

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 92 (1994)

Heft: 11

Artikel: Stérilisation

Autor: [s.n.]

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950455>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

EDITORIAL

Contraception, avortement, liberté de choisir, droit de décider... Des mots qui soulèvent les valeurs que défend une société, qui peuvent faire très peur, des mots qui furent souvent prononcer lors de la Conférence sur la Population et le Développement en septembre dernier. Les différentes religions adoptent la prise de position de leur supérieur hiérarchique ou de leurs écrits, or aucun type de population ne forme une entité homogène. La liberté de choisir, la possibilité de décider en connaissance de cause devraient, par contre, être le lot de plus en plus grand pour toutes les femmes, pour tout être humain. La morale, les lois sont des gardes-fous nécessaires à toute communauté aussi petite soit-elle, mais ces «modus vivendi» ne sont tolérables ou respectables que s'ils ne deviennent pas la seule manière de faire et de penser et qu'en leurs noms on puisse condamner, châtier, emprisonner, voire tuer. A chacun, chacune de prendre position face à la contraception, à l'avortement, mais liberté à l'autre avis, à une manière différente de penser; cette dernière disposition est essentielle, à notre avis, lorsque nous prodiguons, en tant que professionnelles, des conseils sur la pratique de la contraception.

Nous avons développé, dans ce numéro, quelques sujets traitants de l'efficacité contraceptive, de la stérilisation, de la pillule du lendemain ainsi que de l'initiative au Parlement suisse en matière d'interruption de grossesse.

Pour éviter de tout mélanger, nous avons choisi de diffuser l'an prochain un certain écho de la Conférence du Caire. Dans la partie allemande vous pourrez cependant déjà prendre connaissance d'un rapport d'une de nos collègues sages-femmes qui participa à cette Conférence.

Amicalement, dv □

«Déclaration de l'IMAP sur la contraception chirurgicale volontaire (stérilisation)*»

Stérilisation

La déclaration qui suit a été révisée par le Groupe consultatif médical international d'IPPF (IMAP) en 1993.

Introduction

La contraception chirurgicale volontaire (ou stérilisation) masculine et féminine est une méthode contraceptive populaire et bien établie. Elle assure la protection la plus efficace contre les grossesses pour les couples ou les individus qui ne veulent plus avoir d'enfant. Le risque de complications est faible si l'intervention est pratiquée selon les normes médicales reconnues. Elle possède l'avantage par rapport aux autres méthodes contraceptives, de n'avoir à être pratiquée qu'une fois.

Mode d'action

L'intervention comporte l'occlusion des canaux déférents (vasa deferentia) ou des

trompes de Fallope empêchant ainsi la rencontre des spermatozoïdes et de l'ovocyte.

Conseil

La consultation préalable constitue un élément important de tout programme de planification familiale. Elle est particulièrement importante dans le cadre de la stérilisation volontaire, car la personne concernée s'apprête à accepter une forme irréversible de contraception. Toutes les personnes pouvant être amenées à jouer le rôle de conseillers, doivent recevoir une formation aux techniques du conseil et connaître à fond la stérilisation et toutes les autres méthodes contraceptives. Le conseil doit: (a) comporter un entretien sur les autres méthodes contra-

ceptives disponibles; (b) insister sur le caractère permanent et irréversible de l'intervention et la rareté des échecs; (c) indiquer les différents aspects des diverses techniques de stérilisation et des types d'anesthésiques disponibles.

Toute consultation doit mener à un consentement volontaire et informé, et il ne faut jamais forcer un homme ou une femme à accepter une stérilisation. Si nécessaire, une période de réflexion doit être accordée à la personne concernée entre la consultation et l'intervention. Elle doit bien comprendre qu'il lui est possible de changer d'avis à tout moment avant l'intervention. Pendant la période d'attente, une contraception adéquate doit être assurée.

La stérilisation féminine peut être pratiquée immédiatement après l'accouchement, ou après un certain temps, ou en même temps qu'un avortement. Cependant, la décision concernant une stérilisation devra, dans la mesure du possible, être prise quelque temps auparavant et en dehors des périodes de stress psychologique comme un accouchement ou un avortement. Une stérilisation ne doit jamais constituer une condition préalable à l'obtention d'un avortement.

Un formulaire de consentement doit être signé par la personne qui va subir l'intervention. Quel que soit le partenaire qui va subir l'intervention, et bien que le consentement de l'autre partenaire ne soit pas obligatoire, on recommande aux deux partenaires d'assister à la consultation. Les membres du personnel ayant la charge de ce service doivent bien connaître les règlements de leur propre pays concernant la stérilisation.

Lorsqu'un couple envisage une stérilisation, le choix du partenaire qui subira l'intervention doit tenir compte de divers facteurs. Souvent, il s'agit d'un choix convenu entre les deux partenaires. La vasectomie est plus simple et elle comporte moins de risques que la stérilisation féminine. Pourtant, elle est largement sous-utilisée. Des efforts doivent donc être faits pour encourager un plus grand nombre d'hommes à utiliser cette forme de contraception.

Techniques de stérilisation

Un certain nombre de techniques simples et sans danger de stérilisation

masculine et féminine peuvent être pratiquées de façon ambulatoire. La majorité des clients peuvent retourner chez eux le jour même de l'intervention puisque les symptômes post-opératoires ont tendance à être minimes.

L'une des considérations principales est le soulagement de la douleur et de l'anxiété au cours de l'intervention. En règle générale, la stérilisation masculine et féminine peuvent être pratiquées sous anesthésie locale avec un léger sédatif. Il faut éviter toute sédation lourde. Etant donné l'état pleinement consciente de l'individu au cours de l'administration correcte de l'anesthésique local avec un sédatif léger, la préparation pré-opératoire y compris la consultation est d'une extrême importance pour assurer la coopération du client et pour minimiser les craintes de celui-ci.

Dans certains cas, une anesthésie générale peut être nécessaire. Son administration exige un personnel médical qualifié ayant reçu une formation en anesthésie. Un jeûne pré-opératoire d'au moins six heures est essentiel. Il faut toujours disposer du matériel nécessaire pour une réanimation d'urgence ainsi que du personnel formé à l'utilisation de ce matériel.

Toute stérilisation doit être pratiquée dans des conditions d'asepsie rigoureuses afin d'éviter toute infection.

La qualité des services ne doit jamais être sacrifiée au profit d'un plus grand nombre d'interventions.

Vasectomie

C'est une intervention simple qui peut être pratiquée de façon ambulatoire. Elle comporte un risque faible de morbidité et un risque négligeable de mortalité si elle est effectuée sous anesthésie locale dans des conditions d'asepsie rigoureuses. L'efficacité de l'intervention n'est pas immédiate et une autre méthode de contraception est nécessaire pendant un certain temps, généralement jusqu'à ce qu'il y ait eu 15 éjaculations ou jusqu'à la mise en évidence de l'absence de spermatozoïdes dans le sperme (lorsque l'analyse du sperme est possible).

Une vasectomie peut être effectuée grâce « une technique simple » sans

scalpel» mise au point en Chine. Au lieu d'une incision, cette technique comprend la perforation de la peau recouvrant le scrotum et de l'enveloppe du canal à l'aide de la pointe d'un mors d'une pince à disséquer courbe. Avant de pouvoir effectuer cette technique, toute personne doit recevoir une formation spécifique adéquate.

Complications

Parmi les complications immédiates, on observe un hématome scrotal et une infection locale.

Parmi les complications tardives figurent l'orchite et le granulome spermatique. Des anticorps antisperme peuvent se développer. Cependant, les études réalisées à ce jour n'apportent aucun argument en faveur d'effets systémiques à long terme.

Des études épidémiologiques récentes réalisées aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, ont suggéré une association entre la vasectomie et l'augmentation du risque de cancer de la prostate et du testicule. Néanmoins, d'autres études n'ont apporté aucun argument en faveur de cette augmentation de risque. Dès lors, aucune modification de la politique et des pratiques de planification familiale concernant la vasectomie, ne sont justifiées par les données disponibles actuellement.

Les hommes présentent parfois des séquelles psychologiques ou émotionnelles associées au regret d'avoir subi cette intervention.

Echec de la méthode: La réanastomose spontanée du canal est extrêmement rare. Elle peut aboutir à une grossesse non désirée.

Stérilisation féminine

Post-partum

L'occlusion tubaire post-partum est une méthode de stérilisation féminine largement utilisée. Il s'agit d'une méthode commode et économique pour la femme lorsque celle-ci est hospitalisée pour un accouchement. Après sa sortie d'hôpital, il peut lui être difficile (compte tenu de ses obligations familiales) d'y retourner pour la stérilisation, même si elle est très

motivée. De plus, la technique de stérilisation post-partum est plus simple que celle de la stérilisation «intercalaire».

«Intercalaire»

Au cours des dernières décennies, de nouvelles techniques ont été introduites permettant aux programmes de proposer des stérilisations «intercalaires». Deux de celles-ci sont maintenant de pratique courante, à savoir la minilaparotomie et la laparoscopie.

La *minilaparotomie* est une intervention relativement simple convenant bien à la plupart des programmes de planification familiale. L'équipement nécessaire est peu coûteux et la formation nécessaire pour pouvoir réaliser l'intervention et pour l'anesthésie locale, est assez simple pour tout spécialiste capable de pratiquer des interventions chirurgicales abdominales.

La *laparoscopie* est une méthode qui requiert une formation et un équipement assez spécialisés et coûteux. Dans la plupart des cas, la présence d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire et il vaut mieux pratiquer l'intervention en milieu hospitalier où se trouvent le matériel et le personnel spécialisés et où elle peut être pratiquée également à des fins diagnostiques. Bien que les complications soient rares, celles-ci risquent d'être assez sévères et requièrent une intervention chirurgicale réalisée par un spécialiste.

La *stérilisation par voie vaginale* (colpotomie ou culdoscopie) est associée à un taux plus élevé de complications majeures (y compris une infection pelvienne post-opératoire) que celle réalisée par voie abdominale. Dès lors, la stérilisation par voie vaginale n'est pas recommandée en utilisation de routine parmi les méthodes contraceptives chirurgicales.

Il existe plusieurs moyens d'obtenir les trompes de Fallope. La méthode la plus courante consiste à les ligaturer ou à poser des clips ou anneaux en silastic. La ligature selon la technique de Pomeroy semble être la plus satisfaisante lorsqu'elle est réalisée avec une minilaparotomie et les clips ou anneaux conviennent mieux au cours d'une laparoscopie. La méthode employée peut

avoir une influence significative sur les possibilités d'une réversibilité. Les chances de réversibilité semblent plus importantes avec les clips.

Complications

Complications précoces

Il s'agit des accidents liés à l'anesthésie, des hématomes, des infections de la plaie, des infections pelviennes et des hémorragies intrapéritonéales.

Occasionnellement un traumatisme des viscères intra-abdominaux et des vaisseaux sanguins peut se produire. L'électrocoagulation a conduit dans certains cas à des brûlures intestinales. Mais cette technique devrait être remplacée par les méthodes mécaniques d'occlusion. La perforation des gros vaisseaux et d'autres complications fatales ont été rapportées comme des complications majeures mais rares de la laparoscopie. Certains ont affirmé que la laparoscopie réalisée à ciel ouvert permet de réduire le risque de perforation des viscères abdominaux ou des vaisseaux sanguins.

Complications tardives

Il n'existe aucun argument en faveur d'effets systémiques à long terme à la suite de la stérilisation féminine. Des modifications des cycles menstruels à la suite d'une stérilisation ont été rapportées, toutefois la responsabilité de l'intervention n'a pas été démontrée. De même, les données dont on dispose indiquent que le flux menstruel n'est pas augmenté.

Certaines femmes peuvent présenter des séquelles psychologiques ou émotionnelles liées au regret d'avoir subi cette intervention.

Echec de la méthode

L'échec de la stérilisation est très rare. Néanmoins lorsque cela se produit, la grossesse qui s'ensuit peut être extra-utérine et le personnel ayant la charge de ce service ne doit pas oublier cette possibilité.

Réversibilité

Comme il est indiqué dans le paragraphe consacré au conseil, la stérilisation, qu'elle soit féminine et masculine, doit être considérée comme permanente. Néanmoins, jusqu'à 1% des per-

sonnes ayant été stérilisées demandent une intervention de réversibilité pour diverses raisons, principalement à la suite d'un remariage ou de la perte d'enfants. Les techniques de réversibilité exigent une formation et un matériel spécialisés. Dans de nombreux cas, il est possible de raccorder les canaux déférents ou les trompes de façon satisfaisante, mais les taux de grossesse ultérieurs sont faibles.

Déclaration du Groupe consultatif médical international (IMAP), octobre 1982; adoptée par le Conseil central en novembre 1982; amendée par l'IMAP en 1993.

Témoignage

«La vasectomie ou l'art de penser à l'irréversibilité»

Témoignage de Sergio Ferrari, journaliste. Juillet 94

Un bruit de ciseaux à papier

Le bruit doux des ciseaux qui coupent du papier a été comme la marque d'une décision irréversible. En face de moi, le spécialiste qui m'avait demandé peu avant pour la dixième et la dernière fois si je n'avais pas changé d'opinion. A côté de moi, ma compagne, qui ouvrait elle aussi par son soutien et son silence la possibilité d'une marche-arrière.

Etendu sur la table d'opération, les yeux perdus au plafond, parmi de jolis dessins abstraits et inexistantes, voyant tout sans rien regarder, je n'avais pas très envie de recommencer la réflexion. Pendant des mois, nous avions discuté; pendant des semaines, nous nous étions informés et préparés; et il ne s'agissait pas de douter justement maintenant.

Le petit bruit des ciseaux à papier signifiait la coupe du deuxième canal, dernier pas d'une expérience aussi simple sur le plan technique que difficile sur le plan mental. Les cartes se trouvaient sur la table, et l'irréversible avait pris forme et concept. Jusqu'alors, en 36 ans d'existence, j'avais rarement affronté de manière si crue le critère du «jamais plus». En l'occurrence, cela concernait la possibilité de procréer.

Les craintes de nous deux

Lorsque ma compagne eut inscrit dans l'agenda de discussion de notre couple la possibilité de la vasectomie, j'eus l'impression que la planète s'écroulait. Pas tant à cause des préjugés latino américains bien connus, mais plutôt par manque total d'information sur le sujet.

Nous avons eu besoin de beaucoup de temps. Presque deux ans pour créer une espèce de «matelas» de courage qui faciliterait la digestion d'une décision sans retour.

A partir de là, les arguments fleurirent. Notre deuxième enfant, Pablo, venait de naître, et l'étape de paternité-conception me semblait terminée. Ça n'était pas une théorie, mais un sentiment. Les grandes questions existentielles (que se passerait-il si notre couple entraînait en crise et que chacun d'entre nous formait un autre couple?) restaient ouvertes. Je commençais à comprendre l'énorme liberté d'une décision que l'on analyse à deux, mais que l'on réalise seul.

Quelques minutes avant la petite opération, le dernier doute apparut à l'horizon. Mais, cette fois, pas de ma part. C'était ma compagne qui, sur la porte du cabinet de consultation m'interrogeait à nouveau sur l'assurance de ma décision. C'était le moment de la «dernière faiblesse»... de sa part envers moi.

L'orgueil de la «différence»

Ces dernières sept années, je n'ai plus jamais douté sur la démarche entreprise.

Au contraire, je me suis converti peu à peu et inconsciemment en un promoteur systématique de la stérilisation masculine. Epouvantant certains, ridiculisant la crainte des autres (crainte qui avait aussi été la mienne), donnant confiance à ceux qui traversaient la réflexion initiale. Exerçant d'une certaine manière l'orgueil de la «différence», surgi d'une décision personnelle «d'avant-garde». Tirant le plus grand profit de cette décision dans le débat idéologique qui cherche à mettre en question les stéréotypes. Même les «machistes latino américains» sont capables de mettre en question leur paternité-procréation et d'exercer sans préjugé l'art difficile de l'irréversible. □