des tutelles**. La stérilisation est **donc autorisée mais sous réserve**.

IV. L'impact sur le métier de sage-femme

La stérilisation à visée contraceptive peut être proposée lors des consultations que peut réaliser un·e maïeuticien·ne. Il·elle peut alors avoir à **donner des informations législatives, sur l'intervention, ses conséquences et ses risques** même si tout cela sera obligatoirement abordé de nouveau par un·e médecin chargé de l'intervention.

V. Discussion éthique

La **clause de conscience spécifique à la stérilisation** a été introduite dans la loi du 4 juillet 2021 mais elle est uniquement à visée des médecins. « *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.* » ⁴

Absence totale de désir d'enfant, mauvaises expériences avec d'autres contraceptifs, rejet des hormones ou bien d'autres raisons encore, certaines personnes choisissent la stérilisation comme méthode de contraception. Cependant, en France, la **stérilisation peine à entrer dans les mœurs** comme méthode de contraception. La culture nataliste et de contrôle du corps des femmes est très présente et la stérilisation volontaire se heurte à **la pression sociale et familiale**.

Une majorité de médecins part du principe que les **patient·e·s vont le regretter**, changer d'avis en vieillissant, en divorçant. Une **attestation d'un psychiatre** peut être demandée pour s'assurer de l'état de santé mentale du patient (et vérifier que ce sont les bonnes raisons qui les poussent à devenir stériles). Dans les textes, cette consultation peut seulement être conseillée si la personne en ressent l'envie ou le besoin, dans le but d'éliminer des interrogations qui persistent. Ce n'est pas obligatoire, mais certains médecins préfèrent le demander notamment chez les patientes jeunes ou sans enfants.

V. Bibliographie

- [1] Référentiel de gynécologie-obstétrique du CNGOF - Item 35
- [2] Référentiel d'urologie du CFU - Item 35
- [3] Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 - art. 20
- [4] Article L.2123-1 du code de la santé publique

Solveig LE BERRE

Membre de la CELBA 2020-2021