



LA STÉRILISATION VOLONTAIRE FÉMININE

QUELS ENJEUX ÉTHIQUES ?

LES FICHES DOC'ÉTHIQUES DE L'EREBFC

Temps de lecture : env. 30 minutes

Les fiches "Doc'éthique" sont conçues comme un soutien à la réflexion préalable en éthique. L'éthique n'est pas une prise de position, ni un code de bonnes pratiques ou encore un jugement de valeurs. L'éthique est une démarche réflexive mettant en exergue les oppositions entre différentes valeurs et soulignant la nécessité d'y réfléchir afin de prendre ensuite des décisions circonstanciées et éclairées.

Le format court des "Doc'éthique" permettra ainsi aux intéressés d'avoir une première vue d'ensemble des questions qui jaillissent du thème traité, mais également au chercheur désireux de travailler sur cette thématique d'y trouver une première base pour affiner son questionnement et/ou son thème de recherche en éthique.

Une bibliographie pour lecteur curieux est proposée en complément.

Pour aller plus loin, nous vous invitons à vous référer à notre onglet "Documentation" sur : www.erebfc.fr

Pour télécharger ce document en pdf :



"Difficile de refuser l'accès à la PMA à quiconque, au nom du respect dû à l'autonomie reproductive ; difficile d'imposer à une femme de poursuivre une grossesse dont elle demande l'interruption. En est-il de même face à une demande de stérilisation définitive ?"

[1]

INTRODUCTION

Parmi les nombreuses méthodes contraceptives auxquelles peuvent accéder les femmes pour la gestion de leur fertilité, la stérilisation à visée contraceptive, que nous appellerons stérilisation volontaire (SV) est autorisée dans la loi française depuis 2001. Avant cette date, les chirurgiens étaient autorisés à procéder à cette intervention dans un cadre strictement thérapeutique, par exemple si une grossesse pouvait mettre en danger la vie de la femme. Toute autre stérilisation était considérée comme une suppression d'une fonction saine et fonctionnelle, autrement dit, une mutilation.

Le changement de regard a été initié en 1999 avec la modification de l'article 16-3 du code civil permettant l'atteinte "à l'intégrité du corps humain en cas de nécessité médicale" et non plus qu'en cas de nécessité "thérapeutique". La loi promulguée en 2001 dans le cadre de la lutte contre les grossesses non désirées permet finalement d'envisager la stérilisation comme une contraception, volontaire, et à la demande de toute personne majeure, sans autre critère d'âge[2]. La loi* exige une première consultation pour acter la demande et informer le patient des diverses méthodes contraceptives existantes. Un délai de quatre mois est demandé avant un second rendez-vous pour confirmer par écrit la demande et programmer une intervention dans un établissement de santé. Seul le consentement de la personne est demandé et aucun critère de parentalité n'est prérequis.

Contrairement à l'homme, la vasectomie peut être pratiquée en ambulatoire, la stérilisation féminine demande une anesthésie générale et une hospitalisation d'un à trois jours. Les techniques provoquant une occlusion immédiate des trompes s'effectuent soit en les ligaturant et en les sectionnant, soit en les électro-coagulant, soit en les pinçant avec un anneau ou un « clip »[3]. Alors que la SV est la première contraception au niveau mondial choisie par les femmes**, en France, le caractère tabou de la SV semble renforcer la difficulté des femmes à accéder à cette opération : *“La stérilisation volontaire n'apparaît que dans la vie des femmes à l'âge entre 30 et 34 ans, parmi lesquelles seulement 2,5 pour cent des françaises choisissent cette méthode contraceptive. Ce chiffre augmente graduellement, et arrive à 11 pour cent pour des femmes à l'âge de 45 à 49 ans.”*[4] De plus, on observe depuis 2013 une chute du nombre de stérilisation féminine, quand le nombre de stérilisation masculine augmente : en 2022, trois stérilisations masculines ont été pratiquées pour deux stérilisations féminines[5].

En conséquence, si la loi permet une grande liberté contraceptive, les femmes en France peinent souvent à accéder à la stérilisation. En effet, le caractère non pathologique de la demande ne permet pas de mobiliser chez le professionnel un devoir à soigner puisque la personne n'est pas malade. Nous tenterons d'éclairer, au regard de la littérature existante, l'équilibre délicat entre la patiente demandeuse et autonome dans sa décision et le professionnel porteur de déontologie et souvent d'un certain paternalisme.

Nous précisons enfin que le périmètre de discussion de notre doc'éthique ne comprend pas les stérilisations contraintes (nettoyage ethnique, violences gynéco-obstétricales etc.) car elles n'émanent pas d'une demande de la patiente, sont faites sans consentement et rentrent dans le champ des mutilations au sens où nous l'avons décrit en début d'introduction.

1- LA MEILLEURE CONTRACEPTION ?

LA FEMME

La femme ne souhaitant pas concevoir porte depuis sa puberté la contrainte de choisir la meilleure contraception selon ses habitudes de vie[6]. Les raisons qui peuvent amener une femme à considérer la SV comme la “meilleure contraception” se font en comparaison des autres propositions actuelles, mais également en fonction des offres sur le marché concernant la contraception masculine.

Pour celles qui la revendiquent, la SV revêt de très nombreux avantages : pas de charge financière outre l'opération, pas de charge mentale journalière pour la prise d'un contraceptif oral ni de renouvellement d'ordonnances, pas de mauvaise tolérance aux hormones, pas de retentissement sur le désir ou le plaisir. Les effets secondaires immédiats de l'opération sont par ailleurs rares[7], et l'absence de contingence contraceptive confère une certaine qualité de vie sexuelle, majorée notamment par une gestion complètement indépendante du partenaire masculin[6]. Le retour à l'équilibre hormonal naturel est souvent décrit comme source de bien-être. Enfin, l'absence de grossesse, bien que les femmes stérilisées volontaires ne soient biologiquement pas stériles, est l'argument majeur.

Ces atouts sont à tempérer du côté des maladies sexuellement transmissibles (MST), seulement évitables par l'usage d'un préservatif. Au niveau des désagréments du cycle, la SV n'amoindrit ni le flux ni les douleurs de règles. Si l'indice de Pearl est extrêmement bas***, il arrive tout de même que certaines femmes subissent un échec de contraception après une SV, notamment lorsque les procédures n'impliquent pas de retirer les trompes de Fallope, une grossesse intervient dans environ 2 % des cas au cours des 10 premières années suivant la procédure. Un tiers environ de ces grossesses sont extra-utérines et se développent au niveau des trompes de Fallope[7].

Les femmes françaises demandeuses d'une SV décrites dans la littérature savent que ce n'est pas un choix anodin. C'est une décision qu'elles ont mûrement réfléchi et la littérature indique que ces femmes travaillent leur réflexion au travers de discussions avec leurs familles et amis. Un travail de justification et d'explication est souvent décrit afin de faire accepter à l'entourage ce choix qui n'est pas toujours accepté par les familles et compliquent les relations[8]. On peut se demander dans quelle mesure ces échanges les aident à préparer leur argumentaire pour l'entretien médical. En effet, leur recherche d'informations sur le sujet les informe de refus fréquents et les acclimatent à l'idée de devoir justifier leur choix au gynécologue au-delà des dispositions légales.

[1] FOURNIER V., FOUREUR N., *“La demande de stérilisation définitive”*, dans : *Éthique clinique. L'éthique clinique en 10 cas*, ed. Dunod, col. “Aide-Mémoire”, 2021, p. 27-36. URL : +

[2] VIE PUBLIQUE, *“Déclaration de Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité sur la contraception et l'IVG, notamment l'allongement du délai légal de recours à l'IVG et la suppression de l'entretien obligatoire pour les femmes majeures”*, prononcé le 27 mars 2001. URL : +

[3] SANTE.GOUV, *“Stérilisation à visée contraceptive”*, livret d'information, juillet 2022. URL : +

[4] NEVES PINTO G., GRASSELLI FREITAS F. M., *“La réception de la stérilisation volontaire dans la législation du Brésil et de la France et ses principales conséquences”*, *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 2021/4, vol. 32, chap. 7, p. 127-149. URL : +

[5] AGENCE NATIONALE DE SECURITE DU MEDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTE, *“Le nombre de vasectomies a été multiplié par 15 en 12 ans en France, depuis 2021 il dépasse le nombre de stérilisations féminines”*, 12 février 2024. URL : +

[6] MAUGAN M-E., *“La contraception masculine, quels enjeux éthiques”*, Doc'éthique, EREBFC, juillet 2022. URL : +

[7] LE MANUEL MSD, *“Contraception définitive - Problèmes de santé de la femme”*, Manuels MSD pour le grand public, mis à jour août 2023. URL : +

[8] TOURETZ E., *“La stérilisation volontaire féminine : une méthode contraceptive parmi d'autres ?”*, mémoire pour le diplôme de Master 2 en éthique médicale et bioéthique, présenté et soutenu publiquement le 14 juin 2022. URL : +

* La stérilisation à visée contraceptive est prévue aux articles L. 2123-1 et L. 2123-2 du code de la santé publique figurant en annexe 3. Source SANTE.GOUV, *“Stérilisation à visée contraceptive”*, livret d'information, juillet 2022. URL : +

** 23,7 % des femmes - soit 219 millions de femmes. Source : Institut National d'Etudes Démographiques, *“Les méthodes de contraception les plus utilisées au monde”*, 30 avril 2020. URL : +

*** L'indice de Pearl est l'outil utilisé généralement pour élaborer des statistiques en recherche clinique sur la contraception. Pour en savoir plus : +

[9] LE COZ P., "Petit traité de la décision médicale", éd. Seuil, mai 2007.

[10] CHARTON L., "La stérilisation contraceptive ou le renforcement d'une image normative de la famille", rev. Recherches familiales, 2014/1, n° 11, pp. 65-73. URL : [+](#)

[11] FAYA ROBLES A., "« Liez ou ne pas liez ». Choix contraceptif et stérilisation chez des femmes en milieu populaire urbain du Nord-est brésilien", rev. Autrepart, 2009/3, n° 51, pp. 57-73. URL : [+](#)

LE MÉDECIN

La majorité des chirurgiens au contact de demandes de SV ne sont pas convaincus à priori du bienfait du geste et craignent que la patiente ne vienne à regretter son choix un jour et qu'elle ne puisse pas concevoir. Comment accéder à une demande qui altère une fonction du corps au lieu de la soigner ?

Cette inquiétude vécue fait émerger chez le professionnel la peur de porter préjudice à la femme demandeuse. Ainsi, refuser l'opération en s'appuyant sur le jeune âge de la patiente, sur l'hypothèse d'un changement d'avis ultérieur, ou encore sur le nombre d'enfants jugé subjectivement comme insuffisant, signifie que le professionnel choisit de ne pas faire subir une intervention à la patiente malgré la demande itérative de la patiente. Il est certain que dans une relation de soin, le médecin cherche toujours dans sa décision médicale à ne pas nuire à son patient. Cependant, le principe de non-malfaisance n'intervient pas seul et s'examine à l'aune des autres principes de l'éthique biomédicale, que sont les principes de bienfaisance, d'autonomie et de justice.

Le principe de bienfaisance consiste à souhaiter le retour du patient à la santé et à la pleine possession de ses fonctions physiques[9]. Or la stérilisation ne vient pas restaurer une capacité mais vient bien l'altérer. Ainsi le bien que vise la femme demandant une SV n'est pas nécessairement évident de prime abord pour le professionnel. Car ce bien n'est pas strictement de l'ordre de la physiopathologie, et donc du ressort médical. Le principe d'autonomie invite à considérer la patiente comme pleinement responsable de ses demandes au corps médical, autonome dans sa capacité à comprendre les soins et à y consentir.

Enfin le principe de justice suppose une équité de traitement entre les patients. Sur quels critères le médecin base-t-il son refus ? En cas de refus de la part du professionnel, en raison du principe de justice, le médecin est tenu d'adresser la patiente à un autre professionnel qui pourra répondre positivement à sa demande de SV. D'un point de vue médical, il est légitime qu'à ce stade de réflexion, le professionnel s'interroge sur le bien-fondé d'un tel acte qui viendrait interrompre une fonction saine du corps, et qui requiert une équipe complète de chirurgie et un bloc opératoire.

2- UNE AUTONOMIE INDIVIDUELLE ASSORTIE D'UNE RESPONSABILITÉ INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

UNE AUTONOMIE REPRODUCTIVE À SON PAROXYSME

Si avant 2001 la SV était considérée comme une mutilation, aujourd'hui encore la stérilité est un sujet de honte et peut même être considérée dans certains milieux comme une punition ou une maladie. Pour les femmes qui revendiquent la SV, une transformation de la fécondité et de la féminité est ainsi à l'œuvre, faisant passer ce qui était vu comme une diminution de la nature féminine, à une transformation de leur être féminin de l'ordre de l'augmentation. Ainsi les femmes demandeuses s'ôtent une capacité afin de s'augmenter dans leur propre représentation : une femme qui se sent libérée de la possibilité de concevoir, une femme qui maîtrise parfaitement sa fécondité.

Cette maîtrise, la société l'exige des femmes, à travers toutes les injonctions et le suivi gynécologique précoce. Mais en demandant une SV, la femme dépasse l'injonction socialement admise en France : quitte à devoir maîtriser, autant maîtriser définitivement. "Les interventions biotechniques ont changé la compréhension sur ce que nous sommes tout en élargissant les possibilités de choix. Désormais on va bien au-delà de ce qui était tout simplement donné. Par conséquent, l'autonomie privée des individus, qui dès lors ont le pouvoir de choisir - se trouve augmentée. Ainsi la science et la technique ont augmenté considérablement les libertés et l'autonomie personnelle, tout en dépassant les limites éthiques jusqu'alors connues." [4] Ce "bio-pouvoir" apporte ainsi aux couples hétérosexuels une sexualité hors de tout risque de grossesse et de contingence contraceptive[10].

Cette autonomie de la patiente, le praticien la recherche au travers des questions posées pour évaluer la pertinence de la demande : "Les médecins utilisent une vaste gamme de techniques de l'aveu et de la justification pour obtenir les preuves du caractère « réfléchi » du choix de la femme, tout en écartant toute dimension subjective du choix." [11] A cet égard, on constate un paradoxe étonnant entre les femmes demandeuses considérant leur démarche responsable de ne pas concevoir des enfants non désirés, et un certain nombre de praticiens qui qualifient les femmes demandeuses d'"irresponsables" pour la raison même qu'elles souhaitent s'ôter la possibilité d'enfanter. Il est intéressant de relever également le caractère régulier du critère de l'âge de la demandeuse, faisant émerger la crainte des professionnels d'une autonomie et d'une responsabilité qui s'acquiert l'âge avançant[8]. L'âge serait-il la preuve de la responsabilité et le meilleur rempart contre le regret ?



LA RESPONSABILITÉ DU CHOIX

Et si effectivement, la femme stérilisée à sa demande venait à regretter son choix ? La littérature évoque un taux de regret faible, mais précise que le regret est plus fréquent chez les femmes stérilisées avant 30 ans. En effet, l'exposition dans le temps à une fertilité possible accompagnée de changements socio-économiques et conjugaux peut jouer en faveur d'un regret[12]. L'état de la vie affective de la femme au moment où elle fait la demande peut également le favoriser (par exemple, dans une période de difficulté dans le couple, en suite de couche etc). De plus, toute chirurgie non urgente comporte sa part de risques et de bénéfices que la patiente pourra apprécier ou regretter. A cet égard, l'échange que le professionnel a avec la patiente au premier rendez-vous est crucial afin de s'assurer de la responsabilité d'un geste qu'elle assumera à travers le temps: *"En fait, mon but n'est pas de choisir pour elles, mon but c'est qu'elles n'aient pas de regret sur ce qu'elles sont en train de faire (...) Mais c'est de la même manière en gros que la patiente qui ne veut prendre aucune contraception, moi ça ne me pose aucun problème si elle fait pas d'IVG."*[12] Ainsi le professionnel, au travers de son échange avec la patiente, cherche à s'assurer que la patiente comprend la portée de son geste et des conséquences afin de faire coïncider son autonomie et sa responsabilité. Le but est d'éviter à la fois à sa patiente et au système de santé des actes chirurgicaux non nécessaires.

UN SYSTÈME DE SANTÉ EN TENSION

Alors même que le nombre de fermetures de lit en chirurgie s'accélère, les opérations en ambulatoire augmentent afin de limiter le temps de présence du patient en structure hospitalière[13]. Or du point de vue du système de santé actuellement en crise, une SV est d'autant plus discutable qu'elle n'est pas considérée comme une nécessité médicale. Un dilemme de justice apparaît entre les demandes des patientes à qui on refuse un acte auxquels elles ont légalement le droit et une justice distributive nécessitant de répartir les biens et les services sanitaires entre les différents types de patients et de besoins.

En cas de regret, une opération de re-perméabilisation des trompes peut parfois s'envisager, sans cependant une réelle garantie de succès (lequel dépendra de nombreux paramètres, dont le majeur est l'âge de la femme), et c'est bien son caractère considéré comme irréversible qui provoque des cas de consciences au corps médical. Par ailleurs, depuis 2021, la loi autorise l'autoconservation des gamètes sans critères de maladie[14] : toute femme entre 29 et 37 ans peut demander la congélation de ses ovocytes sans motif médical dans le but de recourir plus tard à une aide à la procréation. Par ailleurs la ligature des trompes n'empêchant en rien l'ovulation, une ponction ovarienne chez la femme en âge de procréer (mais stérilisée) est possible, ouvrant la voie à une procédure d'Assistante Médicale à la Procréation (AMP). Au regard des éléments évoqués, le risque de consumérisme en santé autour des questions de fertilité et de procréation est élevé, faisant intervenir des questions budgétaires. Le CCNE le rappelle, les habitudes des professionnels contribuent ou non à l'équilibre des finances de santé : *"Il ne faut pas oublier que le médecin reste aussi un acteur de santé publique et doit être capable, à ce titre, de refuser une demande qu'il juge inutile ou inutilement coûteuse."*[15]

Dans un système de santé qui ne serait pas sous tension et où chaque femme demandeuse pourrait obtenir une ligature des trompes sans que d'autres doivent attendre pour être opérées, la question des coûts se poserait toujours.* En effet, le renouvellement de la pilule et le suivi gynécologique général sont l'occasion de dépistages afin de découvrir précocement les cancers du sein et du col de l'utérus[16]. Il pourrait être intéressant de suivre les femmes stérilisées en France pour voir comment cela modifie ou non leur parcours médical et leurs dépistages.

3- UN PARCOURS DIFFICILE

DES REFUS VÉCUS COMME INFANTILISANTS

En France, le parcours de SV est décrit dans la littérature comme difficile. Le premier entretien prévu par la loi est souvent vécu par la femme non pas comme une discussion éclairante mais comme une bataille en devant fournir les preuves objectives de sa demande[11]. La littérature illustre que les deux principaux critères d'éligibilité ou de refus évoqués par les professionnels sont l'âge de la patiente et la maternité. Le nombre d'enfant est en sus lui-même un critère subjectif récurrent : plus la femme est avancée en âge et plus elle a d'enfant, moins le professionnel tendra à avoir des objections. Ainsi les femmes jeunes (entendre généralement moins de 35 ans) et nulligestes (n'avoir eu ni grossesse ni avortement) est la tranche d'âge qui questionne le plus les professionnels et fait émerger une première contradiction biologique: la SV est une méthode contraceptive extrêmement sûre mais pourtant réservée aujourd'hui aux femmes les moins fertiles s'approchant de la ménopause[4].

[12] MASELLA M.-A., MARCEAU E., "La stérilisation volontaire chez les femmes sans enfant de moins 30 ans : dilemme éthique et déontologique", rev. canadienne de bioéthique, 2020/1, vol. 3, pp. 1-177. URL : +

[13] DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DRESS), "En 2022, la baisse du nombre de lits en état d'accueillir des patients s'accroît", études et résultats n°1289, décembre 2023. URL : +

[14] LEGIFRANCE, Décret n° 2021-1933 du 30 décembre 2021 fixant les modalités d'autorisation des activités d'autoconservation des gamètes pour raisons non médicales. Dernière mise à jour de ce texte : 28 mars 2024. URL : +

[15] COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE (CCNE), "Refus de traitement et autonomie de la personne", avis n°87, février 2021. URL : +

[16] MEMBRADO M., "Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation", rev. Nouvelles Questions Féministes, 2006/2, vol. 25, pp. 16-31. URL : +

* Le remboursement de la ligature des trompes de Fallope par la sécurité sociale varie de 167,20 € à 196 € selon la nature de l'intervention chirurgicale, qu'elle soit par accès vaginal ou abdominal. Les tarifs augmentent en secteur 2 ou dans le privé, et le remboursement sera partiel en fonction des mutuelles. Source (informations datant du 2 avril 2024) : +



[17] DESCHAMPS D., "Stérilisation volontaire, le parcours des combattantes", Politis, 24 novembre 2021. URL : [+](#)

[18] BOUFETAL H., MAHDAOUI S., SAMOUH N., "Facteurs déterminants le regret après ligature tubaire", Pan Afr Med J., 1er avril, 2014. URL : [+](#)

[19] DEBEST C., MAZUY M., L'EQUIPE DE L'ENQUETE FECOND, "Rester sans enfant : un choix de vie à contre-courant", rev. Population & Sociétés, 2014/2, n° 508, pp. 1-4. URL : [+](#)

[20] COMTE F., "Jocaste délivrée. Maternité et représentation des rôles sexuels", rev. La Découverte, col. "Cahiers libres", 1991. URL : [+](#)

[21] FRANCE INTER, "L'instinct maternel : une vaste supercherie, finalement assez récente", RADIO FRANCE, 1er juin 2023. URL : [+](#)

[22] BRASSEUR P., "L'importance de l'étude du genre dans le domaine de la santé", support de cours de Licence, Genre et Santé, 2018. URL : [+](#)

[23] TILLICH E., "« Libérées, délivrées ! » : stérilisées et sans enfant", rev. Ethnologie française, 2019/4, vol. 49, pp. 787-801. URL : [+](#)

[24] LALONDE D., "Regret, shame, and denials of women's voluntary sterilization", rev. Bioethics, juin 2018. URL : [+](#)

[25] ABBEY C., "Cette BD salutaire résonnera chez toutes les childfree fatiguées qu'on leur dise de faire des gosses", j. Madmoizelle.com, publié le 16 janvier 2022. URL : [+](#)



Existe-t-il autant de refus pour des vasectomies et si oui, quels en sont les critères de refus ? Des études comparatives en France permettraient d'illustrer un écart que l'on pressent à la lecture de la bibliographie existante : la médecine française accorde moins facilement de crédit aux demandes des femmes qu'aux hommes et est plus prompte à psychiatriser ces dernières pour invalider leur demande. Ainsi la demande de SV proviendrait d'un mal-être (santé mentale, difficultés dans le couple etc.), lequel soigné ferait disparaître la demande initiale[16]. Les médecins demandent ainsi fréquemment une consultation chez un psychologue, dont la validation sera une condition nécessaire. Dans quelle mesure une consultation suffira à un psychologue à s'assurer que la bipolarité d'une patiente n'altère pas ses facultés mentales et son jugement ? Et qu'attendre d'une telle consultation pour une femme sans pathologie mentale avérée ? La pertinence de cette consultation ajoutée est source de discussion parmi les professionnels, certains y voyant une sécurité supplémentaire apportée par un regard pluridisciplinaire d'autant plus justifié que l'âge des patientes est jeune, d'autres évoquant un paternalisme irrespectueux. C'est en ce sens qu'est ressentie la demande du professionnel d'échanger avec le partenaire alors même que la loi spécifie le recueil du consentement de la seule intéressée. Les femmes nulligestes essayant des refus les comprennent généralement ainsi : "D'autres ont jugé pour moi que je devais avoir des enfants."[17]

L'IMAGE DE LA FEMME ET DE LA MATERNITÉ

Bien que les arguments du regret et de l'âge restent les principaux invoqués, la littérature ne penche pas vers un regret significatif des femmes. Des études sur le long terme seraient intéressantes, notamment pour les femmes nulligestes ayant fait ce choix jeune, car on sait que le critère principal du regret est l'exposition dans le temps à ce choix[18]. Il est important de noter également que les causes d'apparition du regret d'une stérilisation définitive ne sont pas nécessairement liées au désir d'enfants, mais plus souvent à des complications de la ligature tubaire, à des considérations religieuses ou à la connaissance d'autres moyens contraceptifs[18].

Les femmes sont encore aujourd'hui socialisées beaucoup plus tôt que les garçons, dès l'école primaire, à la question de la parentalité. Ce mode de socialisation leur a donné l'occasion de se projeter dans la maternité et d'y réfléchir dès le plus jeune âge, faisant d'elles des jeunes majeures pour certaines très assurées dans leurs choix[19], un choix en contradiction radicale avec certains discours politiques récents appelant à faire des enfants. Alors qu'on interroge "le meilleur intérêt de la femme" dans les parcours de stérilisation, mais pas lors des parcours de PMA, les nulligestes stérilisées réinterrogent notre image de la femme. Pourquoi le regret n'est-il jamais évoqué que pour les demandes de stérilisations ? Le regret de maternité, bien que tabou, existe pourtant aussi et n'est pas évoqué lors des parcours de PMA[8].

Cette géométrie variable du questionnement fait émerger des valeurs et des images portées par la société et par ses professionnels de santé. Dans l'histoire récente du XXème siècle, le modèle contraceptif standard français a favorisé un passage du modèle de "destin maternel" [20][21] à un modèle d'identité féminine diversifié basé sur trois composantes : épanouissement sexuel, investissement professionnel et maternité[22]. Ainsi, la maternité reste une composante importante de notre société : selon certains professionnels refusant la demande de stérilisation, ne pas se faire ligaturer peut être utile en cas de changement de partenaire, ou afin de "remplacer" un enfant décédé[23].

Les femmes ligaturées cherchent à s'émanciper du modèle contraceptif actuel et de l'image féminine généralement admise socialement en France avec une forme de conquête de pouvoir qui vient délester la femme d'un assujettissement systématique à la fécondité[11]. Ainsi Dianne Lalonde soutient que les femmes sont considérées comme vulnérables au regret en raison des politiques pronatalistes et parce que "féminité" signifie trop systématiquement "maternité"[24]. Or les professionnels de santé français sont des citoyens perméables à la culture dans laquelle ils vivent. Si la fonction des médecins est d'accompagner à la décision leurs patients pour une maladie ou un choix de vie, leur capacité à ne pas juger les patients est inégale, en fonction de qui ils sont, de leur culture, éducation, avec le risque d'un paternalisme sous couvert de non malfaisance. "Je sais que les gens qui disent ce genre de choses sont bien intentionnées. C'est juste très frustrant que quelqu'un affirme mieux savoir que toi ce que tu veux, en se basant sur les attentes de la société."[25]

CONCLUSION

La ligature des trompes, stérilisation à visée contraceptive, est-elle une contraception comme une autre ? Certains praticiens assureront que ce choix de vie comme un autre ne les regarde pas, d'autres argueront que le délai de réflexion demandé par la loi prouve au contraire le caractère particulier de l'acte. Il est certain cependant que ce n'est pas un acte anodin ni pour les femmes qui la revendiquent, ni pour les professionnels qui la pratiquent.

Le conflit qui peut advenir entre la demande de la femme et l'expertise du professionnel fait émerger des tensions éthiques qui doivent être bien cernées des deux côtés, afin d'éviter une forme de consumérisme médical sous couvert d'autonomie d'un côté et une forme de paternalisme empreint de la vision sociétale associant féminité à maternité de l'autre. La femme ne peut faire valoir son autonomie sans accepter son corollaire, la responsabilité qui découle de son choix : responsabilité vis-à-vis d'elle-même (la question du regret) et de la société (manque de moyens humains et financiers du système de santé). Le médecin est particulièrement concerné par le principe de justice pour un acte jugé non indispensable, dont il peut craindre par ailleurs les conséquences pour la patiente, sans qu'il n'ait à juger du bien-fondé de son choix. Le médecin a le droit d'accéder à la SV qui est autorisée par la loi depuis 2001. Il a le devoir de s'assurer du consentement éclairé de la patiente et de sa compréhension des conséquences de la SV. Son écoute bienveillante et non jugeante est importante, en gardant à l'esprit que la patiente est la mieux placée pour savoir ce qui est bon pour elle. Il a le droit de refuser la SV, mais se doit de justifier son refus et d'adresser la patiente à un confrère pour que la demande de cette dernière ne trouve pas une fin de non-recevoir univoque. En effet, conscient des enjeux actuels de justice économique et des représentations dominantes autour de la féminité et de la maternité, le professionnel devra clarifier les raisons de son acceptation ou de son refus afin de ne pas laisser ses propres valeurs l'emporter dans cette décision très singulière mais ayant une portée collective.

BIBLIOGRAPHIE PROPOSEE POUR LECTEUR CURIEUX

- AMELI.FR, « *Stérilisation à visée contraceptive* », 13 février 2024. URL : [+](#)
- QUESTIONS SEXUALITE.FR, « *La contraception définitive : comment ça marche ?* », site visité le 05 avril 2024. URL : [+](#)
- STERILISEZMOI.FR, « *Trouver un.e gynécologue qui pratique la stérilisation volontaire dans la Liste Gynécologues Stérilisation* », site visité le 05 avril 2024. URL : [+](#)
- CCNE, « *Rapport sur la stérilisation envisagée comme mode de contraception définitive* », avis n°50, 3 avril 1996. URL : [+](#)
- CLEGHORN E., « *Medical Myths About Gender Roles Go Back to Ancient Greece. Women Are Still Paying the Price Today* », j. Time, 17 juin 2021. URL : [+](#)
- « *Quand la médecine fait le genre* », dossier coordonné par Nicole Edelman et Florence Rochefort, Clio. Femmes, Genre, Histoire, ed. Belin, n° 37, 2013. URL : [+](#)
- BRANGER B., DABOUIS G., BERTHIAU D., DURAND G. G., BARRE M., DAVID P., « *Démarche éthique dans les demandes de contraception définitive de femmes majeures de moins de 35 ans sans handicaps et sans problèmes médicaux majeurs* », 2020. URL : [+](#)

Retrouvez l'ensemble de nos documentations sur la contraception définitive et ses enjeux éthiques sur :

www.erebfc.fr/documentation/ressource

> Thématique 02 "Début de vie"

> Sous-thématique "Contraception & stérilisation"

**Rédaction,
mise en page & visuels :**

Marie-Elisabeth MAUGAN
Chargée de mission - Documentation
memauganechu-besancon.fr

Comité de relecture :

Dr Sandra FRACHE
Pédiatre responsable de l'Equipe
Ressource Régionale Soins Palliatifs
Pédiatriques, Co-directrice de l'EREBFC

Dr Isabelle MARTIN
Géiatre, Présidente du Conseil
d'Orientation de l'EREBFC

