



Webinaire

LA STÉRILISATION DÉFINITIVE ... ET VOLONTAIRE ?

10 DÉCEMBRE 2024 - DE 15H À 16H30

INTERVENANTS

- **Laurence Charton**, Sociologue, Professeure titulaire à l'Institut national de la recherche scientifique au Centre Urbanisation Culture Société à Montréal (Canada).
- **Pierre Brasseur**, Sociologue, Chargé de Cours et Professeur à l'Université Libre de Bruxelles.

Animation

- **Marie-Elisabeth Maugan** : Ingénieur de recherche hospitalier, Chargée de la mission Documentation, Espace de Réflexion Éthique Bourgogne-Franche-Comté.

CONTEXT

Ce webinaire est issu de la publication de deux doc'éthiques, publiées par la mission documentation.

“La contraception masculine, quels enjeux éthiques ?” publiée en juillet 2022.

“La stérilisation volontaire féminine, quels enjeux éthiques ?” publiée en avril 2024.

Les doc'éthiques sont conçues comme un soutien à la réflexion préalable en éthique. Leur format court permet aux intéressés d'avoir une première vue d'ensemble des questions éthiques émergents du sujet.

RÉSUMÉ

Pourquoi choisir la stérilisation définitive plutôt que d'autres types de contraception ? Qu'est-ce que l'augmentation croissante de ce choix qui se heurtent au refus de nombreux professionnels dit de nos représentations de la famille, de la fertilité, et de notre désir d'autonomie en santé ? Bien que majoritairement abordée en France comme une question féminine, nous avons également abordé la stérilisation masculine, via un regard international et sociologique. En questionnant l'histoire de la stérilisation, notamment au regard de la stérilisation des personnes atteintes de handicap, nous avons tenté d'éclairer les conceptions actuelles de ce choix tout sauf anodin.

DÉROULÉ DES ÉCHANGES

INTRODUCTION

Législation en France :

- **Avant 1999** : la stérilisation n'est autorisée que dans un cadre strictement thérapeutique comme par exemple lorsque la grossesse met en danger la femme enceinte.
 - **Après 1999** : l'article 16-3 du code civil permet l'atteinte "à l'intégrité du corps en cas de nécessité médicale" et non plus seulement en cas de nécessité thérapeutique.
 - **2001** : la loi dans le cadre de la lutte contre les grossesses non désirées autorise la stérilisation définitive volontaire pour toute personne majeure qui le demande. Suite à une première consultation, un délai obligatoire de 4 mois est requis afin de permettre au demandeur un temps de réflexion. Un rendez-vous de confirmation validant à l'écrit la demande permet ensuite de programmer l'intervention.
- > Seul le consentement de la personne est demandé.
- > Il n'y a pas de consultation requise du partenaire.
- > Aucun critère de parentalité n'est retenu.
- > Aucun critère d'âge outre la majorité n'est retenu.

Les techniques chirurgicales :

La **vasectomie** est la technique chirurgicale de **stérilisation masculine**. Pratiquée en anesthésie local et en ambulatoire, elle a été multipliée par quinze en 12 ans, passant de 1 940 en 2010 à 30 288 en 2022. La **stérilisation féminine** est également un acte chirurgical, avec la **ligature des trompes**, ou les **implants Essure** (avant 2017, depuis interdit en France pour cause de toxicité). On dénombrait 45 138 stérilisations féminines en 2013, et 20 325 en 2022. Pour la première fois en France, en 2021 et 2022 il y a eu davantage de stérilisations masculines que de stérilisations féminines, avec un ratio de trois stérilisations masculines pour deux féminines.

Pour l'homme :

- Quelle place pour l'homme dans la gestion contraceptive de couple et qu'est-ce que la vasectomie peut apporter de nouveau ?
- La responsabilité masculine pourrait-elle équilibrer le "poids" de la contraception et de la conception portée habituellement par la femme ?

Quelles actions mener dans l'éducation des garçons et dans les dispositifs de prévention médicale pour améliorer les connaissances des hommes ?

Pour la femme :

- En recherche d'autonomie, la stérilisation peut-être vue comme le paroxysme de "la meilleure contraception" ?
- Les refus des professionnels sont vécus comme infantilisant avec le sentiment de devoir se justifier.
- Existe-t-il des regrets dans la littérature ?

CHOISIR UNE STÉRILISATION CONTRACEPTIVE

En 2022, selon des chiffres des Nations Unies, la stérilisation volontaire représente la méthode la plus utilisée au monde avec 18 millions d'hommes stérilisés et 219 millions de femmes stérilisées, suivi du préservatif masculin (208 millions) puis du stérilet féminin (131 millions). Des différences sont cependant visibles entre régions du monde et même entre les pays. Au Canada, la stérilisation a été légalisée en 1969, et on pouvait compter en 2017 au Québec (province francophone) que 48% des couples dont la femme a entre 40 et 50 ans sont stérilisés, ainsi que 23% des couples dont la femme a entre 20 et 39 ans. En France, la pilule reste la méthode de contraception la plus utilisée malgré une légalisation de la stérilisation en 2001. En 2023, on estime que seul 0.4% des femmes âgées entre 18 et 29 ans sont stérilisées, contre 8.2% entre 30 et 49 ans. Ainsi en France, la contraception est majoritairement réversible, hormonale, féminine et se prend tout au long de la vie reproductive.

Motivations

La raison principale du choix de la stérilisation s'appuie sur la volonté de ne pas ou plus avoir d'enfant, en ayant la plus grande sécurité. En effet, nombreuses sont les femmes à vouloir s'épargner de devoir choisir entre grossesse non désirée et avortement.

Dans un souci de partage de la responsabilité contraceptive, l'absence de méthode contraceptive masculine efficace a poussé certains hommes à choisir la stérilisation.

D'autres femmes ont relevé que les autres propositions de contraception comportaient de nombreux inconvénients et des effets secondaires (manque de libido, dépression etc.).

Le facteur financier est également évoqué en soulignant le coût sur le long terme des méthodes de contraception, avec un coût unique et faible de l'acte chirurgical de stérilisation au regard des autres méthodes.

D'autres évoquent le souhait de se détacher de l'industrie pharmaceutique et de sa logique marchande par une stérilisation définitive.

Enfin, la nécessité de devoir faire renouveler régulièrement par le médecin traitant les prescriptions de pilule ou de stérilet a pu en motiver certains à choisir une contraception définitive.

Obstacles médicaux

- **Le genre de la personne :**

Au Québec, certaines femmes peuvent rencontrer des difficultés à se faire stériliser face à la recommandation des médecins de proposer une vasectomie, acte chirurgical moins invasif. En France, il est plus souvent accepté de faire une stérilisation féminine, la masculine restant de manière générale un acte refusé et tabou.

- **L'âge de la personne :**

Certains professionnels vont refuser en invoquant l'âge de la personne demandeuse, en inadéquation avec la loi.

- **La situation familiale des personnes :**

Les femmes sans enfant se voient plus facilement refuser une stérilisation au motif que la maternité serait "un destin de femme". Le nombre d'enfants considérés comme suffisants pour accéder à la stérilisation est laissé à l'appréciation des médecins. Il se situe habituellement autour de la norme du nombre d'enfant par femme des sociétés occidentales : deux enfants.

- **Avoir un autre acte médical :**

Il semble plus facile pour certains médecins d'accepter une stérilisation si celle-ci se justifie par un acte médical qu'il juge nécessaire. On peut questionner ici le besoin de justifier certains actes non vitaux plutôt que d'autres. Exemple : avoir une ligature des trompes acceptées suite à une grossesse extra-utérine, ou lors d'une césarienne.

- **La crainte du regret :**

C'est une crainte forte chez les médecins, particulièrement chez les femmes sans enfants. Pourtant, une revue systématique de la littérature montre que malgré le risque de regret, rares sont celles ou ceux qui recourent à une pratique de réversibilité. Ces regrets seraient plutôt de l'ordre de la nostalgie et passagers, plutôt qu'un sentiment profond et insurmontable.

Alliance thérapeutique

La gestion contraceptive et reproductive reste un poids, en particulier pour les femmes, et ceci malgré la disponibilité depuis cinquante ans de méthodes médicales contraceptives plus efficaces. Certaines femmes ont ainsi décrit un sentiment de libération de l'angoisse de l'échec de contraception.

Quel que soit le contexte socio-culturel, la liberté de pouvoir ne pas engendrer ou de ne plus engendrer et de pouvoir recourir à une stérilisation dépend du bon vouloir des médecins. Décision basée sur leurs propres jugements et valeurs personnelles. Pourquoi une partie des médecins canadiens et français ont-ils une telle réticence malgré les lois respectivement de 1969 et de 2001 ?

- A cause du **principe de non malfaisance** et de préservation de la fertilité, présents dans le serment d'Hippocrate.
- A cause de **leur volonté d'agir pour le meilleur intérêt de leurs patient(e)s**, prévalant sur la demande du patient et de ses propres valeurs.
- A cause d'une **forme de paternalisme**, venant interférer avec la volonté du patient et venant à l'encontre du principe d'autonomie du patient.

Il s'agit alors de **repenser la relation médecin patient(e) afin d'allier les principes d'auto-détermination et d'autonomie des personnes avec la clause de conscience des médecins**. Privilégier un mode de relation soignant-soigné basé sur une alliance thérapeutique, respecter la demande du patient en le transférant à un collègue en cas de refus du professionnel.

Cette alliance permettrait de montrer que sa demande est considérée par le corps médical, et que le pouvoir de décision sur son corps lui revient in fine, non pas au médecin, et

HISTOIRE DE LA STÉRILISATION

La stérilisation peut s'envisager comme un choix ou comme une contrainte (externe ou interne). Certains groupes de population peuvent choisir volontairement la stérilisation quand d'autres la choisiront à défaut. D'autres populations, notamment celles qualifiées comme vulnérables, peuvent se la voir imposer. C'est un outil de contrôle exercé par la personne ou par un tiers sur le corps afin de maîtriser la fertilité, la reproduction et les populations.

Son institutionnalisation à travers des cadres législatifs autorisant des pratiques ciblées s'est peu à peu imposée.

Les défis et débats contemporains révèlent des rapports de pouvoir complexes.

La stérilisation comme outil de contrôle

L'histoire de la stérilisation illustre un double usage : le contrôle des comportements et la gestion des populations dites "déviantes". On voit ainsi naître à la fin du XIX siècle un dispositif biomédical coercitif où la stérilisation devient un "traitement" médical afin de "gérer" les sexualités marginales (femmes célibataires, personnes LGBTQ etc.), empêcher la possibilité pour les personnes atteintes de handicap d'avoir une vie sexuelle, jugée systématiquement comme anormale, et contrôler la démographie des minorités. De nombreux chercheurs (Tepper, Di Giulio, Dotson..) ont pu documenter ces politiques de stérilisations forcées et institutionnelles qui s'appuyaient sur des idéologies eugénistes pour justifier la violation des droits humains.

Sa mise en oeuvre fut très marquée aux Etats-Unis, où il fut alors considéré que ces sexualités représentaient un risque pour la société en elle-même. Ces politiques eugénistes se sont étendues dans le monde occidental et ont perduré jusqu'à la fin du XX siècle en s'appuyant sur des arguments pseudo-scientifiques afin de justifier des politiques discriminatoires et des violences institutionnalisées. La stérilisation des personnes handicapées était souvent présentée comme une mesure de prévention des abus, particulièrement en cas de placement en institution. Le CCNE dans son avis 49 en 1996 sur la stérilisation des personnes handicapées a bien souligné que cette approche normalise une forme de violence sous prétexte de protection, que cela ne réduit en rien le risque d'abus et augmente même la vulnérabilité. Ces pratiques montrent que les interventions médicales peuvent devenir des outils de contrôle social, soulignant la nécessité de placer l'autonomie et le consentement des personnes au coeur des politiques et de la déontologie médicale.

Médicalisation et perte d'autonomie

La logique des institutions reposaient alors sur la double logique de l'irréversibilité de l'acte (souvent pratiquée en cachette lors d'autres actes médicaux) et du préjugé d'incompétence parentale des populations. En France, la mise en lumière de ces pratiques par les médias dans les années 1990 a renforcé un débat public nécessaire, menant en 2001 à la loi citée plus haut avec des dispositions spécifiques pour les personnes au handicap mental.



BIBLIOGRAPHIE

Marie-Elisabeth MAUGAN, "La contraception masculine, quels enjeux éthiques ?", Doc'éthique, EREBFC, Février 2022.
https://www.erebfc.fr/documentation/ressource/Doc%27%C3%A9thique_La+CM_compressed.pdf?id=683

Marie-Elisabeth MAUGAN, "La stérilisation volontaire féminine, quels enjeux éthiques ?", Doc'éthique, EREBFC, Avril 2024.
https://www.erebfc.fr/documentation/ressource/Version+finale_La+st%C3%A9rilisation+volontaire_Doc%27%C3%A9thique.pdf?id=1103

RETROUVER CE WEBINAIRE :

Sur notre chaîne Youtube :

<https://www.youtube.com/@espacedereflexionethiquebf1381>

