

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

LA VASECTOMIE A VISEE CONTRACEPTIVE

Quelle évolution ?

Pierre LE VRAUX

Né le 20 février 1988

Directeur de mémoire : Docteur Jean-Paul DESSAUX

PAGE DE REMERCIEMENTS

A mon directeur de mémoire, le Docteur Jean-Paul DESSAUX,

Qui m'a inspiré le sujet de mon mémoire et accompagné dans sa réalisation.

A Madame Colin et Madame Burban,

Pour leur disponibilité et leur gentillesse.

A Monsieur Branger,

Qui m'a permis de réaliser mon étude.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance aux personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

A ma famille, toujours présente.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE.....	4
GENERALITES	5
1 La contraception masculine.....	5
1.1 Le retrait post-coïtal	5
1.2 Le préservatif masculin	5
1.3 Les méthodes hormonales	5
1.4 Les méthodes non-hormonales.....	6
1.5 La contraception masculine vue par les hommes et par les femmes.....	6
2 Législation	8
2.1 Avant la loi de juillet 2001	8
2.2 La loi de juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception	9
3 La stérilisation en chiffres	10
4 L'exemple du Québec.....	11
5 La contraception en France en 2012.....	12
ASPECT PRATIQUE AUTOUR DE LA VASECTOMIE	13
1 Qu'est-ce que la vasectomie ?	13
1.1 La méthode classique	14
1.2 La vasectomie sans scalpel.....	15
2 Efficacité de la vasectomie	16
2.1 Les complications immédiates, à court et moyen terme	17
2.2 Les complications à long terme.....	19
3 Indications et contre-indications de la vasectomie.....	19
4 La réversibilité ou vasovasostomie.....	20

4.1	Désir d'enfant après vasectomie : vasovasostomie ou procréation médicalement assistée ?	20
4.2	Cryoconservation des spermatozoïdes : utilités et paradoxes	21
4.3	Facteurs de risque et causes de regret	22
5	Les différentes étapes de la prise en charge au Centre Simone Veil	23
5.1	La première consultation	23
5.2	La deuxième consultation	24
5.3	L'intervention	25
5.4	Après l'intervention	25
6	Rôles de la sage-femme	27
	LA STERILISATION FEMININE	28
1	Les différentes techniques de stérilisation tubaire	28
1.1	Voies d'abord	28
1.2	Techniques de stérilisation	29
	POURQUOI LA STERILISATION A VISEE CONTRACEPTIVE DOIT-ELLE SE DEVELOPPER EN FRANCE ?	Erreur ! Signet non défini.
	COMPARAISON DES DIFFERENTES TECHNIQUES DE STERILISATION	37
	ETUDE	39
1	Evolution du nombre de vasectomie au Centre Simone Veil de 1988 à aujourd'hui...	Erreur ! Signet non défini.
2	Renseignements généraux: profil du couple	39
2.1	Catégories socio-professionnelles	39
2.2	Répartition par tranche d'âge	40
2.3	Statut marital	40
2.4	La durée de vie commune au moment de la demande	40
2.5	Composition de la famille au moment de la demande	41
3	Histoire contraceptive des couples	41
3.1	Contraception avant la demande	41

3.2	Contraception au moment de la demande	43
4	Les motivations du choix.....	43
5	Information sur la vasectomie	44
6	Le deuxième entretien	44
7	L'intervention	44
8	La vasectomie et les suites.....	45
8.1	Délai entre le premier entretien et la vasectomie	45
8.2	Consultation post-opératoire	45
	CONCLUSION	55
	ANNEXES	57
1	Appareil génital masculin.....	57
2	Techniques opératoires de la vasectomie	58
3	Livret d'information	60
4	Attestation de consultation médicale préalable à une stérilisation à visée contraceptive.....	61
5	Consentement à la réalisation d'une stérilisation à visée contraceptive.....	62
6	Dossier de demande de vasectomie	63
	BIBLIOGRAPHIE :	72

INTRODUCTION GENERALE

Les questions relatives à la qualité de la vie sexuelle et de la vie reproductive constituent un enjeu essentiel de santé publique. L'évolution de la société durant les dernières décennies, avec l'augmentation de l'activité professionnelle féminine, la première maternité à un âge de plus en plus tardif, le changement de la notion de famille, mais aussi avec les difficultés d'insertion professionnelle et l'augmentation de la précarité économique, fait que la norme est aujourd'hui de « l'enfant programmé ». La maîtrise de la fécondité est donc aujourd'hui bien ancrée dans notre mode de vie, et les personnes actives sexuellement disposent désormais d'une gamme importante de moyens techniques permettant de limiter les risques de grossesse. Malgré ces progrès en matière de contraception, le nombre d'IVG en France a légèrement augmenté depuis les années 90 (14,7/1000 femmes de 15-49 ans en 2007).

La loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, dans son article 26, autorise désormais la stérilisation à visée contraceptive tant chez l'homme que chez la femme. Plus de dix ans après, quelle est la place de la vasectomie en France ? La loi de 2001 a-t-elle permis son développement ?

Cette technique présente de nombreux avantages, notamment celui de faire participer l'homme à la contraception du couple. Les recommandations actuelles font qu'il revient à la femme (au couple) de choisir la contraception qui lui convient. Or, force est de constater, que la femme est trop souvent enfermée dans le schéma contraceptif français qui consiste à prescrire la pilule au moment des premiers rapports sexuels en complément du préservatif, puis après l'arrivée des enfants, lorsque la famille est « au complet », lui proposer une contraception longue durée (le plus souvent dispositif intra-utérin) qui la mènera jusqu'à la ménopause. La vasectomie, au même titre que les techniques de stérilisation féminine, bien que définitive, a toute sa place dans ce modèle. La vasectomie peut-elle représenter une bonne alternative à la contraception du couple ? Quelles sont les bénéfices et risques de cette opération ?

1 LA CONTRACEPTION MASCULINE

1.1 LE RETRAIT POST-COÏTAL

L'efficacité de cette méthode s'avère très faible. L'indice de Pearl (Nombre de grossesses observé pour 100 femmes utilisant une contraception donnée durant un an) du retrait est de 4%, mais dans son utilisation courante le taux d'échec est d'environ 20%. Enfin, 18% des couples utilisaient cette méthode en 1978, contre 2,3% dans les années 2000. Il semble que le peu d'efficacité de cette méthode incite les couples à se tourner vers d'autres modes de contraception.

1.2 LE PRÉSERVATIF MASCULIN

Le préservatif masculin empêche le passage des spermatozoïdes dans le vagin, donc la fécondation. Il est le plus souvent en latex et peut être en polyuréthane en cas d'allergie. Il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Il doit être retiré avant la fin de l'érection en retenant le préservatif à la base du pénis afin d'éviter le glissement. Un nœud réalisé après le retrait permet de vérifier la bonne étanchéité du préservatif. Il doit être utilisé à tous les rapports et à tous les moments du cycle. C'est par ailleurs le seul moyen de contraception qui protège contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

L'indice de Pearl du préservatif masculin est de 3%, mais dans son utilisation courante le taux d'échec atteint 14%.

1.3 LES MÉTHODES HORMONALES

Malgré des recherches intensives dans ce domaine depuis des décennies, les chercheurs ne parviennent toujours pas à trouver une contraception hormonale masculine efficace et exploitable en pratique. Les causes d'échecs sont nombreuses. Tout d'abord, la spermatogénèse est un processus lent (environ 72 jours) et la durée d'obtention d'une azoospermie est variable. De plus, il existe une très grande variabilité entre les individus, un schéma hormonal peut être d'une efficacité majeure chez les uns, et d'un échappement total et inattendu chez les autres, alors qu'aucun changement de posologie ou d'état du

sujet (alimentation, poids etc...) ne vient expliquer la reprise de la spermatogénèse. Ainsi, une contraception hormonale chez un individu donné nécessiterait la répétition de spermogrammes pour la mise en place puis la surveillance de l'efficacité du traitement, peu envisageable en pratique. Par ailleurs, il persiste le problème de la voie d'administration, puisque la seule possible actuellement est la voie injectable dont l'acceptabilité est faible. Enfin, il semblerait que le retour à la fertilité soit également long de 4-5 mois au minimum. Pour toutes ses raisons, la contraception hormonale masculine, bien que souvent annoncée, n'a pu jusqu'à aujourd'hui voir le jour.

1.4 LES MÉTHODES NON-HORMONALES

L'amélioration de la compréhension de la physiopathologie de la spermatogénèse va contribuer au développement de nouvelles stratégies, au premier rang desquelles on retrouve la biologie moléculaire à l'origine de grands espoirs en matière de contraception masculine.

Au final, trois méthodes de contraception masculine sont aujourd'hui utilisées à large échelle dans le monde : le retrait, le préservatif masculin et la vasectomie. Les options de contraception masculine restent donc limitées.

1.5 LA CONTRACEPTION MASCULINE VUE PAR LES HOMMES ET PAR LES FEMMES

Comment est perçue la contraception masculine par les hommes et par les femmes ? L'institut CSA a réalisé un sondage par téléphone en septembre 2012 sur un échantillon représentatif de 988 personnes résidant en France, âgées de 18 ans ou plus et a montré que pour 91% des français la contraception était « autant l'affaire de l'homme que de la femme ». Par ailleurs, le sondage nous apprend également qu'environ 61% des hommes se déclarent prêts à prendre la pilule masculine si elle existait mais les plus jeunes hommes 18-24 ans semblent néanmoins plus réticents puisqu'ils ne sont plus que 53% (dont 13% de « tout à fait ») contre 71% chez les 50-64 ans. Les femmes aussi semblent favorables à la pilule masculine puisque dans les mêmes proportions (61%) elles se déclarent prêtes à laisser la responsabilité de la contraception au partenaire. Ce sont encore les plus jeunes qui semblent moins faire confiance à leurs partenaires. (40% chez les 18-24 ans contre 73% chez les 50-64 ans). On remarque donc que les femmes et les hommes semblent

évoluer de manière conjointe sur l'idée d'une contraception masculine. Pourtant lorsque la question est posée sur les méthodes de contraception définitive, les réponses apparaissent tout autre... En effet, seulement 20% des hommes seraient prêts à « subir » une vasectomie contre 40% des femmes prêtes pour une stérilisation tubaire. Comment expliquer cette différence entre homme et femme lorsqu'il s'agit de contraception définitive ?

Les hommes qui seraient prêts à assumer la responsabilité d'une contraception sont dans une double position. D'une part, ils sont dans une logique de soutien et de partage des contraintes contraceptives, c'est à dire dans une idée d'égalité des sexes. D'autre part, il s'agit pour les hommes de se prémunir soi-même d'une paternité qui ne serait pas décidée mais subie. Une contraception masculine redistribuerait les cartes puisqu'il y aurait alors partage de responsabilité entre l'homme et la femme et permettrait à l'homme de prendre conscience de sa propre fécondance. Par ailleurs, on peut tout à fait comprendre que certaines femmes aient peur de perdre leur autonomie contraceptive puisqu'aujourd'hui ce sont à elles seules que revient le choix d'assumer une grossesse ou non ainsi que les conséquences qui découleront de ce choix. Mais l'apparition d'une pilule pour hommes ne se ferait pas au détriment de la contraception féminine, et on peut très bien imaginer un système où la femme et l'homme bénéficient tout deux d'une contraception efficace. Les couples stables pourront alors choisir l'une ou l'autre méthode (féminine ou masculine) ou poursuivre les deux méthodes au sein du couple.

Un choix de contraception définitive masculine ou féminine est possible aujourd'hui, lorsque le couple ne désire pas ou plus d'enfant, entre la vasectomie et la stérilisation tubaire. Or, on constate que la balance penche très sérieusement du côté d'une stérilisation féminine, le nombre de vasectomies étant très inférieures aux nombres de stérilisations tubaires. Les raisons de cette tendance sont multiples et l'étude ESTHYME paru dans la revue *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* en novembre 2007 portant sur le vécu des femmes après la pose d'Essure montre que dans 62% des cas le choix a été personnel et que la vasectomie n'a été évoqué avec le conjoint que dans seulement 50% des cas. Cette étude entre donc en contradiction avec le sondage évoqué précédemment et montre bien que la contraception est en France essentiellement féminine.

2 LEGISLATION

2.1 AVANT LA LOI DE JUILLET 2001

La vasectomie est une méthode de stérilisation masculine dont les débuts remontent à la fin du XIX^{ème} siècle. Dans les premiers temps, la vasectomie est recommandée par certains médecins de l'époque pour réduire le volume de la prostate, puis dans les années 1920-1930, Eugen Steinach, célèbre physiologiste autrichien, pionnier de l'endocrinologie des hormones sexuelles, développe la vasectomie. Il propose la vasectomie comme méthode de rajeunissement et opérera notamment Sigmund Freud.

Au début du XX^{ème} siècle, l'idéologie eugénique se développe en Europe et en Amérique du nord. Ainsi, la vasectomie remplace progressivement la castration en tant que méthode de stérilisation eugénique. L'eugénisme apparaît comme une réponse au risque de dégénérescence de l'espèce humaine, menacée par la disparition de la sélection naturelle, l'inégalité des races et le danger du métissage. Des pays ont alors ouvertement pratiqué des stérilisations forcées, au premier rang desquels l'Allemagne nazie au nom de la « pureté de la race aryenne », mais aussi les Etats-Unis, dont le programme eugénique visait les retardés mentaux et les personnes sujettes à des troubles psychiatriques.

En France, le mouvement eugénique n'aura jamais atteint l'ampleur pris dans les pays anglo-saxons et nordiques en ce début du XX^{ème} siècle. En effet, la stérilisation conserve une dimension punitive et est perçue comme une mutilation. Ainsi résonne l'affaire dite des « stérilisateurs de bordeaux » en 1937, qui demeure le seul procès s'étant déroulé en France pour des vasectomies. L'affaire met en scène des non-médecins, issus d'un milieu anarchiste, ayant pratiqué des vasectomies sur une quinzaine de sujets consentants avant d'être dénoncés. Les protagonistes seront alors condamnés pour coups et blessures volontaires à la réclusion. La loi de 1920 interdisant la propagande et la distribution des produits anticonceptionnels et l'avortement, oublie de mentionner la vasectomie. Les médecins utilisent alors ce précédent pour faire jurisprudence et placer la vasectomie dans l'illégalité.

En 1994, l'interdiction de pratiquer la vasectomie se voit renforcée par la loi de bioéthique de manière non-explicite. En effet, elle introduit l'article 16-3 du code civil qui précise qu'« il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne ». Ainsi, l'absence de nécessité thérapeutique constitue une

violence faite à la personne pénalement sanctionnable, et ceux-ci en dépit de la convention européenne signée par la France en 1976, qui reconnaissait la stérilisation à visée contraceptive.

Mais en 1999, la loi CMU (couverture maladie universelle) modifie l'article 16-3 du code civil en substituant le terme « médical » au terme « thérapeutique », par interprétation la vasectomie est autorisée en France.

Le royaume uni a vu la pratique de la vasectomie se développer nettement dans les années 80 (31% des couples entre 15 et 49 ans sont stérilisés dont 16% d'hommes contre 15% de femmes), alors que la France à l'aube de l'an 2000 maintient son interdiction. Si bien qu'un article paru dans le « British Medical journal » en août 2000, invitait les français à venir faire du « tourisme vasectomique » à Londres.

2.2 LA LOI DE JUILLET 2001 RELATIVE A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE ET A LA CONTRACEPTION

(EXTRAIT DU JOURNAL OFFICIEL DU 7 JUILLET 2001)

ARTICLE 26 « CHAPITRE III STERILISATION A VISEE CONTRACEPTIVE »

« Art. L. 2123-1. - 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.

Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin.

Ce médecin doit au cours de la première consultation :

- informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention ;

- lui remettre un dossier d'information écrit.

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

Cette loi donne donc enfin un statut juridique à la pratique de la stérilisation à visée contraceptive en France.

Par ailleurs, l'article L. 2123-2 du code de santé publique spécifie la pratique de la stérilisation chez les personnes handicapées mentales.

« Art. L. 2123-2. - La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive

ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en oeuvre efficacement.

L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, les père et mère ou le représentant légal de la personne concernée.

Le 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 a 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 juge entend les père et mère de la personne concernée ou son représentant légal ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile.

Il recueille l'avis d'un comité d'experts composé de personnes qualifiées sur le plan médical

et de représentants d'associations de personnes handicapées. Ce comité apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que ses conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article. »

Ainsi, l'affaire des handicapées de l'Yonne ne se reproduira plus et trouve un cadre légal. Cette affaire concerne cinq femmes handicapées mentales qui disent avoir été stérilisées à leur insu dans les années 1990 (elles pensaient se faire opérer de l'appendicite). Après un non lieu en avril 2006, confirmé par la cour d'appel de Paris en 2007 et le rejet de leur pourvoi en cassation en 2008, les plaignantes se tournent vers la justice européenne et la cour européenne des droits de l'homme pour faire valoir leur droit à une « vie familiale » et à un « procès équitable ».

Mais l'autorisation de la vasectomie n'a pas suffi pour augmenter le nombre d'actes réalisés en France. Le manque d'information, la représentation castratrice voire eugénique de la vasectomie sont autant de frein à son développement. Et les médecins n'envisagent que trop souvent la stérilisation comme une méthode « extrême », de dernier recours. Quant aux sages-femmes rares sont celles qui apportent une information, ceci étant dû le plus souvent à un manque de connaissance sur le sujet. Ainsi, obtenir une vasectomie se révèle parfois être un parcours du combattant.

3 LA STERILISATION EN CHIFFRES

En France, très peu de données existent concernant la stérilisation masculine. La légalisation de la vasectomie en 2001 n'a semble-t-il pas suffi à son développement. En

effet, d'après l'étude FECOND réalisée en 2010 par l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) et l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques), la vasectomie ne concernerait qu'une toute petite minorité d'hommes (0,3%), quant à leurs homologues féminines, elles seraient 3,9% à avoir recours à la stérilisation contraceptive (12,2% chez les 45-49 ans ; 8,5% chez les 40-44ans ; et 3,1% chez les 35-39 ans).

Selon l'INED en 2007, la stérilisation est pourtant la méthode de contraception la plus utilisée dans le monde. Elle représente 39% chez les couples utilisant un moyen de contraception dans l'ensemble du monde sachant que dans près de neuf cas sur dix c'est la femme qui est stérilisée (devant le stérilet 23%). La stérilisation est pratiquée par des pays d'Asie et d'Amérique latine mais les conditions dans lesquelles elles sont pratiquées, relèvent parfois plus de la mutilation sexuelle que d'un geste à visée contraceptive. En revanche, de nombreux pays anglo-saxons comme l'Angleterre, les Etats-Unis et le Canada usent aussi beaucoup de la stérilisation à visée contraceptive, preuve que la stérilisation n'est pas qu'une méthode utilisée par les pays en voie de développement mais une méthode de contraception définitive disponible et utile dans les pays occidentaux.

4 L'EXEMPLE DU QUEBEC

Les années 1960 marquent pour la France et le Québec, la diffusion et l'accès à la contraception mais aussi la possibilité de recourir à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). D'abord autorisée en France par la loi Neuwirth de 1967, qui abroge celle de 1920 qui interdisait la publicité et la diffusion de la contraception et de l'avortement. Deux ans plus tard une loi comparable est ratifiée au Québec, qui autorise dans le même temps l'avortement « thérapeutique » et la stérilisation à visée contraceptive. En France, il faudra attendre la loi Veil en 1974 pour permettre aux femmes d'accéder à l'IVG et enfin 2001 pour dépénaliser la stérilisation contraceptive.

Dès les années 70, la France et le Québec connaissent deux évolutions différentes en matière de contraception. Les françaises optent rapidement pour une contraception hormonale qu'elles utilisent massivement. En effet, elles sont 40% des françaises en âge de procréer à choisir ce mode de contraception, quand deux-tiers des femmes environ utilisent une méthode de contraception en 1995. Le stérilet est alors la deuxième méthode contraceptive française la plus utilisée (16%). Le Québec, à l'inverse, selon plusieurs

enquêtes faites entre 1976 et 1995, réalisées chez des femmes âgées de 20 à 45 ans, soulignent un taux d'utilisation de la pilule beaucoup moins important que chez leurs homologues françaises, ainsi qu'une faible diffusion du stérilet. En 1995, elles ne sont que 17% à avoir choisi la contraception hormonale et seulement 7% à avoir choisi le stérilet. La stérilisation contraceptive, autorisée dès 1969 au Québec, connaît dans les années 70 un fort succès. En 1995 elles sont 36% des femmes âgées entre 25 et 39 ans et 60% des femmes âgées de 40 ans et plus à être stérilisées, comme 29% et 58% des hommes des mêmes groupes d'âge.

La dépénalisation de la stérilisation à visée contraceptive a-t-elle permis de changer les « habitudes » des françaises en matière de contraception ?

5 LA CONTRACEPTION EN FRANCE EN 2012

La loi votée en 2001 n'a pas seulement dépénalisée la stérilisation contraceptive, elle a également permis de faciliter l'accès à la contraception, en particulier des mineures, qui peuvent désormais recourir aux médecins de leurs choix sans autorisation parentale. De manière concomitante à cette loi, la palette des méthodes de contraception disponibles est venue s'élargir de nouveaux dispositifs hormonaux comme l'implant, le patch et l'anneau vaginal. Dix ans après, l'enquête Fecond parue en septembre 2012 est riche d'enseignements quand au paysage contraceptif des françaises et son évolution.

Tout d'abord une constatation s'impose, la légalisation de la stérilisation contraceptive n'a pas eu le même effet qu'au Québec. En effet, dix ans après, les chiffres n'ont guère évolué et la stérilisation contraceptive continue à ne concerner qu'une minorité de femmes (3,9%) et la vasectomie reste une pratique quasi-confidentielle (0,3%). Par ailleurs, la pilule reste aujourd'hui la méthode de contraception préférée des françaises, même si celle-ci perd du terrain au profit des nouvelles méthodes hormonales. Ainsi, 39,2 % des françaises en âge de procréer continuent à privilégier la pilule, mais cette baisse est compensée par l'apparition des nouveaux moyens de contraception puisqu'elles sont 4% désormais à préférer l'implant (2,6%), l'anneau vaginal (1%) et le patch contraceptif (0,4%). D'autre part, le dispositif intra-utérin (DIU) continue à fléchir légèrement. Elles sont aujourd'hui 15% des femmes de 20-45 ans, contre 18% en 2000. Ceci, en dépit des recommandations de la Haute Autorité de Santé en 2004, qui précisait que le stérilet pouvait être utilisé à tous les âges, que la femme ait eu ou non un enfant. Les femmes qui n'utilisent pas de

contraception alors qu'elles ne souhaitent pas être enceintes, ne sont qu'une petite minorité (3% environ, mais 5,1% des 45-49 ans). Enfin, l'étude Fecond montre bien que la France reste engluée dans un modèle de contraception figée, peu flexible, avec le recours au préservatif en début de vie sexuelle, puis l'utilisation de la pilule quand la vie sexuelle se régularise et le recours au stérilet quand les couples ont atteint le quota d'enfants désirés.

Au Québec, il est possible de retrouver des données précises à partir des chiffres fournis par l'institut de la statistique du Québec concernant la vasectomie et la ligature de trompe. La stérilisation a connu un fort succès dans les années 70, atteignant environ 32000 ligatures de trompes en 1977 et 1978. Le nombre de vasectomies va croître régulièrement durant toutes ces années et connaître une légère baisse à partir des années 2000. Alors que dans les années 80, la ligature de trompes connaît une chute vertigineuse, elle se stabilise dans les années 90 pour repartir à la baisse dans les années 2000. Ainsi, en 1999 le nombre de vasectomies est de 18100 contre seulement 9900 ligatures de trompes. En 2011, le nombre de vasectomie a diminué (13798), tandis que le nombre de ligatures de trompe a chuté avec seulement 2768 ligatures cette même année. L'évolution des vasectomies ne compense pas la chute des stérilisations féminines, si bien que le nombre de stérilisations contraceptives au Québec diminue.

Pour conclure, en France, la contraception est essentiellement réversible, féminine, médicale, hormonale et se prend tout au long de la vie reproductive. Au Québec, comme en France, la contraception réversible se prend au début de la vie reproductive (en général la pilule en même temps ou après le préservatif), puis lorsque la famille semble constitué par le nombre d'enfants désirés le couple opte le plus souvent pour une méthode définitive.

ASPECT PRATIQUE AUTOUR DE LA VASECTOMIE

1 QU'EST-CE QUE LA VASECTOMIE ?

La vasectomie est une des rares méthodes qui permettent à l'homme de s'investir personnellement dans la contraception. Elle consiste à couper ou à ligaturer les canaux déférents droit et gauche qui permettent aux spermatozoïdes de se diriger des testicules à l'urètre. Ainsi le sperme éjaculé ne contient plus de spermatozoïde après quelques semaines.

Cette technique est le plus souvent présentée comme définitive bien qu'il existe des méthodes de réversibilité (reperméabilisation ou vasovasostomie), dont l'efficacité n'est pas toujours garantie et reste encore très discutée. Les plus fervents défenseurs aiment à dire que la vasectomie est une méthode réversible et qu'à ce titre son classement comme méthode de contraception ne pose pas problème. D'autres préfèrent considérer que la vasectomie est irréversible, et ne peut être considéré comme un moyen de contraception mais de stérilisation. Une chose est sûre en revanche, les chances de grossesses après vasectomie sont multifactorielles et dépendent à la fois de l'âge de la partenaire, mais aussi du délai entre la vasectomie et la demande de vasovasostomie.

La vasectomie est réalisée sous anesthésie locale et en chirurgie ambulatoire. Elle est parfois faite sous anesthésie générale soit pour des raisons de confort (souhait du patient) soit pour des raisons médicales lorsque les canaux déférents sont difficiles d'accès (scrotum rétracté ou multi-opéré). Pour les sujets extrêmement anxieux, il est possible de réaliser une prémédication 30 minutes avant le début de l'intervention. Dès lors, deux techniques existent, la méthode classique et celle dite sans bistouri. La différence principale entre ces deux techniques est la façon par laquelle on expose le canal (abord scrotal ou transcutané) et non la technique utilisée pour bloquer la communication entre le testicule et l'urètre. Par conséquent, il n'y a aucune différence d'efficacité.

1.1 LA MÉTHODE CLASSIQUE

1.1.1 Intervention chirurgicale

Une vasectomie pour être réussie doit être aussi indolore que possible, ne doit pas entraîner de complication ni connaître d'échec. Après avoir respecté les règles d'asepsies nécessaires avant toutes interventions (lavage chirurgical des mains, soins bétadinés mis en place de champs stériles...), le praticien repère chaque canal déférent à la partie supérieur du scrotum d'où il est facilement palpable. La réussite essentielle du geste dépend de la localisation, de l'isolement puis de l'immobilisation du canal. Une fois bien repéré et bien maintenu entre les doigts du chirurgien, celui-ci réalise une anesthésie locale de part et d'autres des canaux.

1.1.2 Ligature [*fig 3 et 4 page 52*]

Le chirurgien peut alors pratiquer une ou deux incisions de l'épiderme et des plans profonds (une incision de 1cm suffit). Le médecin écarte alors les tissus avec une pince à disséquer (type Mosquito), saisit le canal déférent entouré d'une gaine avec une autre pince. La gaine est ensuite incisée à la hauteur du canal dans une zone non vascularisée et le canal extirpé et maintenu en dehors de la gaine à l'aide d'une pince spécialement conçue pour la vasectomie. Une fois isolée, il ne reste plus qu'à sectionner le déférent. Enfin, les extrémités sectionnées sont ligaturées de façon à obturer la lumière.

1.1.3 Electrocoagulation

L'électrocoagulation permet de créer une cicatrice solide de la muqueuse aux deux extrémités du déférent sectionné. L'objectif étant de créer le moins de lésions possibles au niveau de la tunique musculaire et de limiter le risque de fuite des spermatozoïdes.

1.1.4 Interposition de fascia [*fig 1 images D et E page 51*]

Que ce soit par ligature ou par électrocoagulation, il est possible de recouvrir l'une des extrémités par la gaine du canal puis d'effectuer une suture là-dessus.

1.1.5 Fermeture de l'incision

Une fois la ligature ou cautérisation effectuée, le chirurgien peut remettre en place le déférent à l'intérieur du scrotum. Certains chirurgiens préfèrent ne pas suturer les petites incisions afin de limiter le risque d'hématome, d'autres à l'inverse préfèrent suturer. En l'absence de suture, il suffit de rapprocher les bords de la plaie en plaçant des Stéri-strips de chaque côté. Enfin, un pansement compressif au niveau de l'incision est mis en place et maintenu pendant 24 heures.

1.2 LA VASECTOMIE SANS SCALPEL

Elle a été inventée en Chine en 1974 puis exportée aux Etats-Unis en 1985, au Canada en 1992 et en Europe en 1996. Elle nécessite une période d'apprentissage pour le praticien. Grâce à la mise au point de deux instruments chirurgicaux spécialement conçus à cette fin, on ne fait plus qu'une seule incision, beaucoup plus petite, au centre du scrotum. Ainsi, cette technique permet d'éviter l'appréhension du patient devant le scalpel et l'accès aux canaux apparaît beaucoup moins traumatique, avec une réduction des hématomes post-

opératoires. Le délai d'intervention est également raccourci et l'intervention ne nécessite qu'une seule injection d'anesthésie locale. Enfin la cicatrice laissée est quasi-invisible.

Deux instruments sont nécessaires : une pince annulaire extra-cutanée pour maintenir le canal déférent et une pince hémostatique courbe à bout pointu comme pince à disséquer. La première étape consiste comme pour la méthode classique à saisir le déférent et à pratiquer l'anesthésie locale, puis la pince annulaire est placée autour du canal qu'on immobilise ainsi. La peau est alors perforée à l'aide de la pince hémostatique (l'incision est d'environ 2mm). En ouvrant la pince, on écarte ainsi tous les plans allant de la peau au canal puis on extrait une partie du déférent par l'ouverture pratiquée et l'on remet en place l'annulaire. Enfin, le canal est sectionné avec des ciseaux, le tronçon extrait et on ligature les extrémités en interposant un lambeau de fascia à l'une des extrémités. On opère ainsi de façon similaire le 2^{ème} canal en se servant de la même ouverture. L'incision est pratiquement invisible, ne laisse aucune cicatrice et aucune suture n'est nécessaire.

Dans la majorité des cas les vasectomies sont pratiqués par des urologues. A Nantes, une partie des vasectomies est réalisée au Centre Simone Veil par des médecins généralistes qui se sont formés à cette pratique. Les urologues n'interviennent alors que si des difficultés d'intervention apparaissent comme un antécédent de chirurgie sur le scrotum, un varicocèle, un hydrocèle, une cryptorchidie. Ses patients sont alors adressés au Service d'urologie et l'intervention se déroule au bloc urologie sous anesthésie générale.

2 EFFICACITÉ DE LA VASECTOMIE

L'azoospermie après vasectomie est obtenue généralement après 10 semaines (ou 25 à 30 éjaculations).

L'échec de la vasectomie défini par une absence d'azoospermie ou la survenue d'une grossesse survient dans moins de 1% des cas. La vasectomie est donc l'une des méthodes de stérilisation la plus fiable. Il n'existe pas de différence d'efficacité entre la méthode « classique » et la méthode « sans scalpel ». En revanche, le mode d'occlusion semble avoir son importance.

La vasectomie est une méthode très efficace. Seulement 0 à 2 femmes sur 1000 auront une grossesse durant la première année après l'intervention. Trois causes d'échecs peuvent être mises en évidence. Tout d'abord, l'existence de rapports non-protégés, avant que

l'azoospermie n'ait été confirmée par les spermogrammes de contrôle, suffit à expliquer une grande partie des échecs. Par ailleurs, le taux d'échecs précoces défini par la présence de spermatozoïdes dans l'éjaculat trois à six mois après la vasectomie est de l'ordre de 0,3 à 0,9% et est lié surtout à l'expérience du chirurgien et à la technique utilisée par ce dernier. L'échec technique et la reperméabilisation précoce du déférent sont à considérer comme des explications plausibles. Enfin, les échecs tardifs se définissent comme la présence de spermatozoïdes mobiles dans l'éjaculat après une azoospermie, confirmée lors de deux spermogrammes effectués après la vasectomie. Ces derniers se manifestent dans la majorité des cas par une grossesse, et peuvent être expliqués par une reperméabilisation tardive du déférent. Si on se fie au spermogramme effectué dans le cadre d'une vasovasostomie en pré-interventionnel, il semblerait que le cas de réapparition de spermatozoïdes pourrait être de 1 pour 2000. Mais la plupart des spermatozoïdes sont alors immobiles et il semble peu probable qu'ils puissent donner lieu à une grossesse.

2.1 LES COMPLICATIONS IMMEDIATES, A COURT ET MOYEN TERME

Il semblerait que la technique « sans scalpel » soit associée à moins de complications précoces que la technique classique.

2.1.1 Les complications per-opératoires

Les plus fréquemment décrites sont un échec de la procédure (accès difficile aux canaux déférents) ou une réaction à l'injection de Lidocaïne allant de l'hypotension à la détresse respiratoire et à la convulsion.

2.1.2 Les complications à court terme

Elles sont minimales et cèdent le plus souvent spontanément, dans un délai d'une semaine. Elles concernent des douleurs, des hématomes et des oedèmes, surviennent dans moins de 10% des cas et ne donnent lieu à une consultation que dans 3% des cas. Ainsi, l'utilisation d'une poche de glace et la prise d'antalgiques (type paracétamol), dans les 2-3 jours qui suivent l'intervention, doivent suffire à soulager le patient.

2.1.3 Les complications à moyen terme

A) Infection

Il s'agit le plus souvent d'infections cutanées superficielles qui apparaissent précocement (3-4 jours après l'intervention), au niveau de l'incision, dans moins de 3% des cas. Les infections plus profondes sont rares et dans la majorité des cas secondaires à un hématome infecté. Les traitements dépendent de la gravité de l'infection, on passe alors de la simple régression spontanée à la pose d'une mèche, à l'ablation des points de sutures et au traitement antibiotique.

B) Hématome

Cette complication survient dans moins de 1% des cas et est due à la lésion de vaisseaux sanguins pendant l'intervention. Un hématome important, persistant et non-traité occasionne des douleurs et peut s'infecter. Les petits se résorbent spontanément, les plus gros peuvent nécessiter un drainage.

C) Granulome

Les granulomes correspondent à des petits nodules dont la formation s'explique par l'accumulation de spermatozoïdes au niveau de l'une des extrémités obturée du déférent dans 20 à 50% des cas. Lorsqu'ils sont gros, ils occasionnent douleurs et inflammation testiculaire et peuvent être à l'origine d'une reperméabilisation précoce. Mais, ils ne nécessitent que très rarement une intervention et sont le plus souvent asymptomatiques.

D) Epididymite

C'est une complication très rare de la vasectomie dont le lien avec l'intervention est possible que si elle survient dans l'année qui suit (ensuite aucune augmentation de la fréquence n'a été constatée). Sans lien avec une infection bactérienne, elle régresse en quelques semaines.

2.2 LES COMPLICATIONS A LONG TERME

L'HAS a effectué une grande revue de la littérature en 2004 autour de la vasectomie et conclut à l'absence de lien avec le cancer de la prostate : « *les résultats d'une méta-analyse plus récente ont conclu qu'il n'existe pas de preuves d'association causale entre le cancer de la prostate et la vasectomie.* ». Par ailleurs, cette revue de la littérature conclue que la vasectomie ne semble pas augmenter les risques cardio-vasculaires ou de tout autres cancers chez les patients vasectomisés.

3 INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA VASECTOMIE

La vasectomie pourrait être conseillée à des couples désirant une « contraception » permanente et non-réversible. En effet, elle expose à moins de complications que la ligature tubaire bilatérale par coelioscopie et est de surcroît bien moins onéreuse. Elle n'affecte pas non plus la vie sexuelle des couples, et n'a aucun effet sur la masculinité.

Aucune contre-indication permanente n'est retenue par l'OMS, mais, une infection locale ou un récent traumatisme au niveau du scrotum, ainsi que des troubles de la coagulation ou la prise de traitement anticoagulant peuvent repousser la prise en charge. De même, il revient au professionnel de santé de juger de l'acceptabilité de la demande, ainsi une instabilité émotionnelle, un manque d'information avant le consentement, et une trop grande légèreté doivent interroger le médecin sur le motif de la demande.

4 LA RÉVERSIBILITÉ OU VASOVASOSTOMIE

4.1 DESIR D'ENFANT APRES VASECTOMIE : VASOVASOSTOMIE OU PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE ?

Lorsqu'il n'y a pas eu cryoconservation de sperme avant la vasectomie (soit dans environ 88% des cas), deux options existent en cas de désir de grossesse: la vasovasostomie et la biopsie testiculaire associée à l'ICSI (injection intra-cytoplasmique d'un spermatozoïde)

Les techniques microchirurgicales de vasovasostomie permettent d'obtenir des résultats intéressants dans le rétablissement de la fertilité en redonnant aux canaux déférents leur fonction d'origine, c'est-à-dire permettre aux spermatozoïdes le passage des testicules jusqu'aux canaux éjaculateurs. En effet, on a entre 70 et 90% de reperméabilisation et 40% de grossesses environ après une intervention comme celle-ci.

Les taux de succès de la vasovasostomie dépendent de nombreux facteurs. Tout d'abord, les facteurs préopératoires impliquant la fertilité antérieure, la qualité du sperme et les antécédents médicaux et chirurgicaux propres à chaque individu. On a également les facteurs liés à la vasectomie et à la technique utilisée pour celle-ci. Enfin les facteurs postopératoires, liés aux complications de l'anastomose et aux succès de l'intervention. Deux facteurs apparaissent déterminants dans le succès de la vasovasotomie : l'âge de la conjointe et le temps écoulé depuis la vasectomie. En effet, le taux de grossesse après vasovasotomie atteint 67% quand la conjointe a entre 20 et 24 ans, 56% lorsque la conjointe a entre 25 et 39 ans et seulement 14% quand la conjointe a plus de 40 ans. De même, lorsque le temps écoulé est inférieur à 3 ans, le taux de réussite est excellent, mais diminue de façon très significative après 14 ans. Les chances de succès d'une reperméabilisation sont inversement proportionnelles à la durée d'obstruction.

Les complications de la vasovasostomie sont les infections (qui nécessitent parfois un traitement), les douleurs scrotales (plus longues que dans la vasectomie pouvant s'étendre jusqu'à quelques semaines après l'intervention) et le risque d'échecs tardifs (ainsi, certains praticiens préconisent une cryoconservation de sperme dès que des spermatozoïdes mobiles apparaissent de nouveau dans le sperme).

La deuxième méthode consiste à une biopsie testiculaire associée à une ICSI. En effet, le nombre de spermatozoïdes récupérés par cette méthode ne permet pas d'envisager une fécondation in-vitro (FIV) classique, ni une insémination intra-utérine. L'ICSI offre un taux de fécondations de 60-70% par ovocytes injectés. Mais le taux de grossesses cliniques varie de 29 à 41%. Au final, les taux cumulatifs de grossesse après FIV/ICSI varient de 60 à 80% ce qui est mieux qu'après une vasovasostomie (environ 40%) et le délai nécessaire pour concevoir est de un an en moyenne en cas de reperméabilisation efficace. Là aussi, l'âge de la patiente mais aussi le nombre d'embryons transférés apparaissent comme des facteurs essentiels. Il faut malgré tout retenir le coût que représente la méthode FIV/ICSI comparée à la vasovasostomie dans la conduite à tenir. En effet, le coût d'une naissance « naturelle » après vasectomie (40% de chances environ) a été évalué à 3000 euros tandis qu'après ICSI (60% de succès) le chiffre s'élève à 5000 euros par essai (hors dépassement d'honoraires et frais d'arrêt de travail qui peuvent faire varier considérablement le coût). La combinaison biopsie testiculaire/ICSI est préférée à la vasovasostomie lorsqu'il existe des facteurs féminins d'infertilité (comme l'âge de la partenaire >35 ans...). En dehors de cette condition il convient de prendre en compte la différence de coût des deux méthodes.

Pour conclure, on peut citer Alain Jardin, qui dans les extraits de mises à jour en gynécologie médicale (volume 2006 publié le 29.11.2006) du CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) dit qu' « à condition d'avoir de très larges indications pour la conservation du sperme avant vasectomie, le problème du retour à une capacité de procréer devrait se poser de façon exceptionnelle » et il ajoute « la conservation est toujours utile et nécessaire avant 40 ans ».

4.2 CRYOCONSERVATION DES SPERMATOZOÏDES : UTILITES ET PARADOXES

Seulement 12% des hommes vont procéder à une congélation de sperme avant la vasectomie et parmi eux environ 5% demanderont ultérieurement une utilisation de ces spermatozoïdes. Il apparaît pourtant paradoxal de proposer la préservation de la fertilité avant une intervention consistant à la supprimer. Une demande de reperméabilisation reste

quelque chose de peu fréquents, et rares sont les hommes qui regrettent leur choix et désirent un nouvel enfant après vasectomie

L'intérêt de la conservation du sperme est d'avoir la possibilité de recourir aux inséminations artificielles qui présentent des chances de grossesse largement supérieures par rapport aux techniques de fécondation in-vitro. Après congélation-décongélation du sperme, on ne retrouve pas le même pourcentage de spermatozoïdes mobiles que dans le sperme initial. En effet, il existe une perte d'environ 20-50% des spermatozoïdes mobiles. Cette perte est par ailleurs d'autant plus importante que le sperme initial est de mauvaise qualité. La congélation/décongélation a donc pour conséquence un taux de fécondation légèrement diminué mais le taux de nidation obtenue avec du sperme congelé est le même qu'avec le sperme initial. Avec le recul que l'on a aujourd'hui, il semble que le sperme peut être conservé par le froid au moins 15 ans sans que les spermatozoïdes de celui-ci aient perdu leurs pouvoirs fécondants (la durée de conservation est sans effet sur le taux de récupération), mais il reste toutefois difficile de prévoir à priori l'aptitude fécondante d'un sperme après décongélation. La cryoconservation de sperme représente par patient et par année environ 42 euros et est pris en charge à 100% par la sécurité sociale.

4.3 FACTEURS DE RISQUE ET CAUSES DE REGRET

Les facteurs de risque de regret et de recours à la vasovasostomie peuvent généralement être répartis en trois catégories. Tout d'abord, les facteurs de risques liés aux caractéristiques du patient au moment de la vasectomie. C'est par exemple son jeune âge, le fait de ne pas avoir d'enfant ou si il en a uniquement du même sexe. Dans la deuxième catégorie se classe les éléments qui ont entourés la prise de décision. Par exemple, une décision imposée par un tiers, une conjointe réticente, une naissance ou une IVG mal vécue. Enfin, dans la dernière catégorie se place le changement de caractéristiques de l'individu ou de circonstances après l'intervention. C'est principalement une nouvelle union, le décès d'un enfant.

L'évaluation de la communication au sein du couple apparaît comme un facteur essentiel. En effet, on sait que le risque augmente chez les hommes qui ont une faible communication, ou beaucoup de conflit dans la prise de décision ou lorsque la décision de l'un prédomine durant le processus décisionnel. Par ailleurs, un aspect essentiel est l'information, qui doit être la plus juste possible, faite par les médecins ou des patients vasectomisés évoquant leur expérience. Ainsi la prise de décision pourra être réfléchie et

libre. Une décision impulsive ou dans une situation de crise après une naissance mal vécue ou un stress d'ordre financier comme le chômage est une situation à risque de regret ultérieur.

5 LES DIFFERENTES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE AU CENTRE SIMONE VEIL

La vasectomie est une décision importante dans la vie des couples de part son caractère potentiellement irréversible et même s'il s'agit d'une intervention relativement simple elle expose à des complications légères et importantes. Le fait de ne pas offrir au patient suffisamment d'information avant l'intervention pendant les consultations spécialement dédiées à cet effet peut mener à des poursuites.

5.1 LA PREMIÈRE CONSULTATION

Le dossier de demande est un outil indispensable dans la demande de vasectomie. Utilisé depuis 1979 au Centre Simone Veil, il guide l'ensemble des consultations et particulièrement le premier entretien. A Nantes, celui-ci est confié quasi exclusivement aux conseillères conjugales et familiales (CCF), faute de temps suffisant pour autoriser une mixité autrefois de mise (CCF et médecin). Cet entretien, avec le demandeur seul, sans sa compagne, dure environ 45 minutes. Son objectif est d'apporter par l'échange une prise de décision éclairée. Lors de cette première approche est évoquée la situation familiale et conjugale de l'intéressé, les différentes méthodes de contraception utilisées par le couple avec leurs échecs et leurs complications éventuelles (ou plus exactement leurs intolérances). Il convient alors de revenir par des informations orales sur les méthodes contraceptives alternatives. Cet entretien permet surtout, par une série de questions fermées et ouvertes, de bien approfondir les motivations de la demande (pourquoi ne veut-il plus d'enfant ? pourquoi choisir la vasectomie ? qu'est-ce qui a déclenché la décision ?), de savoir comment se perçoit l'intéressé (que dit-il de son tempérament, sa santé, sa sexualité, son couple, est-ce une décision partagée avec la compagne ?), et enfin de permettre à nous professionnel de mieux cerner le demandeur à l'origine de la demande. La consultation se conclue par une information la plus complète possible sur la technique de stérilisation, les modalités d'intervention, ses conséquences et ses risques éventuels. Le patient peut alors signer une attestation de première consultation confirmant qu'il a bien reçu toutes les

informations concernant la vasectomie et qui sera soigneusement conservée dans son dossier.

En conclusion, le professionnel distribue et commente une note d'information sur la vasectomie qui devra être signée pour la prochaine consultation et remet le livret d'information sur les techniques de stérilisation fourni par le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Enfin, une notice d'information sur la possibilité de recueil et/ou de don de sperme est également donnée. Le recueil de sperme ne représente en aucun cas une obligation pré-vasectomie.

A la suite de cette première consultation, il est nécessaire d'avoir un délai de quatre mois de réflexion avant la prochaine consultation. Ce temps de réflexion est indispensable afin de permettre au patient de prendre une décision éclairée. A noter, que cette première consultation médicale qui fait état de la demande d'un couple peut être réalisée par un gynécologue, un médecin traitant ou une sage-femme. Le patient sera ensuite revu par la conseillère conjugale et familiale pour « ouvrir » le dossier mais le délai de réflexion de 4 mois prendra en compte la date de consultation de l'entretien réalisé avec le médecin traitant ou le gynécologue.

5.2 LA DEUXIÈME CONSULTATION

Le deuxième entretien est plus médical et permet également de recueillir la confirmation écrite de la demande et de s'assurer que la décision de l'intéressé est mûre et que ce dernier est parfaitement informé quant aux conséquences de l'acte. La présence de la compagne du demandeur est souhaitée.

On revient alors sur une longue explication autour de la technique chirurgicale, ses conséquences et ses complications, pendant environ vingt minutes puis un temps est laissé aux couples pour répondre à leurs questions. Cette consultation permet également de réaliser un rapide examen afin d'évaluer la faisabilité technique de l'intervention. (accès aux canaux déférents).

Sur la fiche de consentement, il y apparaît que le patient sait qu'il s'agit d'une méthode chirurgicale définitive, qu'il a été informé des méthodes contraceptives alternatives, qu'il est conscient des avantages et des risques, qu'il a choisi librement cette solution et qu'il sait qu'il peut revenir à tout moment sur sa décision.

La date de l'intervention est alors fixée, précédée d'une consultation d'anesthésie et les instructions préopératoires sont fournies au patient.

5.3 L'INTERVENTION

Il s'agit d'un acte chirurgical qui ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé (hôpital, clinique). L'acte ne dure que 30 à 45 minutes, pendant lesquelles le patient bénéficie d'une anesthésie locale. La vasectomie ne nécessite pas d'hospitalisation en général, une simple surveillance deux heures après l'intervention suffit à évaluer la douleur postopératoire ainsi que l'absence de saignement. Passé ce délai, le patient peut rentrer chez lui, la conduite automobile étant à éviter juste après l'intervention. Préalablement à l'intervention, le patient confirme par écrit qu'il consent à une stérilisation définitive (le document est à conserver dans le dossier).

5.4 APRÈS L'INTERVENTION

Le plus souvent, l'intervention ne nécessite pas d'arrêt de travail. Néanmoins, en cas de fortes douleurs il est possible de prescrire un arrêt de travail mais celui-ci n'a rien de systématique et est limité (au maximum) à 3 jours dans la majorité des cas où il apparaît nécessaire.

Il est conseillé d'éviter les efforts physiques, le sport et le port de charges lourdes durant environ une semaine. L'activité sexuelle peut reprendre au bout de 4-5 jours. Plus celle-ci se fait précocement, plus la douleur s'estompe rapidement. Par ailleurs, les soins de désinfections de la plaie n'apparaissent pas systématiques, l'eau et le savon suffisent dans la grande majorité des cas.

La douleur est le plus souvent présente lors des 3-4 premiers jours qui suivent l'intervention. Afin de limiter cette douleur, il est conseillé de mettre de la glace environ 20 minutes deux fois par jour. Du paracétamol est également prescrit, à prendre selon la douleur que ressent le patient, la prise d'antalgiques dure rarement plus de deux à trois jours. Une douleur persistante au-delà de sept jours doit amener à consulter un médecin. (de préférence celui qui a réalisé l'intervention).

L'œdème scrotal est un effet secondaire fréquent. L'application de glace permet de limiter le gonflement. Par ailleurs, le scrotum peut prendre une coloration bleutée qui disparaît au bout d'une semaine environ.

Enfin une douleur persistante, une hyperthermie, un écoulement purulent et/ou des brûlures mictionnelles doivent faire craindre une infection et amener le patient à consulter.

5.4.1 Contraception effective

La vasectomie n'a pas un effet contraceptif immédiat car il persiste des spermatozoïdes dans la partie proximale des canaux déférents et dans les ampoules déférentielles durant environ deux mois. La plupart des échecs de la méthode est dûe à un non respect de ce délai. C'est pourquoi il est fortement conseillé aux couples d'utiliser un autre moyen de contraception durant cette période. On dit que la méthode est effective trois mois après l'intervention ou après vingt éjaculations.

Par ailleurs, pour s'assurer de l'efficacité de la vasectomie, on réalise un spermogramme de contrôle qui confirme généralement le succès de l'intervention (c'est-à-dire l'azoospermie) trois mois après celle-ci. Dans la majorité des cas, un seul spermogramme suffit à démontrer l'azoospermie mais en cas de premier spermogramme non satisfaisant, d'autres numérations peuvent être pratiquées jusqu'à l'obtention de l'azoospermie. Un délai de six mois sans que l'azoospermie n'ait été obtenue, signe un échec de la méthode. Une deuxième intervention s'avère alors nécessaire.

Certains patients peuvent enregistrés une recrudescence de la numération de spermatozoïdes après une diminution initiale sur le premier spermogramme, probablement par reperméabilisation spontanée. C'est pourquoi certains praticiens préconisent la réalisation de deux spermogrammes à 6 mois d'intervalle afin de rejeter le risque de reperméabilisation.

5.4.2 Contrôle à quatre mois

Un contrôle clinique à 4 mois minimum permet de faire le point avec le patient sur l'intervention et ses suites. L'examen clinique permet surtout de s'assurer de l'absence de gros granulomes (de plus de 10mm) qui peuvent être mis en cause dans une reperméabilisation.

Lord de cette consultation est évoquée la reprise de la vie sexuelle et la satisfaction du patient. Elle permet avant toutes choses d'évaluer le comportement général et psychologique du patient. Enfin cet échange permet également de faire le point sur le résultat du spermogramme de contrôle et sur l'arrêt d'une contraception associée.

Le suivi des vasectomisés est particulièrement important et parmi les professionnels de santé, le médecin traitant est le mieux à même d'assurer ce suivi, d'être informé des changements importants dans la vie du patient (remariage, perte d'un enfant etc...) et de conseiller, d'informer le patient en cas de doutes ou de regret.

6 ROLES DE LA SAGE-FEMME

Alors qu'elles n'étaient précédemment habilitées à prescrire la contraception hormonale que dans le cadre du post-partum, de la visite post-natale ou après une interruption volontaire de grossesse, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a étendu les compétences des sages-femmes aux champs de la contraception et du suivi gynécologique de prévention.

La sage-femme, au même titre que les médecins généralistes et les gynécologues, se doit d'apporter une information complète à la patiente, or les informations concernant la vasectomie sont souvent méconnues tant chez les sages-femmes que chez les patientes. Compte tenu de son efficacité, du peu de complications qu'elle génère, la vasectomie pourrait se développer en France et l'implication des sages-femmes peut permettre le développement de la stérilisation à visée contraceptive.

La sage-femme se doit de combattre les idées reçues autour de la vasectomie. En effet, la vasectomie ne doit plus être considérée comme une mutilation. Par ailleurs, les restrictions qu'arborent certains professionnels comme l'âge ou le fait de ne pas avoir d'enfants ne sont plus censées être insurmontables et doivent être évaluées au cas par cas. Ainsi, la sage-femme ne doit pas se poser en moralisatrice, mais doit néanmoins s'assurer de la légitimité de la demande, de la profondeur de la réflexion et qu'aucune pression ne s'exerce sur le patient. Eclairer et aider à la décision font partie de ses prérogatives. Enfin, les professionnels de santé se doivent également de combattre les idées reçues auprès de la population générale concernant les douleurs, les troubles de la sexualité et les regrets qu'engendrerait la vasectomie.

LA STERILISATION FEMININE

La vasectomie a aussi son pendant féminin : la stérilisation tubaire existe depuis bientôt plus d'un siècle et est pratiquée aujourd'hui à des fins essentiellement contraceptives. 50 000 femmes sont stérilisées chaque année en France. La technique par voie laparotomique de stérilisation tubaire, décrite par Pommeroy en 1929, a été remplacée dans les années 1960 par la coelioscopie. Cette dernière est-elle aussi supplantée progressivement par l'hystérocopie depuis le début des années 2000.

1 LES DIFFERENTES TECHNIQUES DE STERILISATION TUBAIRE

1.1 VOIES D'ABORD

1.1.1 La voie abdominale

Elle comporte la laparotomie, la mini-laparotomie et la coelioscopie.

A) La laparotomie

Elle est la voie d'abord la plus ancienne. Elle permet un accès direct aux trompes de Fallope. C'est la technique qui comporte le plus de risques de complications, la plus lourde pour la patiente en terme de récupération. Elle ne doit plus être réalisée en première intention.

B) La mini-laparotomie

Elle consiste à une incision de 2-3 cm à mi-chemin entre la symphyse pubienne et l'ombilic. C'est la technique la plus répandue dans le monde, en particulier dans les pays en voie de développement. Elle est en effet facile à mettre en place, peu coûteuse avec un risque de complications graves minimales. Une revue de la littérature datant de 2002 par R Kulier et al ne montre pas de différence significative en terme de complications et de morbidité entre mini-laparotomie et coelioscopie.

C) La coelioscopie

Elle présente de nombreux avantages et a représenté avant l'émergence de l'abord trans-cervicale la référence en ce qui concerne la stérilisation féminine. Elle utilise un instrument optique qui est introduit à travers la paroi abdominale pour observer l'appareil génital, les

trompes de Fallope et guider l'intervention. Une deuxième incision d'environ 1cm est nécessaire pour introduire l'instrument de stérilisation. Néanmoins, elle nécessite un apprentissage long, un matériel coûteux et expose à des complications majeures mais rares comme une plaie des gros vaisseaux, une plaie digestive ou vésicale, une hémorragie ou encore une embolie gazeuse. Les décès liés à la coeliochirurgie sont rares et en diminution grâce aux progrès de la technique (2 à 6 décès pour 100 000 actes), dont la majorité d'entre eux est imputable à l'anesthésie générale. Au CHU de Nantes, la coelioscopie était jusqu'en 2007 la voie de référence avant d'être supplantée par l'hystérocopie.

D) Les avantages de la coelioscopie par rapport à la laparotomie

Ils sont nombreux et identiques à toutes chirurgies gynécologiques. Tout d'abord, d'un point de vue technique, elle donne un accès facile aux trompes de Fallope et permet une exploration abdomino-pelvienne commode. Les incisions de petites dimensions, la rapidité du geste font que les suites opératoires sont simples et la convalescence de quelques jours. La coelioscopie est parfois réalisée en ambulatoire.

1.1.2 La voie trans-cervicale

Elle comporte les systèmes d'obturation à l'aveugle et la voie hystérocopique. Cette dernière connaît un très fort développement avec l'apparition du dispositif ESSURE.

1.2 TECHNIQUES DE STÉRILISATION

1.2.1 Par voie laparotomique : Salpingectomie partielle ou technique de Pommeroy

Elle est réalisée au cours d'une laparotomie (césarienne) et consiste à former une boucle avec la portion isthmique de la trompe pour en couper la partie supérieure. Les trompes de Fallope sont sectionnées puis suturées. Elle est considérée comme une méthode sûre, efficace, facile à apprendre et ne demande que très peu de moyens. On peut rapprocher cette technique de celle utilisée par minilaparotomie. Les trompes sont alors saisies et liées de la même manière que dans la méthode précédemment décrite. Notons que la césarienne ne représente pas un moment bien choisi pour la réalisation d'une stérilisation tubaire. Le taux de regret dans un tel contexte est important (de l'ordre de 50%), ce d'autant plus que le consentement de la patiente n'est pas toujours obtenu dans le cadre d'une réflexion et d'un dialogue menés tout au long de la grossesse.

1.2.2 Par voie laparoscopique

A) L'électrocoagulation

Elle utilise un courant électrique pour coaguler ou cautériser une courte longueur de chaque trompe de Fallope en coelioscopie. La coagulation unipolaire a été développée par Palmer en 1962, et consiste à faire circuler un courant d'une pince appliquée sur les trompes vers une électrode située sur la cuisse de la patiente. La coagulation bipolaire dans laquelle le courant pénètre le corps et en ressort par les deux extrémités de la pince (Rioux 1973), a permis de réduire les risques de plaies vasculaires (brûlures) et viscérales (nécrose) mais est aussi moins efficace que la technique unipolaire.

B) Clips

En 1972, Hulka a mis au point les premiers clips en plastique censés éliminer le risque électrique. Ces clips agissent en provoquant une occlusion totale d'une petite section de trompes. Les tissus cicatriciels ou fibreux empêchent ensuite la fécondation de se produire. Malheureusement, les échecs ont été nombreux (3,6%), qu'ils s'agissent d'échecs d'obturation tubaire exposant aux risques de grossesses intra- et extra-utérines ou encore de migration. Trois ans plus tard, Filshie mis au point des clips en titane (1975) censés être plus fiables. Leurs taux d'échecs plus faibles et une reperméabilisation plus simple lorsqu'elle est demandée font que les clips de Filshie sont aujourd'hui toujours sur le marché.

C) Anneaux de Yoon (1972)

La technique consiste à passer la portion isthmique de la trompe en boucle dans un anneau en silicone. Ce dernier interrompt la circulation sanguine et entraîne la fibrose de la partie isthmique donc l'obturation. Cette technique peut entraîner un hématome du mésosalpinx et des douleurs pelviennes chroniques liés à l'ischémie péritonéale. Le taux d'échecs de cette technique est estimé à 1,77%.

D) Les complications de la stérilisation coelioscopique

Elles sont avant toutes choses liées à l'anesthésie générale et à l'origine de 40% des décès secondaires à une stérilisation tubaire. Aucune technique de stérilisation ne se démarque nettement en terme de complications chirurgicales, qui sont de l'ordre de 1,17 à 1,95%.

Les complications per-opératoires sont celles de la coelioscopie. En postopératoire, on peut observer des hématomes, des hémorragies et des infections.

E) Taux d'échecs de la stérilisation coelioscopique

D'après l'étude CREST publié en 1996, le taux d'échecs cumulés à dix ans est de 185% (coagulation monopolaire 0,75% ; anneau 1,77% ; bipolaire 2,48% ; clips 3,65%). Mais un tiers des grossesses après échecs de stérilisation sont des grossesses extra-utérines. L'inexpérience du chirurgien et le jeune âge de la patiente sont les deux principaux facteurs qui viennent augmenter le risque d'échecs de la technique.

F) Réversibilité

Il est possible de réaliser une reperméabilisation chirurgicale des trompes dont les chances de succès sont d'autant meilleure que la technique initiale n'a lésé qu'une petite partie de la trompe (c'est le cas des clips Filshie). Mais le taux de succès ne dépasse pas 50%. Si la lésion initiale de la trompe est trop importante pour tenter une reperméabilisation chirurgicale, ou après échec de celle-ci, il est possible de recourir à la fécondation in vitro.

1.2.3 Par la voie vaginale

A) La colpotomie postérieure et la culdoscopie

La colpotomie postérieure consiste à aborder la cavité péritonéale en incisant le vagin en arrière du col utérin. La culdoscopie repose sur la réalisation d'une ponction du cul-de-sac de Douglas puis à insuffler du gaz carbonique pour monter un canal opératoire (composé d'une optique et d'un trocart) et ainsi accéder aux trompes. Ces deux techniques étaient le plus souvent réalisées sous anesthésie locorégionale ou générale et apparaissent totalement obsolète depuis l'avènement de la stérilisation hystérocopique.

B) La stérilisation tubaire hystérocopique.

a) Technique

Commercialisé aux Etats-Unis et en Australie depuis 1999, ce dispositif est apparu en France en 2002. Cette technique pourrait concerner, en France, plus de 30 000 femmes par an. La méthode Essure consiste à poser des micro-implants dans la portion interstitielle des trompes de Fallope en passant par les voies naturelles à l'aide d'un hystéroscope de 5mm de diamètre (le plus souvent, cette technique ne nécessite pas de dilatation cervicale au

moment de la pose). Elle se pratique le plus souvent sans anesthésie (mais peut également se faire sous anesthésie locale), la durée de l'intervention est courte (environ 10 minutes). L'implant va provoquer une réaction tissulaire occlusive totale qui sera effective dans un délai de trois mois. Pendant cette période, la femme doit prendre des précautions contraceptives.

A 3 mois, est réalisé un contrôle et la patiente effectue une radiographie du pelvis sans préparation, voire une échographie (hors recommandation) afin de vérifier le bon positionnement du dispositif. En cas de doute, une hystérosalpingographie permet de s'assurer de la localisation précise des dispositifs ainsi que de l'occlusion tubaire totale.

b) Contre-indications

Le dispositif ne doit pas être posé suite à une naissance ou à une interruption de grossesse datant de moins de 6 semaines (le risque de regret du geste augmente alors considérablement), si il existe une incertitude quand au souhait d'interrompre sa fertilité, si une grossesse est connue ou suspectée, en cas de cervicite aiguë en cours ou de saignements anormaux non explorés.

Un regret de stérilisation reste toujours un échec pour le corps médical et tout doit être mis en œuvre pour éviter de telle situation. Une motivation qui prendrait en compte la santé de la femme pour laquelle une nouvelle grossesse serait dangereuse ne doit pas faire perdre de vue que l'adhésion du couple doit être totale. De même, les professionnels de santé ne doivent pas hésiter à repousser la stérilisation pour la réaliser à distance d'une naissance difficile, d'une IVG, car il s'agit là d'un facteur de regret indéniable. Le médecin et le patient doivent toujours garder en mémoire le caractère définitif du geste.

c) Précautions d'emploi

Il est nécessaire de s'assurer de l'absence d'infection génitale par un prélèvement vaginal bactériologique, de l'absence de grossesse en cours et d'un frottis cervico-vaginal datant de moins de deux ans. Ses précautions valent par ailleurs pour toutes les autres techniques de stérilisation tubaire.

d) Echecs et complications

Le taux d'échecs à la pose ne dépasse pas 5%. Ces échecs peuvent être dus à un œdème de la muqueuse, à des spasmes tubaires, à des anomalies anatomiques méconnues ou encore à une endométriose ou à un saignement de l'endomètre au moment de la pose.

Il existe des risques de perforation (<1%), d'expulsion à distance (1%). Mais ces complications n'engendrent pas de problème médical autre qu'un défaut contraceptif, et correspondent plus à des échecs secondaires à la mise en place de l'implant qu'à une complication à proprement parlée.

Dans le monde en 2006, plus de 50 000 Essure posés. Seulement 64 grossesses publiées soit une efficacité de 99,7%. La plupart de ces grossesses est dû à un non-respect du protocole. (absence de contrôle à 3 mois, absence de contraception 3 mois après l'intervention, mauvaise interprétation du contrôle radiographique).

Entre février 2002 et 2009, plus de 400 patientes ont bénéficié de ce dispositif au CHU de Nantes. Seul une grossesse a été observée (Au moment de la pose, l'ostium droit n'avait pas été repéré et la pose était donc impossible, l'HSG avait alors montré une absence de passage tubaire bilatéral avec passage vasculaire). En France, 27 grossesses ont été déclarées chez Conceptus. (développeur d'Essure).

e) Indications

En 2004, la commission d'évaluation des produits et prestations de la HAS stipulait dans ses recommandations l'indication principale de la méthode : *« femmes désirant une stérilisation permanente et pour laquelle l'abord coelioscopique est risqué (pathologies cardiaques, maladies thromboemboliques, obésité...) »*

Depuis 2007, la HAS a revu sa position et pose désormais comme indication : *« Femmes majeures en âge de procréer souhaitant une stérilisation tubaire permanente comme moyen de contraception définitive et irréversible »*. Elle précise par ailleurs que *« Essure présente un intérêt pour la santé publique dans la prévention des grossesses non-désirées »* et que *« chez la femme autour de 40 ans, Essure peut être proposé comme technique de stérilisation en première intention »*.

Par ailleurs, alors que la loi française autorisait le recours à la contraception définitive depuis la loi du 4 juillet 2001 chez toutes personnes majeures sans restriction d'âge, la pose du dispositif Essure n'était plus remboursé pour les femmes de moins de 40 ans depuis 2010 (alors que le remboursement de la ligature de trompe sans limite d'âge était pourtant maintenu). Mais devant la colère des gynécologues, des associations, le ministère des affaires sociales et de la santé a annoncé le remboursement de la méthode sans limite d'âge le 14 novembre 2012.

Le coût du dispositif est d'environ 700 euros. Mais l'économie de la méthode n'est plus à démontrer si on raisonne en terme de temps d'hospitalisation, mais aussi du fait de l'absence d'anesthésie générale et de l'absence d'arrêt de travail dans les suites de l'intervention.

f) Réversibilité

Précisons que l'obstruction tubaire est définitive. Une chirurgie de reperméabilisation en cas de regret est théoriquement impossible.

QUELLE PLACE LA VASECTOMIE POURRAIT-ELLE PRENDRE EN FRANCE ?

- Les méthodes de stérilisation bien que définitive font partie des méthodes de contraception les plus sûres et les plus efficaces.
- Peu de contre-indications, peu de complications, convient à chacun (à condition que la technique soit accessible)
- Peu coûteux.
- Définitif.
- Malgré le déclin de la fertilité après 40 ans, la survenue d'une grossesse n'est pas rare, plus d'une interruption volontaire de grossesse sur cinq concerne des femmes de 35 ans ou plus (soit plus de 44 000 IVG en 2007). Souvent non désirées, ces grossesses aboutissent à une interruption volontaire, justifiant le maintien d'une contraception efficace. Or, la pilule oestro-progestative fait l'objet d'une prescription plus restreinte lorsque l'âge de la patiente augmente et que les facteurs de risques vasculaires et carcinologiques apparaissent. Nombreuses sont celles qui se voient obliger après 40 ans de changer de moyens contraceptifs, donnant lieu à des échecs. Le groupe d'âge 35-49 ans représente 20,1% des IVG en France (6,1% des 40-49 ans, et 14% des 35-39 ans). Une analyse des pratiques contraceptives avant une IVG, réalisée à partir des données de l'enquête COCON (Bajos et al. 2006), a montré que le moment de survenue de l'IVG correspondait à une phase de « démedicalisation » de la contraception dans les trajectoires des françaises. Le sentiment de ne pas se sentir « à risque » d'être enceinte constitue la raison principale de la non utilisation d'une contraception. Ainsi, 40% des femmes âgées de plus de 40 ans se déclarent sans contraception au moment de l'IVG. Ces échecs de contraception sont en partie liés à la persistance en France d'une « norme » contraceptive qui n'est pas forcément adaptée aux disparités de conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes. « La meilleure contraception est celle que l'on choisit ». Encore faut-il les connaître et recevoir une information complète sur tous les moyens disponibles. Dans contexte les stérilisations devraient trouver leur indication.
- A l'heure où la parentalité est de plus en plus programmée avec la contraception mais également avec la prescription d'acide folique en pré-partum, pourquoi les couples n'auraient-ils pas le choix de ne plus vouloir d'enfant ? Il ne s'agit pas de

pratiquer une stérilisation à toutes les femmes affirmant ne plus vouloir d'enfant quelque soit l'âge, néanmoins il apparaît difficile de fixer un âge minimum requis pour bénéficier de la vasectomie tant les demandes apparaissent différentes et tant les décisions doivent être prise au cas par cas. Par ailleurs, Laure Toulemon et Maria Rita Testa se sont demandées, dans un article paru en septembre 2005 dans la revue *Population & Sociétés*, si on pouvait se fier à la réponse des français pour prévoir les naissances de demain. L'article concluait que les intentions jouaient un rôle limité parmi les différents facteurs de la fécondité mais que « *seule la petite minorité bien décidée à ne pas avoir (ou à ne plus avoir) d'enfant a agi en conséquence* ». Ainsi, les professionnels de santé peuvent se rassurer et faire confiance à la volonté des couples de ne pas ou de ne plus vouloir d'enfant.

- Alors comment expliquer la défiance des français et des françaises vis-à-vis de la stérilisation en générale et de la vasectomie en particulier. Tout d'abord, on peut expliquer la frilosité des professionnels de santé quant à la question de la stérilisation par le désert législatif qui a perduré jusqu'en 2001. De plus, la France est de culture latine et catholique, féminité rime donc avec fertilité dans l'inconscient collectif. Ainsi, une femme qui ne désire pas d'enfant rencontrera l'opprobre de la société, et sera soumise à la pression de sa famille, de son entourage et des médecins. Par ailleurs, la frilosité des professionnels de santé et des couples s'explique aussi par le fait que la structure familiale est en pleine mutation. En effet, la fragilité de l'union parentale, le nombre croissant de divorces incitent les médecins à une plus grande prudence lorsqu'il s'agit de pratiquer une stérilisation dans un couple. En témoigne les parcours compliqués de femmes et d'hommes désirant une intervention et qui se voient refuser leur demande au motif qu'ils sont trop jeunes ou que la femme n'a pas encore essayé les autres méthodes de contraception réversible.

COMPARAISON DES DIFFERENTES TECHNIQUES DE STERILISATION

	Ligatures de trompes	Dispositif Essure	Vasectomie
Voies d'abord	Coelioscopie	Voie naturelle	Abord scrotal
Anesthésie	générale	Aucune ou locale	locale
Durée d'intervention	30 minutes	10 minutes	30 minutes
Taux d'efficacité	98.1%	99.7%	>99%
Indice de Pearl	0,5	0,2	0,2
Complications	Liés à l'AG++ et à la coelioscopie. 1.17 à 1.97% Postop : hémorragie, hématome, infection, douleurs, constipation...	Crampes Pertes Malaise vagal	Hématomes Douleurs gonflements des testicules Malaise vagal
Délai d'efficacité	Immédiat	3M Après contrôle ASP pelvis	3M Après contrôle spermogramme
Hospitalisation	Oui 1 jour ou deux Possibilité en ambulatoire	Ambulatoire	ambulatoire
Arrêt de travail	Oui 1 semaine	Aucun	aucun
Réversibilité	Reperméabilisation 50%	Aucune	Reperméabilisation 60-85%
Désir d'enfants	FIV	FIV	Congélation de sperme Insémination artificielle FIV
Coût de l'acte (estimation*)	190€	867€	56,89€

Ce tableau met en évidence que le développement d'Essure permet aux femmes de bénéficier d'une technique de stérilisation comparable à la vasectomie en terme de moyens, d'efficacité et de complications. Ainsi, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) recommande en 2009 de « présenter la contraception définitive parmi les moyens de contraception ». Chaque couple devrait pouvoir bénéficier d'une information impartiale et honnête sur ces deux méthodes. La vasectomie ne doit pas être relayée en second plan derrière la méthode Essure. C'est en effet le seul moyen, avec le préservatif (dont l'acceptabilité dans les couples stables est faible), qui permet à l'homme de participer activement à la contraception du couple. De plus, elle donne aussi la possibilité de conservation des gamètes que n'offre pas la méthode Essure.

L'estimation du coût de chaque acte a été calculée à partir de la Classification Communes des Actes Médicaux sur le site internet de l'Assurance Maladie. Ainsi d'un point de vue économique, la vasectomie apparaît moins onéreuse que la stérilisation tubaire. Le dispositif Essure coûte à lui seul 700€, mais représente malgré tout de réelles économies par rapport aux techniques par coelioscopie qui nécessitent du matériel, et qui comporte plus de complications, un temps d'hospitalisation plus long et un arrêt de travail d'une semaine. Pour les patients toutes ces méthodes sont désormais remboursées pour tous les âges (pour Essure le remboursement pour les femmes avant 40 ans n'est effectif que depuis le 14 novembre 2012).

ETUDE

Il s'agit d'une enquête descriptive rétrospective concernant la situation de la vasectomie au Centre Simone Veil entre le 1^{er} janvier 2007 et 31 août 2012. Les données ont été recueillies à partir du dossier de demande, support et guide des consultations de demande de vasectomie. Les données de 204 dossiers ont été rentrées dans le logiciel *EPIDATA entry 3.1*. Les dossiers d'hommes célibataires au moment de la demande ou qui ont abandonné les démarches ont été exclus. Finalement, n'ont été retenus que les dossiers concernant des hommes en couples et dont la demande a aboutie soit 187 dossiers.

1 RESULTATS

1.1 NOMBRE DE VASECTOMIE

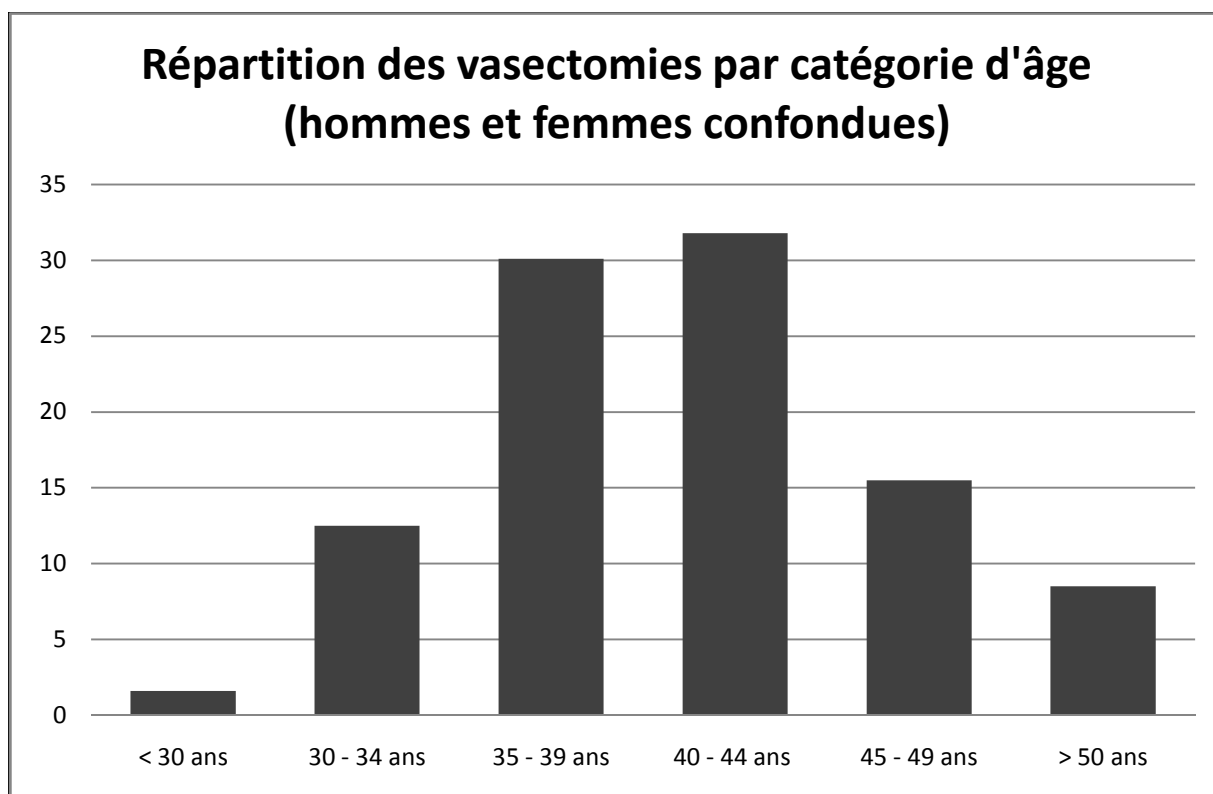
Le nombre de vasectomie est en moyenne de 40 vasectomies par an

1.2 RENSEIGNEMENTS GENERAUX: PROFIL DU COUPLE

1.2.1 Catégories socioprofessionnelles

Des problèmes de saisies n'ont pas permis de rendre compte du profil socioprofessionnel des couples lors de cette étude.

1.2.2 Répartition par tranche d'âge



Deux groupes d'âge se détachent nettement, celui des 35-39 ans et des 40-44 ans.

Par ailleurs, la moyenne d'âge des hommes qui se font vasectomiser est de 43,2 ans quand celui de la partenaire est de 39,2 ans.

1.2.3 Statut marital

Situation de famille	
en couple	96,3% : marié 79,7%, union libre 16,6%
stable depuis	14 ans \pm 7
Expérience conjugale antérieure	34,3%

1.2.4 La durée de vie commune au moment de la demande

La durée de vie commune est en moyenne de 14 ans et demie. 62 couples disent avoir eu une expérience conjugale antérieure soit 34,3% des couples.

1.2.5 Composition de la famille au moment de la demande

Enfants communs	2,51
Couple ayant enfants communs	176 (94%)
Enfants par homme	2,92
Enfants par femme	2,69
Couples sans enfant	1

On compte en moyenne 2,51 enfants en commun par couple. Les femmes et les hommes ont respectivement 2,69 et 2,92 enfants en moyenne.

Par ailleurs, 11 couples sur 187 n'ont pas d'enfant en commun au moment de la demande. Sur ces 11 couples, 2 n'ont même pas d'enfant du tout. La femme était présente lors de la 2ème consultation seulement 5 fois sur 11, l'avis de la femme était semble-t-il favorable 8 fois, non renseigné 2 fois, et défavorable une fois.

L'âge du dernier enfant dans le couple est en moyenne de 7,6 ans au moment de la première consultation. La dernière grossesse date en moyenne de 5,9 ans (mais 31% des grossesses datent de moins d'un an).

1.3 HISTOIRE CONTRACEPTIVE DES COUPLES

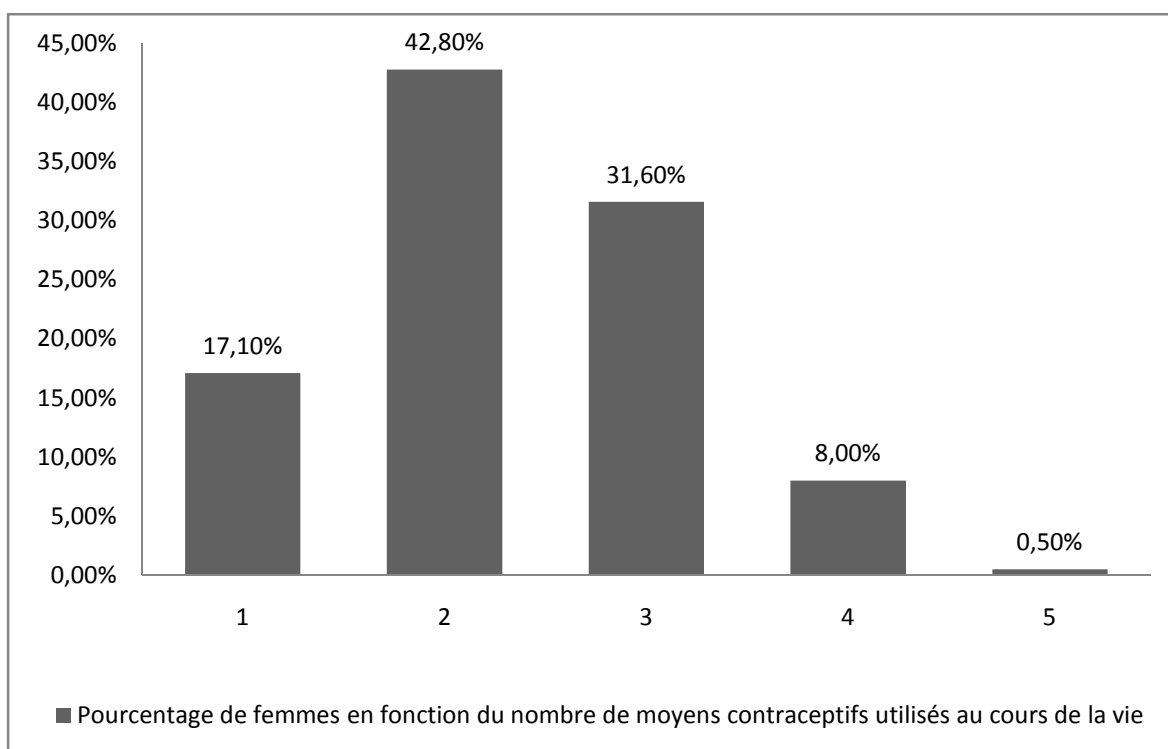
1.3.1 Contraception avant la demande

Contraception avant la demande	Nombre de femmes	%
Pilule	173	92,5%
DIU	111	59,3%
Préservatifs	88	47%
Méthodes « naturelles	20	10,7%
Implant	13	6,9%
Autres méthodes barrières	13	6,9%
Patch	1	0,5%

Sans surprise, la pilule est le moyen de contraception le plus utilisé par ces femmes. En effet, dans 92,5% des cas, la femme a utilisé la pilule au moins une fois comme méthode

contraceptive au cours de sa vie. La pilule est suivie du DIU (59,3%), du préservatif (47%), et des « méthodes naturelles » (10,7%).

40% des femmes disent avoir connu des échecs contraceptifs et 31,7% des complications (problème de tolérance de la pilule, saignements sous DIU, expulsion de DIU...). Enfin, 37,1% des conjointes ont eu au moins une IVG au cours de leur vie, parmi celle-ci 20,3% ont eu deux IVG ou plus.



Respectivement 42.8% et 31.6% des femmes ont utilisé 2 à 3 méthodes contraceptives au cours de leur vie. A partir de cette constatation, il est possible d'extraire 4 grands modèles de parcours contraceptifs :

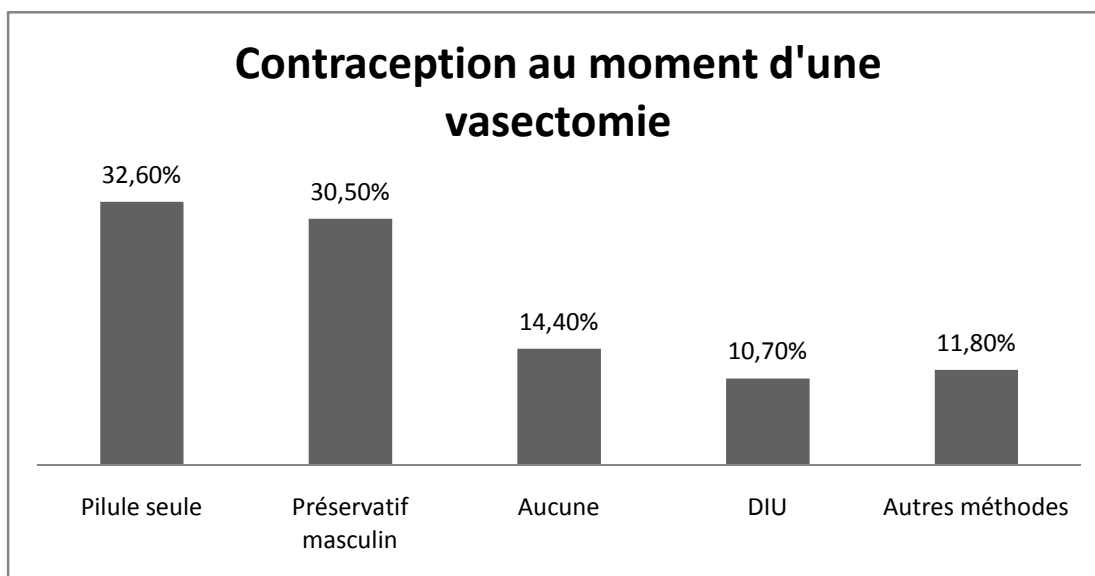
« pilule-DIU » : 21,4%

« pilule-DIU-préservatif masculin » : 20,8%

« pilule seule » : 16%

« pilule-préservatif masculin » : 12,3%

1.3.2 Contraception au moment de la demande



La pilule reste le premier moyen de contraception au moment de la demande avec 32,6% juste devant le préservatif 30,5%. Les couples qui n'utilisent aucun moyen de contraception représentent 14,4%.

1.4 LES MOTIVATIONS DU CHOIX

Ne veut plus d'enfant... (13 items) En moyenne	1,89	
Les 4 premiers items :		
- Quota atteint	152	81,3%
- Age trop élevé	50	26,7%
- Santé de la femme	42	22,4%
- Projet de vie - disponibilité	20	10,7%
Pourquoi une vasectomie : (10 items) En moyenne	2,13	
Les 5 premiers items :		
- Méthode sûre définitive	124	66%
- Aucune autre méthode satisfaisante	72	38,5%
- C'est bien son tour	67	35,8%
- Plus simple qu'une stérilisation féminine	40	21,4%
- Pour une meilleure vie sexuelle	35	18,7%
Facteurs déclenchant la décision (7 items) En moyenne	1,1	
Les 5 premiers items		
- Crainte d'une grossesse non désirée	63	33,7%
- Contraception insatisfaisante	35	18,7%
- IVG récente	32	17,1%
- autre	23	12,3%
- Conseil d'un médecin (arrêt contraception)	19	10,2%

1.5 INFORMATION SUR LA VASECTOMIE

On peut noter le rôle essentiel des médecins, puisque l'information a été faite par des médecins (hors CPEF) dans 34,4% des vasectomies.

1.6 LE DEUXIEME ENTRETIEN

La femme accompagne son conjoint lors du second entretien dans environ 1 cas sur trois. L'avis de la conjointe est favorable dans 69% des cas. Un seul avis défavorable a été émis en l'absence de la compagne. Et ceci n'a pas eu d'influence sur la prise en charge puisque aucun entretien supplémentaire n'a été réalisé et la vasectomie a eu lieu dans les délais prévus par la loi.

Pour deux patients, l'examen clinique n'a pas permis d'isoler le ou les canaux déférents (l'un de ces patients avait un antécédent de cryptorchidie). Le premier a été adressé au Service d'urologie de Nantes pour une prise en charge spécialisée. Pour le second, il n'a pas été possible de savoir si l'opération avait finalement bien eu lieu.

1.7 L'INTERVENTION

La plupart des interventions se réalise sous anesthésie locale. Pour un patient, l'opération s'est réalisée sous anesthésie générale suite à sa demande. Une réaction importante a été déclarée suite à l'injection de Lidocaïne (hypotension, perte de connaissance et vomissement). L'opération a alors été interrompue.

Une difficulté opératoire liée à un hydrocèle testiculaire a été rapportée mais elle n'a pas empêché la réalisation de la vasectomie. Trois fois il n'a pas été possible pour le médecin d'isoler le ou les canaux déférents au moment de l'intervention. Enfin un autre patient a été adressé en urologie pour une difficulté opératoire liée à la brièveté du cordon spermatique. Le taux d'échecs et de complications per-opératoires s'élèvent finalement à 3,2%.

9,6% des couples font le choix de la conservation du sperme.

Enfin, 18,2% des couples n'ont pas de contraception après l'intervention (contre 14,4% au moment de la demande). Certains couples optent alors pour une méthode contraceptive transitoire comme le préservatif (39,6% contre 30,5% au moment de la demande). Notons

que les méthodes naturelles n'obtiennent plus que 0,5% (contre 5,9% au moment de la demande).

1.8 LA VASECTOMIE ET LES SUITES

1.8.1 Délai entre le premier entretien et la vasectomie

Le délai entre la première consultation et l'opération est de 152 jours soit environ 5 mois d'attente.

1.8.2 Consultation postopératoire

Seul un patient sur cinq est revu pour un contrôle clinique à 4 mois (38/187). Le délai entre l'opération et la visite de contrôle est d'environ 160 jours. Dix fois (5,3%), les patients ont été revus avant la date prévue de la consultation post opératoire. Dans la grande majorité des cas, il s'agissait de rassurer les patients inquiets face à des incidents mineurs (ecchymoses, inflammation et douleurs au niveau des bourses).

Lors de la visite de contrôle, 11 petits granulomes ont été palpés (tous inférieurs à 10mm) donc considérés comme « innocents ». Sur les 38 patients revus, 30 ont vu la qualité de leur vie sexuelle inchangée, 5 améliorée et 3 baissée. Dans tous les cas, la vasectomie n'a pas eu de conséquences sur le comportement général et sur le plan psychologique.

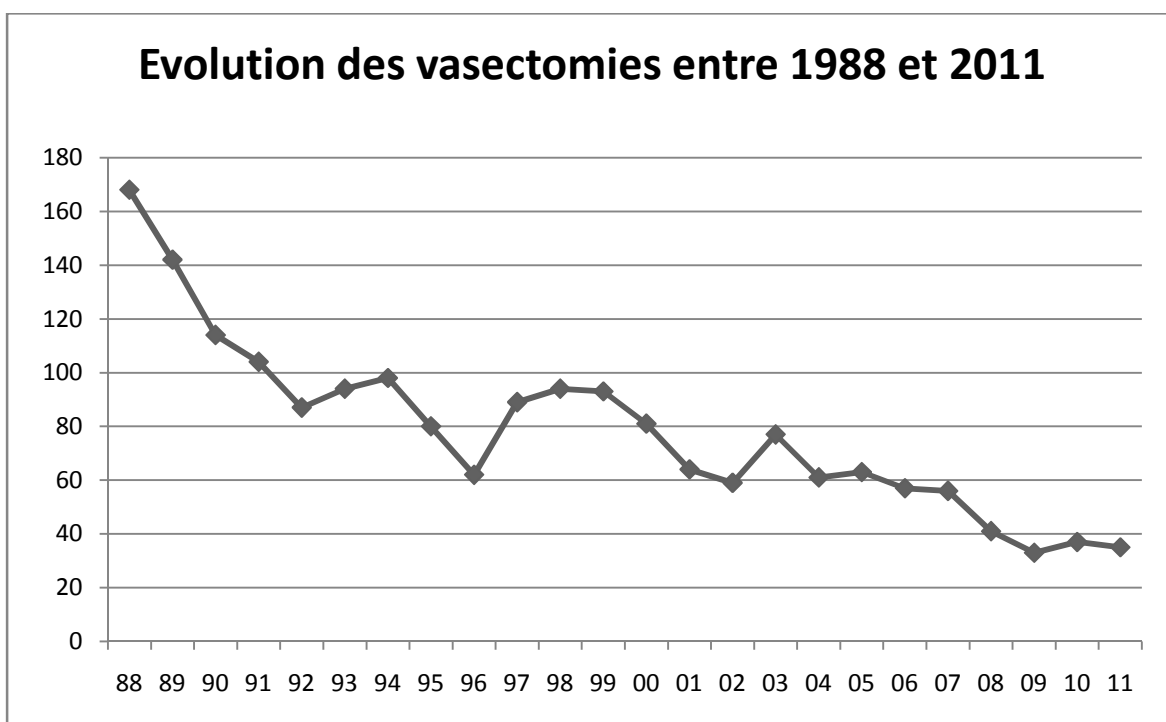
Un patient a ressenti, à distance de la vasectomie (211 jours après), des douleurs irradiantes vers le pubis lors de l'érection.

Un contrôle du spermogramme doit être réalisé environ 3 mois après l'intervention pour confirmer l'efficacité du geste et l'absence de reperméabilisation précoce. Or, celui-ci n'a été réalisé que dans 62% des cas (116/187). Un deuxième contrôle a été nécessaire pour sept patients, lequel est revenu normal pour six des sept patients. Un seul spermogramme a confirmé une numération supérieure à 60 000 spermatozoïdes et une mobilité à une heure supérieure à 50% et a donc nécessité une deuxième intervention pour reperméabilisation spontané. Au final, sur 187 interventions un échec opératoire est à déclarer soit une efficacité de 99,5%.

Enfin, aucune grossesse suite à une vasectomie n'a été déclarée au Centre Simone Veil.

2 DISCUSSION

2.1 EVOLUTION DES VASECTOMIES AU CENTRE SIMONE VEIL



La loi du 4 juillet 2001 a-t-elle eu une influence sur le nombre de vasectomies effectuées au Centre Simone Veil ? D'après une étude menée par le Centre Simone Veil en 2006, le nombre de vasectomies est passé de 89 cas par an en moyenne dans les 4 ans qui précèdent la loi à 65 cas par an dans les 4 ans qui suivent. Cette baisse peut s'expliquer par l'ouverture d'autres centres suite à la légalisation de la stérilisation en France. Une même baisse avait été observée dans les années 90 avec le développement des CECOS (Centre d'Etude et de Conservation des Oeufs et du Sperme humains) qui permettait la conservation du sperme dans les meilleures conditions, et qui avait permis la diffusion de la vasectomie à d'autres centres que Nantes. Depuis 2005, la baisse accrue du nombre de vasectomie peut s'expliquer en partie par l'apparition de la méthode Essure au CHU de Nantes en 2002.

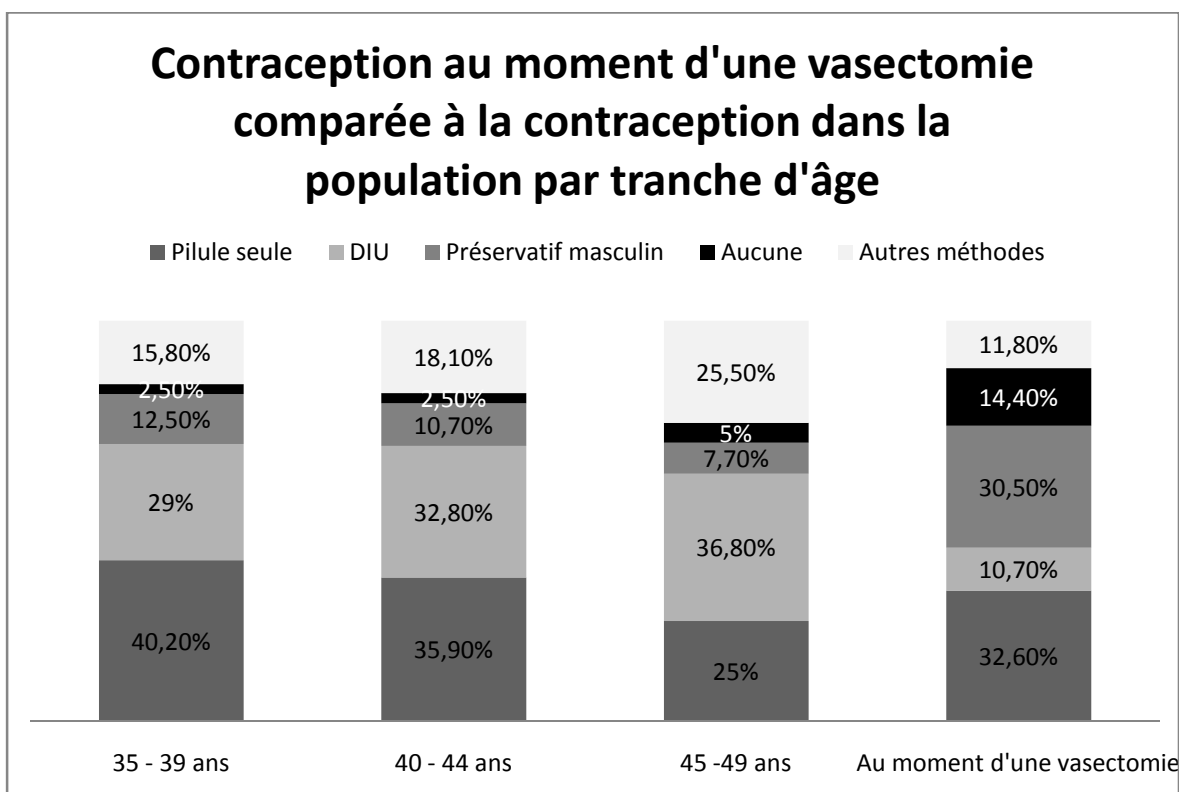
2.2 PROFIL DES COUPLES STABLES

Si l'on se réfère aux deux études faites sur les périodes 1993-1995 et 2004-2005 au Centre Simone Veil, le profil des couples n'a guère changé. En 20 ans de stérilisation contraceptive au Centre Simone Veil, seul l'âge des hommes et des femmes semble avoir

augmenté légèrement (3 ans), ce vieillissement de 3 ans pourrait correspondre à l'âge moyen plus tardif de la procréation. Par ailleurs toujours sur les mêmes périodes, la catégorie socioprofessionnelle des demandeurs a été comparée à celle publiée par l'INSEE pour l'année 2004. Il a été ainsi constaté une surreprésentation significative des artisans et très significative des professions intermédiaires. La catégorie « employé » était à l'inverse sous-représentée de façon très significative. Pour conclure, il s'agit donc de couples stables, dont l'âge se situe autour de la quarantaine, et ayant entre 2 à 3 enfants en commun. Pour rappel, les chiffres fournis par l'INSEE en 2011 faisaient état de 2,01 enfants par femme. La fécondité de ces couples semble donc supérieure à la fécondité constatée actuellement en France.

2.3 UN MODELE DE CONTRACEPTION STANDARD ET DES COUPLES « INSATISFAITS »

On retrouve sans surprise dans cette étude, le modèle de contraception standard mis en évidence dans l'étude FECOND en 2012, qui consiste au recours massif à la pilule lorsque la vie sexuelle se régularise associée ou non au préservatif puis à la pose de stérilet après les premières naissances.



L'étude FECOND donnait le stérilet comme 2^{ème} moyen de contraception utilisé chez les 35-39 ans, 40-44 ans voire premier moyen de contraception chez les 45-49 ans avec respectivement 29%, 32,8% et 36,8% des réponses (le préservatif masculin obtenait dans ces mêmes groupes d'âge respectivement 12,5%, 10,7% et 7,7% des réponses). Le stérilet au moment d'une vasectomie n'obtient plus que 10,7% des réponses soit le 4^{ème} moyen de contraception utilisé juste derrière le préservatif masculin (30,5%), la pilule (32.6%) et l'absence de méthode (14.4%). Ceci alors même que le stérilet a été essayé par 59% d'entre elles au cours de leur vie. Il semble donc que les couples ayant recours à la vasectomie connaissent une « désaffection » pour le stérilet en faveur du préservatif et de l'arrêt de la contraception. Il serait intéressant d'analyser plus finement que je n'ai pu le faire les raisons de cette tendance et de savoir s'il s'agit de contre-indications au stérilet, d'effets indésirables (ménométrorragies, infection, douleurs, dysménorrhée...) ou d'une réelle insatisfaction des femmes dans les choix qui leur sont proposés.

2.4 LES MOTIVATIONS STABLES DEPUIS 20 ANS

Les motivations qui conduisent à une demande de vasectomie sont remarquablement stables depuis 20 ans. Les items les plus souvent citées concernant les motivations à ne plus vouloir d'enfants restent toujours les mêmes et le principal motif avancé reste le « quota d'enfants atteints » (cité dans environ 80% des cas). En revanche, la « santé de la femme » semble revêtir une place de plus en plus importante dans la décision de vasectomie (de 18% en 1993-1995 sur 310 cas à 42% en 2007-2012 sur 187 cas), ceci se faisant au dépend du motif de « projet de vie, disponibilité » (26% à 10,7%) et de l'« âge trop élevé » (37% à 26.7%). En effet, la méfiance des couples par rapport aux hormones semble de plus en plus répandue et l'affaire des pilules de 3^{ème} génération très médiatisée risque d'accentuer le phénomène. Concernant les raisons ayant conduit au choix de la vasectomie, il semble que les raisons avancées aient peu évolué et tiennent dans les mêmes proportions. Enfin, concernant « le facteur déclenchant la décision », la réponse « autres » atteignait en 2004-2005 41% contre 25% des réponses en 1993-1995, témoignant plus de l'inadéquation entre les items proposés et la réponse réelle des patients. J'ai donc essayé d'analyser les réponses écrites dans « autres », pour finalement ajouter un nouvel item « contraception insatisfaisante», laissant la place à une grande subjectivité dans l'interprétation des réponses contenues dans « autres ». Ce nouvel item regroupe ainsi des réponses telles que l'inconfort du préservatif masculin ou une mauvaise tolérance de la pilule chez la femme. Ainsi, la réponse « autres » n'apparaît plus que dans 12,3% des cas

et l'item « contraception insatisfaisante » dans 18,7%. Il m'apparaît toutefois nécessaire, considérant le peu de valeur de cette question dans mon étude, de revoir les propositions de cette question pour permettre une meilleure analyse.

2.5 FAIBLE ACCOMPAGNEMENT DES CONJOINTES

En 2004-2005, la présence de la conjointe (souhaitée par l'équipe) n'était effective que dans 35% des cas. Or il apparaît regrettable de voir que ceci est confirmé dans cette étude (31%) malgré les recommandations faites à ce sujet. Le médecin ou la conseillère conjugale doivent afficher avec plus de volonté la nécessité de recevoir le couple lors du second entretien pour juger de la recevabilité de la demande. Peut-on se fier à la réponse du patient lorsqu'il se prononce au nom de sa compagne absente ? (soit 53,5% des avis favorables).

2.6 INDICATIONS DE LA CONSERVATION DE SPERME

Le nombre de conservation de sperme est faible seul 18 couples ont fait ce choix (soit 9,6%) comparable aux données de la littérature qui font état de 12% des vasectomisés. Le faible nombre de conservation de sperme peut s'expliquer par le fait que mon étude ne concerne que des couples stables qui ne s'imaginent donc pas y avoir recours ultérieurement. De plus, l'équipe du Centre Simone Veil n'en fait pas une obligation pré-vasectomie. L'expression d'un regret reste peu fréquent chez l'homme vasectomisé et ne justifie pas à mon avis la conservation de sperme de façon systématique. La présence d'un ou plusieurs facteurs de risque de regret (âge jeune autour de 35 ans, enfant unique ou enfants du même sexe...) doit rendre la cryoconservation de sperme utile et nécessaire.

2.7 UNE METHODE SURE ET EFFICACE

La méthode utilisée par les médecins du Centre Simone Veil est proche de la méthode « sans scalpel ». Son efficacité qui correspond à l'obtention d'une azoospermie à 3 mois est de 99,2% et concorde avec les données de la littérature qui est comprise entre 84 et 100%. Aucune grossesse n'a été déclarée au Simone Veil. Néanmoins, ces chiffres sont peut être sous-estimés. En effet, 38% des patients ne font pas de contrôle du spermogramme à 3 mois et en cas d'échecs il n'est pas sûr que toutes les informations remontent jusqu'au centre. Il est nécessaire de réaffirmer l'importance du suivi postopératoire des vasectomisés, trop de patient ne sont pas revus au moment de la visite de contrôle. Dans 5,3% des cas les patients ont été revus avant la date prévue de consultation postopératoire. Dans la grande majorité des cas, il s'agissait de rassurer des patients inquiets face à des incidents mineurs (ecchymoses, inflammation et douleurs au niveau des bourses). Ceci est comparable avec les données de la littérature qui faisaient état de 6% de complications dont 3% nécessitaient une consultation. La vasectomie est donc une méthode de stérilisation très efficace, comprenant peu de risque et peu de complications.

3 AUTRES ETUDES

On peut regretter le manque d'étude qui existe au niveau national concernant la vasectomie. Par ailleurs, les seules revues de la littérature qui existent ne s'intéressent qu'aux méthodes opératoires, à leurs efficacités et à leurs complications. Je n'ai donc

disposé que de très peu de données concernant les profils de couples ayant recours à la vasectomie, leurs motivations et concernant les conséquences de l'intervention.

Stéphanie Ryckewaert a étudié, dans le cadre de sa thèse de médecine, des dossiers de vasectomie durant la période comprise entre janvier 2001 et mars 2006 dans le service d'andrologie du Dr Rigot à l'hôpital Calmette du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille et a ainsi disposé de 45 cas. Elle confirme que la vasectomie intéresse les couples stables (41,5%, 2.82 enfants, 14 ans de vie commune en moyenne). Par ailleurs, l'auteur de cette thèse s'est intéressé aux parcours des couples avant la première consultation. Ainsi, il apparaît que 42,2% des patients étaient adressés par le gynécologue de leur partenaire, 24,4% par le médecin traitant et 13,3% par un médecin spécialiste (endocrinologue, cardiologue). Enfin, 15,6% étaient venus de leurs propres initiatives. Les professionnels jouent ainsi un rôle très important et sont à l'origine de la grande majorité des consultations. Une étude portant sur la connaissance de la vasectomie chez les médecins traitants et les médecins spécialistes, et sur leur utilisation en pratique permettrait de savoir quelle place tient la vasectomie en tant que méthode contraceptive chez les praticiens qu'il soit généraliste ou spécialiste.

Sur le plan contraceptif, 51,1% des partenaires présentaient une intolérance aux oestro-progestatifs, puis viennent les intolérances aux stérilets (42,2%), et les contre-indications aux oestro-progestatifs (24,4%) et aux stérilets (22,2%). Ainsi les effets indésirables et les contre-indications de la pilule et du stérilet semblent occuper une grande place dans l'histoire contraceptive des couples, et expliquent en partie la « désaffection » des couples ayant recours à la vasectomie pour les méthodes plus classiques. Les motivations qui ont conduit les couples à consulter sont en revanche « oubliées » et sont très peu abordées. Dans cette étude, 27/45 patients vont finalement aller au bout de la démarche puisque 13 patients n'ont pas donné de suites à la première consultation (4 ont préféré opter pour la stérilisation féminine), 2 autres couples se sont adressés à un autre centre plus proche, un patient s'est heurté au refus de la patiente et deux fois les médecins ont refusé de pratiquer l'intervention pour des motifs chirurgicaux.

Une cryoconservation du sperme a été réalisée dans 88,9% des cas, soit dans des proportions beaucoup plus importantes que dans mon étude. En effet, il semble que cette mesure préalable aux gestes soit très fortement recommandée voire systématique avant la vasectomie au CECOS de Lille. Lorsque celle-ci a été refusée, il semble que le délai de prise en charge ait été retardé.

Enfin, le contrôle du spermogramme a été réalisé 26 fois/27 soit de façon plus systématique qu'au Centre Simone Veil et l'azoospermie a été obtenue dans plus de 90% des cas (parfois au bout de 2 voire 3 spermogrammes). Les patients à Lille sont revus une semaine après l'intervention pour un contrôle du pansement, les complications sont peu fréquentes et bénignes puisque 11% disent ressentir une douleur légère, 7,4% présentent une inflammation modérée de la plaie et 3,7% ont un petit hématome scrotal.

LIMITES DE LA DISCUSSION

Le faible nombre de patients, le fait que l'étude se limite aux vasectomies pratiquées au Centre Simone Veil et la rétrospectivité sont des biais importants qui ne permettent pas de rendre compte de la pratique réelle de la vasectomie en France, du profil des couples et de leur motivation. En effet, toutes les informations contenues dans les dossiers n'apparaissent pas ou, lorsqu'elles sont présentes, sont parfois sujettes à interprétation. Le centre de planification de Nantes est historiquement un des centres où la pratique de la vasectomie s'est le plus développé avec notamment 270 vasectomies pratiquées en 1984, ce qui rend d'autant plus inquiétante la baisse de la vasectomie dans un centre comme Nantes.

RECOMMANDATIONS

Cette étude amène quelques conclusions et recommandations :

- D'abord, la vasectomie pourrait se développer en France. Pour cela, la vasectomie doit être proposée à tous les patients à partir de 35 ans, dont le quota d'enfants est atteint et pour qui les méthodes de contraceptions « classiques » ne sont plus satisfaisantes. La vasectomie doit occuper la même place que les nouvelles techniques de stérilisation tubaire dans l'information donnée aux patientes.

- Par ailleurs, il faut bien comprendre que la manifestation d'un regret suite à une stérilisation doit être comprise comme un échec de la part du corps médical et ne sont pas tolérables. Certaines situations doivent alerter le médecin :
 - Un âge inférieur à 35 ans est un facteur de regret très important. Ainsi, il ne faut pas hésiter à retarder la prise en charge si aucun motif sérieux n'indique la vasectomie. Si la demande est jugée comme valable, une recommandation forte de la conservation de sperme s'impose.
 - La vasectomie chez les couples sans enfant reste une situation périlleuse à fort risque de regret. Il convient d'être très prudent et de bien comprendre les raisons d'un tel choix avant de répondre à une demande comme celle-ci. Avant d'accepter, les raisons avancées doivent être très sérieuses et les méthodes réversibles privilégiées.
 - L'avis de la partenaire doit être recherché de manière systématique. Ainsi un avis défavorable doit interroger le médecin quant à la justification du geste à pratiquer. Il est fortement recommandé de rencontrer le couple lors de la consultation afin de connaître les tenants et les aboutissants de la demande.
 - La pratique de la vasectomie ne peut se faire qu'à distance d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une interruption volontaire de grossesse, qui représentent des périodes inadéquates à l'élaboration d'une réflexion ou d'une formulation de stérilisation. La décision ne doit pas se prendre en dehors de toute situation de « crise », dans un climat de sérénité.
 - Des contre-indications médicales à la grossesse ne doivent pas faire perdre de vue l'assentiment du couple. La stérilisation ne doit être en aucun cas imposée au couple au risque d'être considéré comme une mutilation sexuelle.

Les situations de désunion, d'une nouvelle rencontre ou de décès d'un enfant ne sont malheureusement pas prévisibles et continueront à faire l'objet de demandes de reperméabilisation. Par ailleurs, la résurgence du désir d'enfants dans de tels contextes doit là-aussi faire l'objet d'une réflexion et d'une discussion poussée. Faire une demande d'AMP suite à une stérilisation consentie pose de nombreuses questions éthiques et représente un coût important pour la société. Une sélection sérieuse et adéquate des couples avant stérilisation pourrait permettre de limiter ce type de demande.

- Une part plus importante doit être consacrée au suivi postopératoire. La nécessité d'une consultation de contrôle ne doit pas être laissée au choix du patient mais doit être une obligation. Elle permettrait un meilleur suivi des patients et donc d'améliorer la prise en charge à long terme.

CONCLUSION

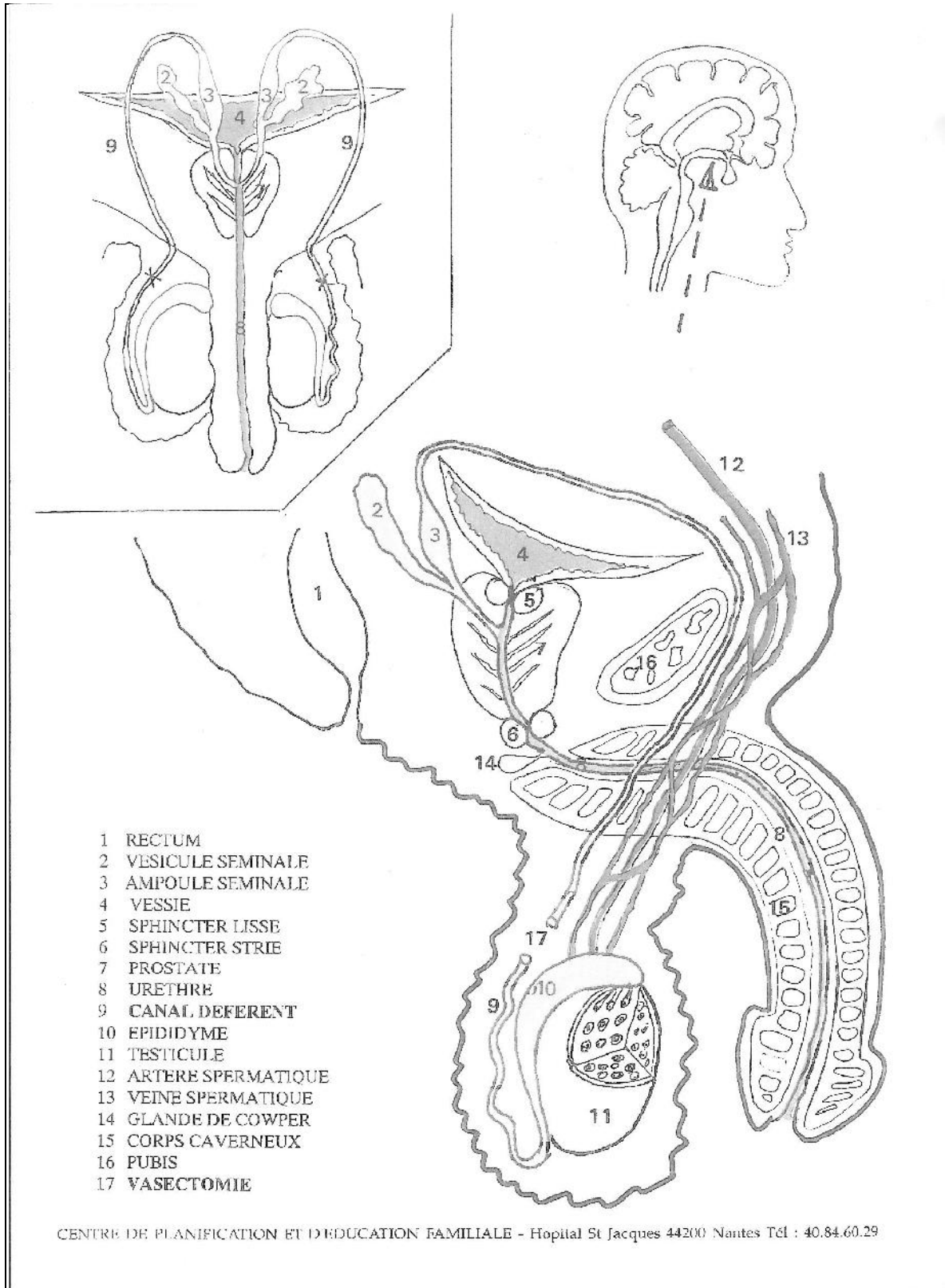
La loi du 4 juillet 2001 n'a pas suffi au développement de la vasectomie en France. Elle reste pour un couple un choix exceptionnel et le patient doit souvent affronter la raillerie, le scepticisme voire l'opposition d'un grand nombre d'acteurs. En effet, les idées préconçues (impuissance, assimilée à la castration), la culture latino-chrétienne, la frilosité des professionnels de santé et le manque de publicité sont autant de frein à sa propagation en tant que moyen de contraception à part entière.

Pourtant les avantages de la vasectomie sont clairs : simple, définitif, efficace et responsable de peu de complications. Elle convient donc parfaitement aux couples stables ayant des enfants en communs et pour lesquels il n'y a plus de désir d'enfant. Le choix doit être mutuel, non-imposé ni de l'intérieur du couple, ni de l'extérieur. Enfin, cette décision doit être prise à distance d'une situation de « crise » (grossesse ou accouchement difficile, IVG, MIU, perte d'un enfant...). Pour toutes ces raisons, une place plus grande doit être apportée à la discussion au sein du couple et afin de favoriser celle-ci, l'équipe médicale doit insister pour rencontrer les deux protagonistes afin de leur permettre de prendre une décision éclairée. De même, la méthode doit être présentée comme définitive, le suivi postopératoire et la nécessité d'une contraception efficace trois mois après l'intervention discuté avant l'intervention. Un patient qui formule un regret de stérilisation doit être compris comme un défaut de prise en charge, même si certains éléments ne sont pas prévisibles au moment de la décision comme une séparation, une nouvelle rencontre ou la perte d'un enfant.

L'arrivée sur le marché du dispositif Essure a permis de répondre parfaitement à l'attente des femmes demandeuses d'une contraception définitive. C'est une technique simple, rapide, non contraignante et bien tolérée par les patientes. Essure a donc contribué à élargir le spectre contraceptif proposé aux patientes. Pour autant, Essure ne doit pas faire oublier la vasectomie comme méthode de stérilisation et doit être systématiquement abordé en parallèle de la vasectomie (ce d'autant plus que le dispositif Essure est posé par des gynécologues habitués au suivi contraceptif des femmes). L'étude ESTHYME en 2007 s'est intéressée au vécu des femmes après une stérilisation selon le procédé Essure, et a ainsi montré que 50% des femmes demandant une stérilisation tubaire n'ont pas évoqué la possibilité d'une stérilisation masculine avec leur conjoint. Cette constatation permet d'insister sur la responsabilité des professionnels de santé intervenant dans la contraception (gynécologue, médecin traitant, sage-femme) qui se doivent de fournir une information la

plus complète, la plus impartiale et la plus honnête possible, afin que le couple puisse se poser les bonnes questions et prendre une décision en toute connaissance de cause.

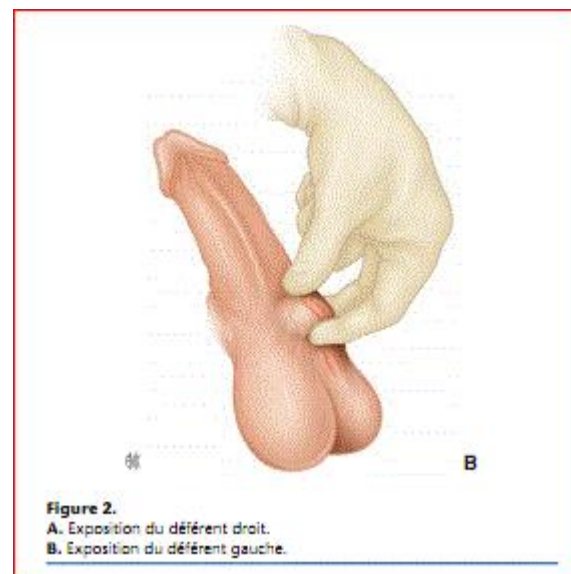
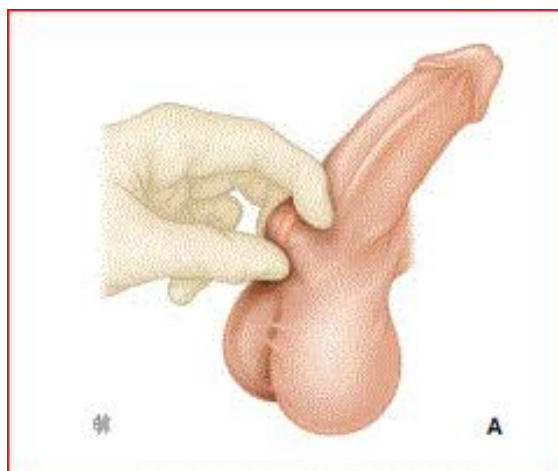
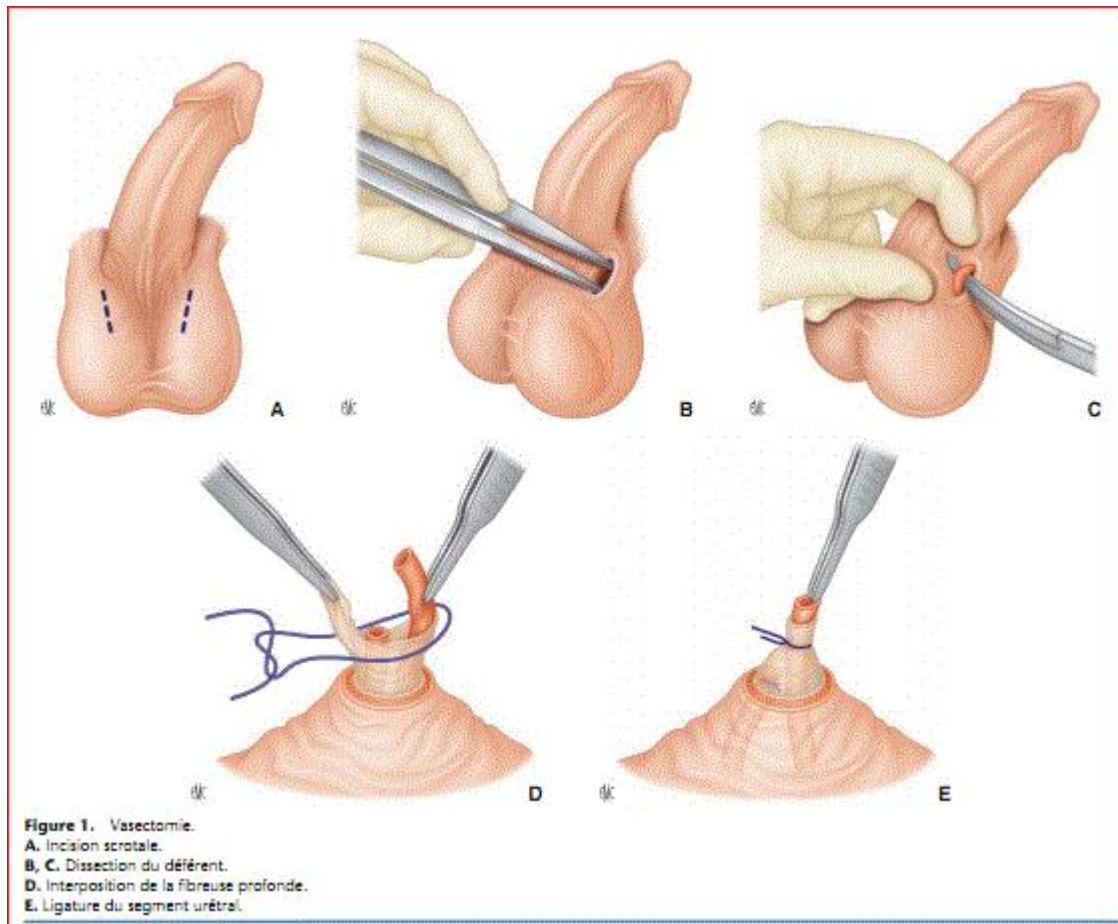
1 APPAREIL GENITAL MASCULIN

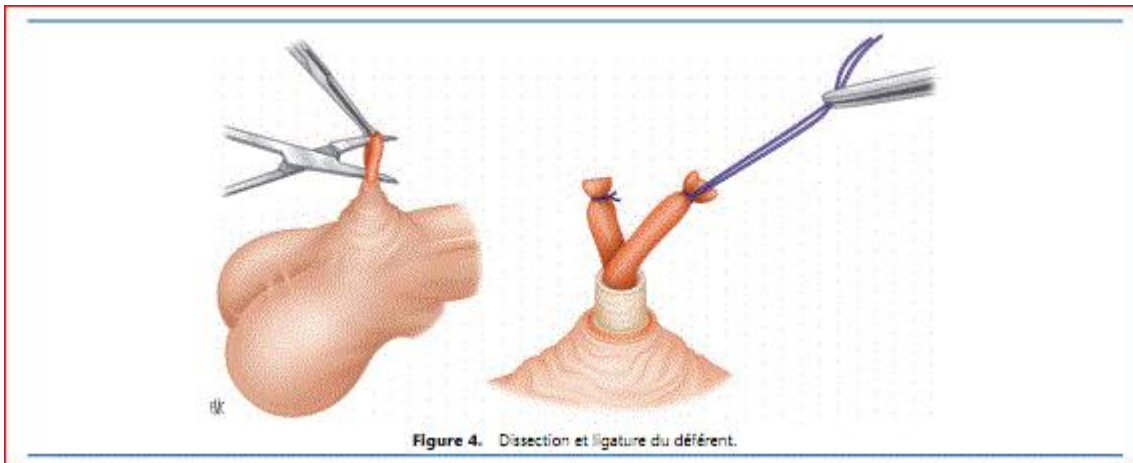
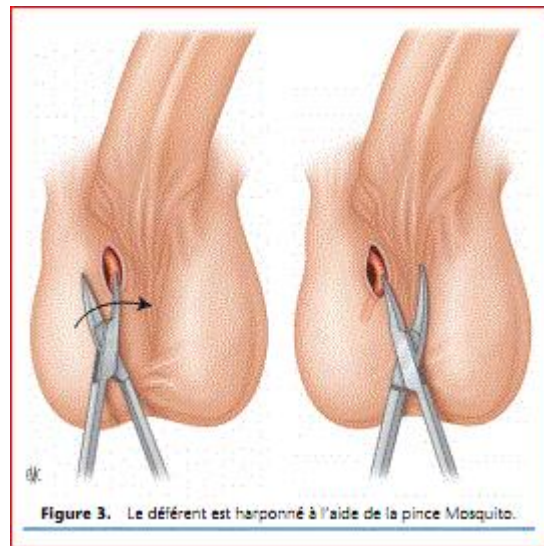
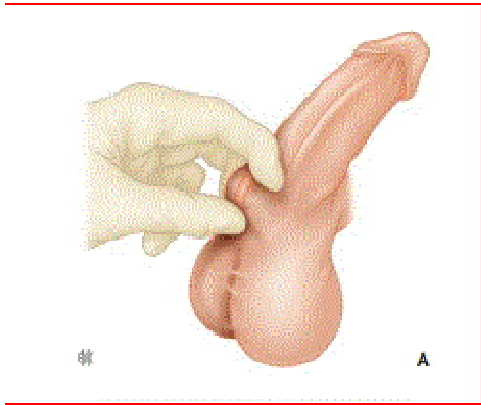


CENTRE DE PLANIFICATION ET D'EDUCATION FAMILIALE - Hopital St Jacques 44200 Nantes Tél : 40.84.60.29

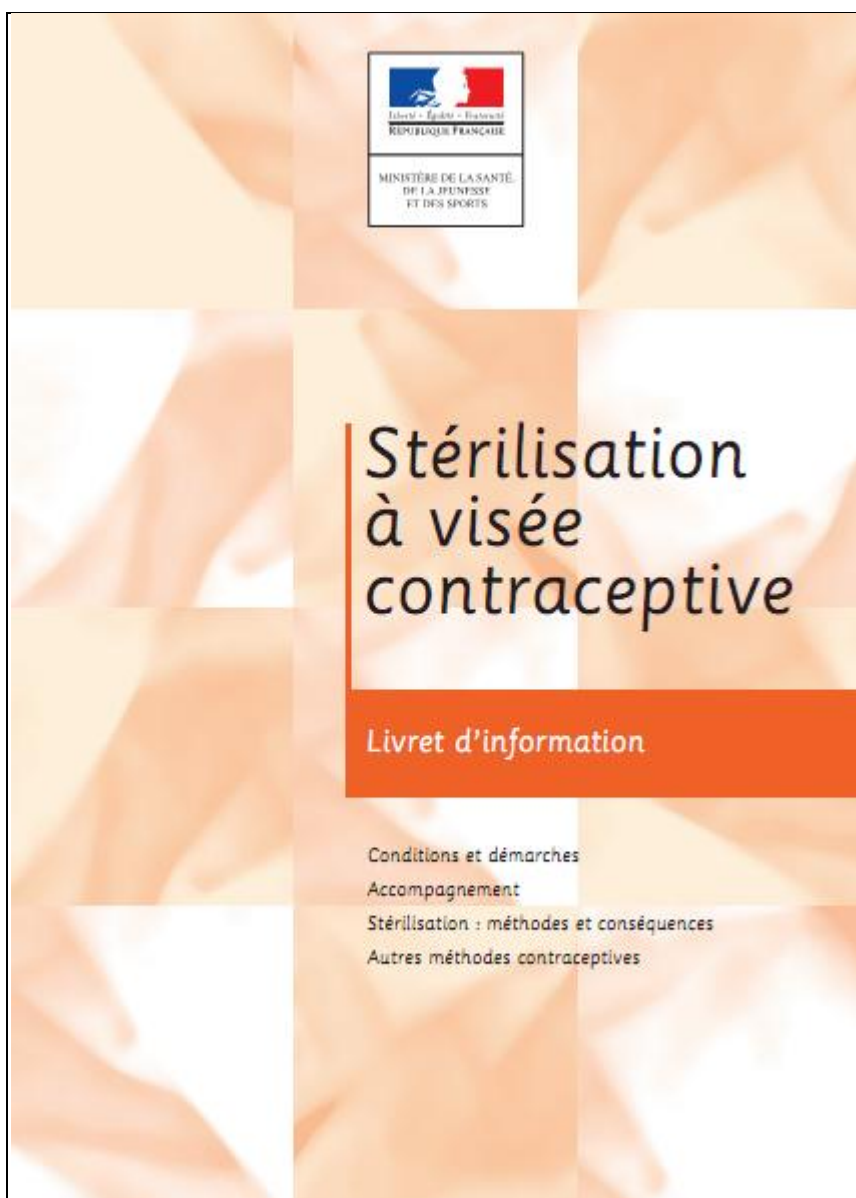
2 TECHNIQUES OPERATOIRES DE LA VASECTOMIE

D'après : BRICHART. N ; BRUYERE. F, « Vasectomie » EMC, Techniques Chirurgicales-Urologie, 2010, 41-430.





3 LIVRET D'INFORMATION



4 ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE PREALABLE A UNE STERILISATION A VISEE CONTRACEPTIVE

Annexe 1

Attestation de consultation médicale préalable à une stérilisation à visée contraceptive

Première consultation médicale (modèle d'attestation proposé)
exemplaire destiné à la/au patient(e)

1- Je soussigné(e)
certifie :

- avoir sollicité le Dr, afin qu'il réalise sur moi une stérilisation à visée contraceptive pour les raisons dont nous avons discuté, ce jour ;
- avoir reçu de sa part une information sur :
 - les différents moyens contraceptifs adaptés à ma situation,
 - la stérilisation : les techniques proposées, les contre-indications éventuelles, les risques d'échecs et d'effets indésirables, les conséquences de l'intervention et notamment son caractère à priori irréversible ;
- avoir reçu un dossier d'information ;
- avoir été informé(e) de la nécessité de respecter un délai de 4 mois entre la présente consultation et la signature du consentement préalable à l'intervention.

Date

Signature

2- Je soussigné(e), Dr certifie
avoir été saisi(e) par M. d'une demande
de stérilisation à visée contraceptive, avoir été informé(e) des motifs de sa
demande, lui avoir délivré une information complète sur cette intervention
dans les conditions prévues par l'article 26 de la loi n°2001-588 4 juillet 2001,
lui avoir remis un dossier d'information écrit.

Date

Signature

5 CONSENTEMENT A LA REALISATION D'UNE STERILISATION A VISEE CONTRACEPTIVE

Annexe 2

Consentement à la réalisation d'une stérilisation à visée contraceptive

Article 26 de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 -
article 2123-1 du code de la santé publique
exemplaire destiné à la/au patient(e)

Je soussigné(e).....
déclare :

- avoir reçu une information complète sur la stérilisation à visée contraceptive ;
- confirmer librement ma demande d'intervention formulée le ____/____/____
auprès du Dr
;
- avoir la possibilité de retirer ce consentement à tout moment avant l'intervention
(article L. 1111-4 du code de la santé publique).

Date

Signature

6 DOSSIER DE DEMANDE DE VASECTOMIE

CENTRE DE PLANIFICATION ET D'ÉDUCATION FAMILIALE	
N° DOSSIER : (1) <input type="text"/>	
CONTRACEPTION DÉFINITIVE OU VASECTOMIE	
- Date :	(2) <input type="text"/>
- Nom :	
- Prénom :	
- LUI / date de naissance :	(3) <input type="text"/>
- ELLE / date de naissance :	(4) <input type="text"/>
- ADRESSE :	
- DÉPARTEMENT :	(5) <input type="text"/>
- Téléphone :	
- LUI / profession :	
- ELLE / profession :	
- Catégorie socio-professionnelle :	(6) <input type="text"/>
- LUI	(7) <input type="text"/>
- ELLE	
- Situation de FAMILLE :	(8) <input type="text"/>
1 - célibataire	
2 - veuf	
3 - divorcé	
4 - séparé	
5 - union libre	
6 - marié	
- Autre expérience conjugale antérieure :	(9) <input type="text"/>
1 - OUI	
0 - NON	
- Année du mariage ou du début de la vie commune :	(10) <input type="text"/>
- Nombre d'enfants vivants :	(11) <input type="text"/>
- LUI	(12) <input type="text"/>
des 2 sexes : 1 - OUI	(13) <input type="text"/>
0 - NON	(14) <input type="text"/>
- ELLE	(15) <input type="text"/>
des 2 sexes : 1 - OUI	(16) <input type="text"/>
0 - NON	
- EUX	
des 2 sexes : 1 - OUI	
0 - NON	
- Date de naissance : -	
- Sexe : -	
-	
-	
-	
-	
-	
- Nombre de grossesses totales :	(17) <input type="text"/>
- Nombre de F.C.S. :	(18) <input type="text"/>
- Nombre d'L.V.G. :	(19) <input type="text"/>
- Nombre d'enfants morts nés :	(20) <input type="text"/>
- Nombre d'enfants décédés :	(21) <input type="text"/>
- Nombre d'enfants adoptés :	(22) <input type="text"/>
- Année de la dernière grossesse (et non naissance) :	(23) <input type="text"/>

- Interventions gynécologiques importantes (césariennes...)	(24)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ²
- CONTRACEPTION :		
- Méthodes contraceptives utilisées antérieurement :	(25)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 - aucune		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 - pilule		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 - D.I.U.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 - spermicides		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 - diaphragme		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 - préservatif mascul.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 - ogino		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 - courbe thermique		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 - glaire cervicale		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9 - retrait		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10 - abstention		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11 - douche vaginale		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 - injection de progestatif retard		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13 - contraception mascul. hormonale		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14 - section / ligature de trompes		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Méthode contraceptive utilisée actuellement :-	(26)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Échecs de contraception :	(27)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 - OUI		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 - NON		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Complications des méthodes contraceptives :	(28)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 - OUI		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 - NON		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Informations sur la vasectomie par :	(29)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 - ami		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 - médecin		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 - vasectomisé		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 - média		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 - centre de P.F.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PREMIÈRE CONSULTATION

- DATE :

□ □ □ □ □ □ □ □ ³

- MÉDECIN :

- CONSEILLÈRE CONJUGALE :

- MOTIVATIONS EXPRIMÉES :

(30)

□ □

□ □

□ □

- ne veut plus d'enfants :

- 1 - pour raison de santé de la femme
- 2 - pour un problème de santé de l'homme (maladie transmissible)
- 3 - pour des motifs idéologiques
- 4 - le quotat d'enfants désiré est atteint
- 5 - pour des raisons en rapport avec le vécu de son enfance à lui
- 6 - le quotat d'enfants est dépassé
- 7 - motifs socio-économiques
- 8 - projets de vie, disponibilité
- 9 - âge trop élevé
- 10 - écart d'âge avec les enfants
- 11 - difficultés d'éducation
- 12 - enfants handicapés (ou peur d'un nouveau risque)
- 13 - autre

- Commentaires :

- Demande une vasectomie :

(31)

□

- 1 - parce que c'est une méthode sûre, définitive
- 2 - parce qu'aucune méthode contraceptive ne les satisfait
- 3 - parce que c'est plus pratique/facile que la stérilisation féminine
- 4 - parce qu'il considère que "c'est bien son tour", que c'est à lui de prendre l'initiative dans ce domaine
- 5 - parce que c'est sa femme qui le souhaite
- 6 - pour une meilleure vie sexuelle
- 7 - parce qu'ils ne veulent plus recommencer l'expérience de l'I.V.G.
- 8 - veut être maître de sa contraception (liberté sexuelle)
- 9 - ne peuvent envisager la perspective d'une I.V.G.
- 10 - autre

□

□

- Facteurs déclenchant la décision :

(32)

□

- 1 - crainte de grossesse non désirée
- 2 - I.V.G. récente
- 3 - conseil d'un médecin (arrêt contraception)
- 4 - grossesse en cours
- 5 - grossesse récente (- d'un an)
- 6 - autre

□

- Que dit l'intéressé de son tempérament, de sa santé, de sa vie sexuelle ?

- Comment l'intervention est-elle appréhendée ?

- Comment percevons-nous l'intéressé ?

- **Questions à aborder lors du second entretien :**

- Notice d'information, sur le RECUEIL de SPERME, donnée :

- OUI
- NON

- Notice d'information, sur l'association HARMONY, donnée :

- OUI
- NON

DEUXIÈME CONSULTATION**- DATE :**(33) **- MÉDECIN :****- CONSEILLÈRE CONJUGALE :**

- Femme présente :

1 - OUI
2 - NON(34) **- Avis de la femme - ses questions :**

- 1 - favorable
- 2 - quelques réticences
- 3 - défavorable
- 4 - sans opinion

(35) **- Incidents génitaux antérieurs :**

- 0 - aucun
- 1 - traumatisme
- 2 - infection
- 3 - ectopie testiculaire
- 4 - cure de hernie
- 5 - varicocèle
- 6 - hydrocèle
- 7 - kyste épидидymaire.
- 8 - torsion testiculaire
- 9 - atrophie testiculaire.

(36) **- Avis de l'équipe :**

- 1 - OUI
- 2 - hésitation
- 3 - NON

(37) **- EXAMEN MÉDICAL****- Antécédents familiaux et personnels :**

en particulier : - état veineux
 - thromboses éventuelles
 - anesthésie locale

1 - OUI
0 - NON

- Examen clinique :

	Côté gauche	Côté droit
- Contenu scrotal	-	-
- Cordons et déférents	-	-
- Varicocele	-	-

- Examen général :

- Poids :

- T.A. :

- Rythme cardiaque :

- Rasage prévu : 1 - OUI
 2 - NON

- ENTRETIENS SUPPLÉMENTAIRES :

1 - OUI
2 - NON

(38)

- Notice d'information générale sur la STÉRILISATION MASCULINE remise :

- OUI
- NON

VASECTOMIE 1

- DATE :

(39)

- CODE OPÉRATEUR :

(40)

Je soussigné, Monsieur

- certifie - avoir été informé sur cette méthode de contraception définitive,
- avoir reçu et pris connaissance de la note explicative générale sur la vasectomie et la note sur le recueil de sperme,
- confirmer ma décision de stérilisation définitive

Fait à Nantes, le

Signature :

- Longueur de résection :

(41)

- 1 - ≤ 1,5 cm-
- 2 - 1,5 cm < - < 3 cm
- 3 - ≥ 3 cm

- Technique :

(42)

- 1 - résection + ligature
- 2 - résection + thermocoagulateur ou électrocoagulateur
- 3 - résection + plicature
- 4 - autre

- Difficultés opératoires :

(43)

- 0 - NON
- 1 - épaisseur des téguments
- 2 - brièveté du cordon
- 3 - varicocele
- 4 - hydrocele
- 5 - kyste du cordon
- 6 - rupture spontanée du déférent
- 7 - duplicité ou malformation du déférent
- 8 - autre

- Examen anapath. des déférents :

(44)

- 1 - OUI
- 0 - NON

- Auto-conservation du sperme :

(45)

- 1 - OUI
- 0 - NON

- Don de sperme :

(46)

- 1 - OUI
- 0 - NON

- Moyen contraceptif post-opératoire

CONSULTATION POST-OPÉRATOIRE

- 1 - OUI
2 - NON

- DATE :

(47)

- EXAMINATEUR :

- INCIDENTS :

(48)

0 - R.A.S. (œdème, ecchymoses, douleur...)

- 1 - hématome
2 - infection avec fièvre
3 - arrêt de travail
4 - autre

- Ablation des fils :

- côté droit :
- côté gauche :
- état de la cicatrice :
- ordonnance pour le spermogramme : 1 - OUI
0 - NON

- y a-t-il eu reprise de l'activité sexuelle : 1 - OUI
0 - NON

- Accepteriez-vous d'être recontacté pour discuter avec des demandeurs de vasectomie ?

- 1 OUI
0 - NON

CONSULTATION IV

- DATE :

(49)

- EXAMINATEUR :

- GRANULOME :

1 - OUI

2 - NON

(50)

- Situation :

1 - droit

2 - gauche

3 - bilatéral

(51)

- Volume :

1 - < 10 mm-

2 - 10 - 20 mm

3 - > 20 mm

(52)

- Résultats spermo-contrôle :

- nombre de spermogrammes :

1 - 2 - 3 - 4 - 5

(53)

- numération :

0 - azoospermic

1 - < 20 000/mm³

2 - 20 000 - 60 000

3 - > 60 000

(54)
1° 2° 3°

- mobilité à une heure :

0 - 0%

1 - < 20

2 - 20 - 50

3 - > 50

(55)
1° 2° 3°

- Qualité de la vie sexuelle :

0 - inchangée

1 - diminuée

2 - améliorée

(56)

- Comportement général et psychologique :

0 - R.A.S.

1 - aggravation d'un problème existant avant la vasectomie

1 - apparition d'un problème nouveau depuis la vasectomie

(57)

- Survenue d'une grossesse depuis le dernier spermogramme ?

1 - OUI

0 - NON

(58)

BIBLIOGRAPHIE :

- « Les Français et la contraception ». Sondage de l'Institut CSA pour Terrafemina, présentation des résultats, septembre 2012.
- « Rapport : la stérilisation envisagée comme mode de contraception définitive ». Comité Consultatif Nationale d'Ethique pour la Science de la Vie et de la Santé, 3 avril 1996, p.1-29.
- « Vasectomies en 2006 ». Rapport d'activité Centre Simone Veil, CHU de Nantes, 2006.
- ANAES-AFSSAPS-INPES. « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : Recommandations pour la pratique clinique ». Service des Recommandations Professionnelles de l'ANAES, décembre 2004, 48 pages.
- ANAES-AFSSAPS-INPES. « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : Argumentaire ». Service des Recommandations Professionnelles de l'ANAES, décembre 2004, 198 pages.
- ANAES-AFSSAPS-INPES. « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : Synthèses des recommandations ». Service des Recommandations Professionnelles de l'ANAES, décembre 2004, 5 pages.
- AUDREN. G, « La vasectomie : un mode de contraception du couple possible ? ». Université de Rennes, Thèse de Médecine, le 3 mai 2001, 101 pages.
- BAJOS. N et al. « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? ». *Population & Sociétés*, septembre 2012 ; n°492 : 1-4.
- BAJOS. N et al. « Pourquoi le nombre d'avortement n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? ». *Population & société*, 2004 ; INED, n°407.

- BRICHART. N ; BRUYERE. F, « Vasectomie » EMC, Techniques Chirurgicales-Urologie, 2010, 41-430.
- CHARTON. L ; LAPIERRE-ADAMCYKE. E, « Systèmes de valeurs et méthodes contraceptives : mise en perspective à partir du recours à la stérilisation contraceptive en France et au Québec ». Colloque Internationale de l' AIDELF, Août 2008, Québec.
- COX MB. B et al. « vasectomy and risk of prostate cancer ». *Journal of the American Medical Association*, 2007; vol 287: 3110-3115.
- DESJEUX. C, « Une occultation des pratiques masculines de contraception ». *Revue pluridisciplinaire en science de l'homme et de la société*, juin 2008 ; n°6 : 151-160.
- DESJEUX. C, « Histoire de la contraception masculine : l'expérience de l'association pour la recherche et le développement de la contraception masculine (1979-1986) ». *Politiques sociales et familiale*, 2010 ; n°100 : 110-114.
- DHAINAUT. C, « Stérilisation tubaire : Quelles méthodes pour quelles patientes ? ». *La Lettre du Gynécologue*, septembre 2006 ; n°314 : 40-45.
- DUCHESNE. L, « Données sociodémographiques en bref : les stérilisations ». *Bulletin de l'Institut de la Statistique du Québec*, 2001 ; vol 5 n°3 : 4-5.
- ERLICH. M, « la chirurgie sexuelle en France : aspects historiques ». EMC 2007, sexologie 16: 180-188.
- HAERTIG. A et al. « Le chirurgien urologue et la vasectomie en 2010 ». *E-mémoire de l'Académie Nationale de Chirurgie*, 2011 ; n°10 : 65-66.
- HAS « Evaluation des techniques de stérilisation chez la femme et chez l'homme : document de synthèse des travaux de l'ANAES ». Service Evaluation des Actes Professionnels, mai 2005.

- HUBER. A; SIEBER.A, « Paternité après vasectomie: l'apport positif de la microchirurgie ». *Forum Médicale Suisse*, 2010 ; n°10 : 285-287.
- HUYGHE. E et al. « Contraceptions masculines non déférentielles : revue de la littérature ». *progrès en urologie*, 2007 ; volume 17, n°2 : 156-164.
- HUYGHE. E et al. « Vasectomie et chirurgies contraceptives déférentielles : aspects légaux et techniques ». *Progrès en urologie*, 2007 ; n°17 : 789-792.
- JARDIN. A, « Où en est la stérilisation masculine en France ». Extrait des mises à jour en Gynécologie Médicale, 29 novembre 2006 ; vol 2006, P.147-152.
- KALAMPALIKIS. N ; BUSCHINI. F, « contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires ». *Nouvelles Revues de Psychosociologie*, 2007 ; n°4 : 89-104.
- KULIER. R et al, « Minilaparotomy and endoscopic techniques for tubal sterilisation (review) ». *The Cochrane collaboration*, 2009.
- LERIDON. H et al. « La médicalisation croissante de la contraception en France ». *Population & Société*, juillet-août 2002 ; n°381 : 1-4.
- MAITROT-MANTELET. L ; PLU-BUREAU. G, « Contraception après 40 ans ». *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*, 2010 ; n°144 : 1-4.
- MATTEI. A et al. « Paternité après vasectomie : comment procéder ? ». *Forum Médical Suisse*, 2007 ; n°7 : 955-957.
- MOREAU. C et al. « Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG ». *REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES*, 2011 ; n°1 : 148-161.
- MOTTET-AUSELO.N, « Cancer de prostate. 1. Epidémiologie ». *Progrès en urologie*, 1995 ; n°5 : 31-37.

- MOYSE. D, « Des enjeux éthiques de la question : les stérilisations pratiquées en France relèvent-elles de l'eugénisme ? ». *Revue Européenne du Handicap Mental*, 1998 ; vol 5 n°16 : 36-46.
- MROUE. S et al. « Désir de grossesse après vasectomie : vasovasostomie ou procréation médicalement assistée ? ». *Revue Médicale Suisse*, 2010 ; n°6 : 2030-2032.
- PAUNESCU. A-C, « Evaluation d'un outil d'aide à la décision en matière de stérilisation masculine ». Université de Laval (QUEBEC), mémoire de médecine, 2008, 159 pages.
- PISON. G, « Deux enfants par femmes dans la France de 2010 : la fécondité serait-elle insensible à la crise économique ? ». *Population & Société*, mars 2011 ; n°476 : 1-4.
- POTVIN. C, « la « pilule » contraceptive pour hommes : est-ce pour bientôt ? ». *Le Médecin du Québec*, janvier 2002 ; vol 37, n°1 : 107-109.
- RIGOT. J-M, « Vasectomie à visée contraceptive ». *EMC*, 2004 ; n°3 : 3-4.
- ROCHON. M « Les ligatures de trompes et les vasectomies au Québec. Evolution récente ». *Cahiers québécois de démographie*, 1991 ; vol 20, n°1 : 157-166.
- RYCKEWAERT. S, « Place de la vasectomie dans la contraception du couple : A propos de 45 cas ». Université Lille 2, Thèse de Médecine, 30 novembre 2009, 96 pages.
- SCARABIN. C et al, « Etudes ESTHIME. Stérilisation selon le procédé Essure : vécu des femmes. Enquête multicentrique rétrospective ». *Gynécologie obstétrique & Fertilité*, novembre 2007 ; vol 35, n°11 : 1123-1128.

- SOUFIR. J-C, « Contraception hormonale masculine par les androgènes seuls : acquis et perspectives ». *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*, 2010 ; n°144 : 13-16.
- TOULEMON. L ; LERIDON. H, « La famille idéale : combien d'enfants, à quel âge ? ». *INSEE Première*, 1999 ; n°652.
- TOULEMON. L ; LERIDON. H, « Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements ». *Population*, 1992 ; volume 47, n°1 : 1-46.
- TOULEMON. L ; LERIDON. H, « Vingt années de contraception en France : 1968-1998 ». *Population*, 1991 ; volume 46, n°4 : 777-812.
- TOULEMON. L ; TESTA. MR, « Fécondité envisagée, fécondité réalisée : un lien complexe ». *Population & Société*, septembre 2005 ; n°415 : 1-4.
- TOULEMON. L, « Combien d'enfants, combien de frères et sœurs depuis cent ans ? ». *Population & Société*, décembre 2001, n°374 : 1-4.
- WISARD. M et al. « Vasectomie ». *Forum Médicale Suisse*, 2006, n°6 : 1124-1127.
- WYNS. C, « La contraception masculine ». *Louvain Médical*, décembre 2004 ; n°123 : 364-374.
- Xiaozhang. L, « Intervention avec ou sans bistouri en cas de vasectomie : commentaire de la BSG ». *Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS*, dernière mise à jour : 27 juillet 2009 ; Genève.
- Xiaozhang. L, « Technique d'occlusion pour la vasectomie en cas de stérilisation masculine : commentaire de la BSG ». *Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS*, dernière révision : 1er septembre 2008 ; Genève.

Auteur

LE VRAUX Pierre

Né le 20 février 1988 à Nantes

Diplôme d'Etat de Sage-Femme, UFR de Médecine, Nantes, 2013

Titre du Mémoire

La vasectomie à visée contraceptive : Quelle évolution ?

Directeur de Mémoire

Dr Jean-Paul DESSAUX

Mots-Clés

Vasectomie, Stérilisation, Contraception, Enquête

Résumé

La loi HPST du 21 Juillet 2009 a étendu les compétences des sages-femmes aux champs de la contraception et du suivi gynécologique de prévention. Une connaissance approfondie de l'ensemble des moyens disponibles est donc indispensable. La vasectomie bien que définitive représente la seule possibilité de contraception masculine avec le préservatif masculin. Bien que définitive, elle fait partie des méthodes les plus sûres et les plus efficaces. Elle ne possède que très peu de contre-indications et est peu coûteuse.

Ce travail a été réalisé afin de comprendre ce qu'est la vasectomie, ses indications et ses implications tant sur le plan médicale que psychologique. Il s'appuie également sur une étude rétrospective de 187 dossiers de vasectomisés, en couple au moment de l'intervention, du Centre Simone Veil du CHU de Nantes entre le 1^{er} Janvier 2007 et 31 août 2012.

Plus de 10 ans après sa légalisation, la vasectomie ne parvient toujours pas à trouver sa place en tant que méthode contraceptive et reste un choix exceptionnel. Le manque de connaissance des professionnels et le manque d'information du public suffisent à expliquer en grande partie les chiffres très faibles de la vasectomie. La nouvelle méthode de stérilisation intra-tubaire chez la femme, aussi simple et aussi efficace que la vasectomie et moins à risque de complications que les autres méthodes de stérilisation tubaire, n'aidera sans doute pas à inverser cette tendance. Pourtant la vasectomie a toute sa place à prendre chez les couples stables, ayant des enfants en commun, qui n'ont plus de désir d'enfant, et pour qui les autres moyens de contraception demeurent insatisfaisants.