

CEFOC HETS DAS Santé Sexuelle 2019-2021

La contraception définitive : un droit pour toutes ?



Lorianne SACO MESONES
Septembre 2021

Remerciements

Je profite de ce travail de diplôme qui marque la fin de cette formation pour remercier les personnes m'ont soutenue tout au long cette aventure.

Mes parents qui m'ont aidée aussi bien financièrement, moralement et logistiquement en gardant mes enfants lors de mes nombreuses absences ce qui m'a permis de me consacrer pleinement à ma réorientation professionnelle.

Mon mari qui m'a soutenue et encouragée tout au long de cette formation. Merci de toujours croire en moi et en mes capacités.

Mes collègues qui ont accepté de me donner ma chance avant même que je ne sois formée et qui m'ont accompagnée dans ce processus d'apprentissage avec gentillesse et bienveillance. J'ai un plaisir immense à travailler aux côtés de ces femmes exceptionnelles. Merci à Fabienne pour la relecture de ce travail.

Saira-Christine Renteria, médecin cadre responsable de l'unité psycho-sociale / centre de santé sexuelle du CHUV à l'époque de mon engagement, qui a accepté de prendre en considération ma candidature à un poste pour lequel je n'avais pas encore le titre requis et aux côtés de qui j'ai énormément appris.

Cécile Diserens, cheffe de clinique et nouvelle responsable de l'unité psycho-sociale / centre de santé sexuelle du CHUV, qui a toujours valorisé mon travail en me faisant sentir aussi légitime dans ma fonction que mes collègues pourtant beaucoup plus expérimentées que moi.

Katya, devenue mon amie durant cette formation et qui a pris du temps pour relire mon travail et me faire des remarques constructives.

Les 2 médecins qui ont accepté de répondre à mes questions à l'élaboration de ce travail ainsi qu'aux patientes qui ont accepté que je parle de leurs expériences.

C'est une satisfaction immense pour moi de travailler aujourd'hui dans le domaine de la santé sexuelle et espère que ce travail saura refléter l'intérêt que je porte à cette thématique.

Résumé

Ce travail de diplôme a pour sujet la contraception définitive. C'est en faisant le constat que l'accès à stérilisation tubaire à visée contraceptive n'était pas garanti et surtout très arbitraire que mon choix s'est porté sur ce thème. Il existe une loi fédérale sur les conditions et la procédure régissant la stérilisation de personnes datant de 2004¹ qui stipule que les seules conditions requises afin d'avoir accès à la stérilisation sans restriction sont les suivantes : avoir plus de 18 ans et avoir toute sa capacité de discernement. Malgré l'existence de cette loi, obtenir cette intervention et mettre fin à sa fertilité en tant que femme peut être très compliqué voire presque impossible. Il existe des critères subjectifs qui semblent se baser sur une sorte de norme sociétale prenant en compte le nombre d'enfants et l'âge notamment. Mais lorsque la demandeuse est nullipare et jeune elle se verra pratiquement systématiquement refuser ce droit.

L'objectif de ce travail est d'apporter une vision du vécu des femmes demandant une stérilisation dans le canton de Vaud. En effet, une grande partie de la littérature sur ce thème correspond à des études réalisées à l'étranger et il me semblait intéressant d'avoir une connaissance de notre réalité afin de pouvoir accompagner au mieux les femmes demandant cette intervention dans les centres de santé sexuelle de notre région. Les mentalités changent et le CHUV s'est récemment positionné en faveur du libre choix de la femme de recourir à cette intervention sans autres critères que ceux prévus par la loi.

Ce travail n'a pas pour but de faire l'apologie de la contraception définitive mais bel et bien de montrer que pour un changement des mentalités et pour lutter contre les violences faites aux femmes, il faut leur permettre de jouir de leurs droits et de faire valoir leur autonomie surtout en ce qui concerne leur sexualité et leur désir d'enfant.

¹ <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2005/2499.pdf>

Table des matières

I. Introduction	1
II. Développement du sujet	1
i. Les raisons évoquées par les demandeuses	2
ii. Le profil des demandeuses	4
iii. Les critères de refus	4
iv. Contraception	9
v. Eugénisme	11
III. Positionnement éthique	12
IV. Pistes pour l'intervention professionnelle en santé sexuelle	16
V. Explicitation de l'évolution du regard construit par les savoirs acquis dans la formation	17
VI. Conclusion	18
Bibliographie	20
Annexe	22

I. Introduction

Si j'ai choisi de me pencher sur le thème de la contraception définitive c'est à la suite d'une constatation faite sur mon lieu de travail. En effet, je travaille depuis plusieurs mois dans un Centre de Santé sexuelle en milieu hospitalier en tant que conseillère en santé sexuelle et je reçois régulièrement des femmes ou des couples qui ont besoin d'information concernant la stérilisation à visée contraceptive.

J'ai alors réalisé qu'il était très compliqué voire parfois impossible pour une femme de se voir accorder le droit de mettre fin à sa fertilité. Chacune avait essuyé un à plusieurs refus de la part des différents médecins à qui elles avaient adressé leur demande. Certaines de ces femmes rencontraient des difficultés à trouver un moyen de contraception qui leur convienne et la peur d'une grossesse venait entraver le plaisir dans leur vie sexuelle. La souffrance parfois ressentie m'a touchée et le refus de leur donner accès à cette intervention m'a semblé illégitime et faussement protecteur.

J'ai donc commencé à m'intéresser à ce thème en me demandant pourquoi il était visiblement très compliqué d'avoir accès à une intervention pourtant autorisée par la loi et qu'est-ce qui justifiait des refus qui parfois engendrent une immense incompréhension chez les patientes et parfois le sentiment de ne pas pouvoir décider pour soi.

Par ce travail, j'aimerais comprendre quelles sont les raisons invoquées par les médecins pour refuser cette intervention aux femmes qui en font la demande. Je vais aussi me pencher sur les motivations qui poussent les femmes à vouloir mettre fin à leur fertilité. Je vais aborder les notions d'eugénisme, d'histoire de la contraception et de regret afin d'avoir une vision globale du sujet.

La question principale de ce travail est : toutes les femmes ont-elles droit à la contraception définitive ?

II. Développement du sujet

Afin d'explorer au mieux la thématique de la stérilisation contraceptive, je me suis basée sur des apports théoriques notamment des articles en français et en anglais. Pour étayer mes recherches théoriques et apporter une note plus personnalisée à mon travail de recherche, j'ai trouvé 2 médecins-gynécologues qui ont accepté de répondre à une dizaine de questions. Je

suis allée dans leurs cabinets et les ai interrogés sur leurs pratiques concernant la stérilisation de leurs patientes (cf. annexe). Chaque entretien a duré une trentaine de minutes.

Je vais également parler d'expériences vécus par des patientes reçues dans mes consultations et qui avaient le désir d'avoir recours à une stérilisation contraceptive et qui m'ont parlé de leur vécu.

La stérilisation tubaire est une intervention médicale qui permet de mettre un terme à sa fertilité de manière définitive – ou du moins est-elle « vendue » sous cet angle car les chances de pouvoir y remédier ne sont pas garanties. Il existe différentes techniques pour y parvenir : « cautérisation des trompes avec ou sans section, ablation partielle ou totale des deux trompes, ou encore l'obstruction par de petites pinces » (CHUV, 2000). L'idée est de bloquer les trompes et empêcher la rencontre entre les spermatozoïdes et l'ovule afin d'éviter une grossesse. Cette intervention n'a pas de conséquences sur le cycle de la femme car les hormones sexuelles continuent à être produites et à provoquer des ovulations.

Le Législateur a prévu une réglementation à ce sujet : il existe une loi fédérale sur les conditions et la procédure régissant la stérilisation de personnes datant de 2004². Les seules conditions requises afin d'avoir accès à la stérilisation sans restriction sont les suivantes : avoir plus de 18 ans et avoir toute sa capacité de discernement.

Dans la réalité, « les conditions à sa réalisation restent dépendantes de la manière dont le demandeur ou la demandeuse exprime son souhait, et du médecin qui accueille cette demande. Les critères d'acceptation restent flous » (Charton, 2008, p. 111). Etant donné que la loi ne pose aucun critère d'âge ou de nombre d'enfants pour avoir recours à une stérilisation tubaire, les critères d'acceptation sont forcément subjectifs et cela ne devrait évidemment pas être le cas. Ce sujet soulève des questions éthiques car cet acte et « la liberté d'y recourir, mettent aussi en jeu des tiers : les conjoint·e·s actuel·le·s ou futur·e·s, les médecins, mais aussi chaque membre de la société » (Charton, 2008, p. 108).

i. Les raisons évoquées par les demandeuses

C'est parfois après « une suite d'échecs contraceptifs répétés » (Charton, 2008, p.108) qu'une femme demande une stérilisation et il semblerait alors que « choisir de porter atteinte à l'intégrité de ses propres capacités reproductives paraît, dans la balance, moins grave que

² <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2005/2499.pdf>

risquer de devoir avorter » (Charton, 2008, p. 110). En effet, même si plusieurs méthodes de contraception existent aujourd'hui, il faut savoir que pour un grand nombre de femmes se protéger d'une grossesse reste compliqué et je le constate régulièrement sur mon lieu de travail. Effets secondaires importants sous traitement hormonal, difficultés à prendre une contraception orale de manière régulière, mauvaise compliance, désintérêt du partenaire voire refus (certains hommes refusent d'utiliser un préservatif ou disent sentir le DIU lors des rapports sexuels). Même si une contraception sûre est utilisée comme un DIU hormonal, le risque 0 n'existe pas : du moment qu'il y a un rapport sexuel avec pénétration vaginale même sans éjaculation il y a un risque de grossesse.

Le fait de pouvoir exercer un certain pouvoir sur sa fertilité permet d'atteindre parfois un idéal. Ceci contribue d'ailleurs au « renforcement d'une image normative de la famille » (Charton, 2014, p. 65) à savoir une famille de 2 enfants et de sexe différent de préférence ainsi qu'un âge limite pour avoir des enfants, ce qui constitue « un élément culturel sur lequel les individus s'appuient pour ancrer leurs choix familiaux ». Il est aussi important de ne pas laisser trop d'écart d'âge entre les enfants et de pouvoir se targuer d'être dans une relation de couple stable. (Charton, 2014, p. 68-69).

En ce qui concerne les *childfree* (personnes sans enfant par choix) les raisons invoquées se distinguent par une teinte souvent militante : elles revendiquent un sentiment de délivrance face à une fertilité qui est pesante, ce qui représente un réel « refus de la procréation » ; est souvent défendue l' « individualité de ce choix et le désir avant tout de ne pas avoir d'enfant qui prime sur toute autre considération » : cet acte « rend donc à la femme son corps naturel, mais contrôlé » (Tillich, 2019, p. 790).

Dans certains mouvements féministes, « cette renonciation à la maternité peut donc se justifier par le désir de s'opposer à la société, à ses attentes et à ses politiques » (Masella & Marceau, 2020, p.60).

Malheureusement, une femme ne souhaitant pas avoir d'enfants est souvent victime du jugement des membres de la société car « le choix de ne pas enfanter et la privation de l'expérience de la maternité chez la femme peuvent être vus comme une déviance, une anormalité, une opportunité manquée » (Masella & Marceau, 2020, p. 62).

La femme ayant des enfants et demandant une stérilisation se verra soupçonnée de ne pas aimer être mère et on la verra comme une mère suspecte ou malsaine parfois. Pour celle qui n'a pas d'enfant, on la prendra pour une folle, pensant qu'elle est dans une mauvaise phase de sa vie et que tôt ou tard elle changera d'avis (Sabbah & Bonanni, 2016). Un article écrit par un gynécologue français illustre bien cette idée d'ailleurs. Il s'inquiète de donner accès à la

stérilisation à des jeunes femmes nullipares (n'ayant jamais accouché) ou même paucipares (ayant accouché un petit nombre de fois) et pense qu'il est nécessaire d'avoir systématiquement recours à l'avis d'un-e psychologue dans des demandes de ce type (Madelenat, 2006). Ce médecin sous-entend donc qu'une femme jeune et sans enfants demandant de mettre un terme de manière définitive à sa fertilité a peut-être un trouble psychique et besoin d'un soutien psychologique. De mon point de vue, il pathologise ces femmes car elles ne correspondent pas aux stéréotypes féminins.

ii. Le profil des demandeuses

Je me suis intéressée au profil des femmes demandant une stérilisation mais je n'ai trouvé qu'un seul article basé sur une étude réalisée aux Etats-Unis entre 1998 et 1999 et s'intéressant aux hommes et aux femmes stériles par choix. La plupart des hommes ayant recours à la vasectomie sont non-hispaniques et blancs, avec un bon niveau d'éducation, mariés et avec une bonne situation socio-économique. Dès lors il est extrêmement intéressant de comparer ce profil à celui des femmes stérilisées qui est totalement opposé en tous points. Les femmes stérilisées ont tendance à avoir un niveau d'éducation plus bas, à être moins aisées et elles sont majoritairement noires. En outre, les femmes qui ont subi une stérilisation tubaire sont réparties plus également entre les niveaux de revenu que les hommes qui ont subi une vasectomie (Barone et al. 2004, p. 30-31). Cet article ne se risque pas à une analyse de ces résultats et il est dès lors possible d'imaginer plusieurs hypothèses. Le fait que les femmes ayant fait une stérilisation tubaire aient en général un mauvais niveau socio-économique, soient moins aisées et soient noires peut vouloir dire que les médecins ont peut-être tendance à encourager les femmes qui n'ont pas le profil de la mère idéale à faire une stérilisation.

iii. Les critères de refus

Quelles que soient les raisons évoquées par les demandeuses, ces dernières vivent un véritable parcours du combattant pour y avoir accès.

Depuis que la contraception a été médicalisée, le discours et les pratiques des médecins « contribuent à promouvoir des normes et des représentations, auprès de leurs patient-e-s mais aussi dans la sphère publique » (Ventola, 2014). La loi fédérale qui régit la stérilisation contraceptive ne donne pas de critères, mais chaque médecin, selon ses valeurs ou selon les normes sociétales, posera ses propres conditions. Ceci crée inévitablement des inégalités de traitement.

En France, il y a quelques années, un outil a été conçu pour aider les médecins à évaluer la légitimité d'une demande de stérilisation : il fallait atteindre un certain score selon son l'âge, le nombre d'enfants, le nombre d'IVG, l'expérience contraceptive et l'état de santé. Selon les auteurs, « aucune valeur légale n'est attachée à ces travaux, qui permettent au médecin de cacher un refus idéologique derrière un outil « scientifique » » (Sabbah & Bonanni, 2016, p.171). Légalement, un médecin a le droit de refuser de pratiquer cette intervention mais il doit s'assurer que la patiente puisse être adressée à un-e confrère qui pourra répondre à sa demande.

Un des 2 médecins que j'ai rencontrés, le Dr. S., s'est montré assez catégorique concernant les conditions qui lui permettraient d'accepter une demande de stérilisation :

« Moi je regarde un petit peu l'état de la patiente...si vous avez 20 ans que vous demandez une stérilisation je n'ai pas la même réaction que si vous en avez 40 et que vous avez 3 enfants. Moi j'avais appris à Genève à la maternité, (...), on disait faut qu'une femme ait eu en gros 2 enfants et 32 ans pour un peu dire ah ben elle a fait sa maternité c'est bien réfléchi elle vient pas comme ça parce qu'elle a une lubie, parce que le monde va mal et que c'est terrible de mettre des enfants au monde pis qu'on décide un truc comme ça (...) je rentre pas dans des trucs comme ça si je sens que c'est difficile »

Ce médecin se positionne très clairement face à une éventuelle demande d'une jeune femme nullipare et prétend ne pas entrer en matière. Il ajoute, plus tard dans l'entretien :

« ...un problème que je pourrais avoir moi avec mon éthique, ma morale j'aurais tendance à envoyer chez PROFA ou au CHUV par exemple et eux ils se démerdent, après c'est eux qui prennent la responsabilité moi je suis trop petit, j'ai pas envie que ça me travaille, ils ont des psychologues des gens qui peuvent juger que c'est bien pensé, je suis pas formé elle pourrait se retourner, après vous avez un procès, j'ai pas envie de me charger »

Il évoque clairement la crainte d'une plainte dans sa pratique, la peur que la patiente se retourne contre lui en estimant qu'il n'aurait pas dû pratiquer cette intervention. Cette peur est-elle légitime ? On a pu lire dans la presse la suspension d'un médecin en France qui avait pratiqué des stérilisations contraceptives sur des femmes très jeunes. Pourtant la loi française au sujet des stérilisations est claire : il n'y pas de limite d'âge pour y avoir accès, la loi prévoit

juste un délai de réflexion et malgré tout ce médecin a apparemment eu des problèmes à cause de ces interventions (Duval, 2020). Cet exemple illustre bien le fait que ce sujet reste délicat même si des lois claires ont été érigées. Certains praticiens estiment qu'une méthode de contraception doit idéalement être réversible et ainsi éviter tout risque de regret ; la stérilisation est considérée comme un acte trop radical et peu raisonnable. « La profession valorise ainsi la fertilité auto-contrôlée par une bonne gestion contraceptive, et sous surveillance du praticien » et « pour les gynécologues la norme est de préserver la fertilité » (Tillich, 2019, p. 792).

D'autre part, ce médecin évoque plusieurs fois le fait que les femmes doivent « faire leur maternité », ce qui rappelle l'injonction sociétale extrêmement présente qui incite les femmes à faire des enfants, comme une étape indispensable et logique pour que la vie d'une femme soit complète et qu'une femme puisse ainsi pleinement se réaliser :

« Je veux pas dire que j'encourage plus les femmes que les hommes, ça me regarde pas, les gens font ce qu'ils veulent mais j'ai en tête plusieurs cas de gens que j'ai connus qui ont eu une souffrance parce que l'homme s'est fait stériliser pis le couple a foiré pis malheureusement l'homme pouvait plus avoir d'enfant et la dame jeune (=nouvelle partenaire) n'avait pas d'enfant et c'est difficile (...) l'homme si il se sépare il peut rencontrer une femme plus jeune et qui veut des enfants et peut-être lui aussi...vous savez une femme qui a eu 3 enfants y'a peu de chance qu'elle en veuille un autre parce qu'elle, elle a fait sa maternité, on a eu la satisfaction de reproduire on est des animaux quelque part, ça fait partie de notre biologie (...) »

Il mentionne très clairement le côté « naturel » de la maternité, le fait que le corps a cette fonction. Une grande partie de l'enjeu se situant certainement dans le fait qu'il est difficile de considérer qu'une femme puisse ne plus – ou pire ne pas – enfanter.

N'oublions pas que la fertilité des femmes représente un enjeu politique important comme le rappelle Carolli (2019, p. 28) :

« Historiquement, la croissance démographique a stimulé l'expansion d'une société et accru son pouvoir. Déjà en 18 av. J.-C., on a encouragé et rendu obligatoire la reproduction. Ainsi, les lois de l'empereur romain Auguste pénalisaient l'absence d'enfants et offraient des avantages aux familles qui en

avaient trois ou plus. Mais la grossesse et l'accouchement s'accompagnent de risques. Cela a fait éclore des mythes pour idéaliser la parentalité afin que les gens veuillent avoir plus d'enfants »

Il suffit de regarder les annonces publicitaires pour comprendre ce que Carroli entend par « mythe pour idéaliser la parentalité » : de la pub pour les couches culottes à celle pour la lessive qui fait disparaître toutes les taches sur les vêtements de bébé, toutes ces images nous noient dans des représentations de familles parfaites, souriantes et heureuses. Alors que la famille est une institution qui génère beaucoup de violence.

Par ailleurs, le fait de faire des enfants semble être étroitement lié à une relation de couple stable et durable comme le décrit un des médecins parlant de la vasectomie :

« La vasectomie c'est seulement valable dans un couple stable sinon c'est la femme qui doit se protéger...c'est elle qui est enceinte...on peut pas faire confiance si c'est des gens qui changent de partenaire ça va pas »

L'autre médecin évoquait à ce sujet les enjeux liés au changement de partenaire :

« Y'a des gens de plus de 40 ans qui demandent ça pis y'a aussi des gens plus jeunes qui malheureusement y'en a pas mal qui veulent revenir en arrière après. (...) les gens sont déterminés pis après quelques années ils sont déterminés du contraire c'est vrai que c'est un truc compliqué on peut pas toujours se projeter souvent y'a un nouveau partenaire dans l'histoire enfin bref y'a quand même beaucoup de gens qui veulent revenir en arrière (...) »

Le fait de vouloir ou non des enfants devrait être un droit individuel mais il semblerait que les hommes évoquent le fait que s'ils changent de partenaire et que cette dernière souhaitait des enfants cela serait problématique d'être stérile.

Les hommes voient-ils leur fertilité comme un atout indispensable à offrir à leur partenaire, un gage de virilité ? Il semblerait que les femmes pensent plus à leur fertilité pour elles-mêmes, estimant que le nombre d'enfants souhaité est indépendant du changement de partenaire tout comme le relate une de mes patientes qui me disait que même elle venait à se séparer de son mari actuel elle se sentait comblée avec ses 2 enfants et ne souhaiterait pas réinvestir une grossesse d'un autre partenaire. Une grossesse ayant des conséquences différentes sur la

vie d'une femme ou d'un homme, il semble normal que chacun appréhende cet événement différemment selon son genre. Là où les femmes sont souvent précarisées par une grossesse notamment sur le plan professionnel, les hommes ne voient pas leur carrière en être impactée et peuvent même se voir attribuer des qualités car le fait d'être un père de famille peut être la preuve de leur sérieux et leur sens des responsabilités (Tillich, 2019).

Plusieurs des patientes rencontrées sur mon lieu de travail ont évoqué le fait que lorsqu'elles avaient parlé de leur projet de stérilisation à leurs médecins et que certains leur avaient demandé « et si un de vos enfants venait à mourir ? ». Cet argument est pour moi très déconcertant et incompréhensible. Il laisse entendre qu'un enfant est remplaçable et que sa perte peut être compensée par la naissance d'un autre. Cela nous renvoie à l'idéal normatif de la famille dont j'ai parlé précédemment : je souhaite avoir 2 enfants et si l'un d'eux venait à décéder j'en ferais alors un autre pour conserver cet idéal. Je ne sais pas si cet argument fait mouche parfois mais les quelques patientes qui l'ont évoqué n'ont pas trouvé ce raisonnement valable.

Un autre argument avancé par les médecins est lié à l'efficacité de la ligature des trompes. Comme on peut le constater en examinant le tableau ci-contre (Chung, Ferro Luzzi, Narring & Bettoli Musy, 2015), l'indice de Pearl avec l'utilisation d'un DIU hormonal (stérilet au lévonorgestrel) est de 0.2 et de 0.5 avec ligature des trompes. Ce qui signifie que 2 femmes sur 1'000 portant un DIU hormonal seront tout de même confrontées à une grossesse imprévue la première année

Méthode de contraception	Taux de grossesses au cours de la première année (pour 100 femmes)	
	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment
Implant sous-cutané	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2
Ligature des trompes	0,5	0,5
DIU au cuivre	0,6	0,8
Injection de progestatif seul	0,3	3
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8
Pilules avec progestatif seul	0,3	8
Patch combiné	0,3	8
Anneau vaginal combiné	0,3	8
Préservatif masculin	2	15
Préservatif féminin	5	21
Pas de méthode	85	85

d'utilisation contre 5 femmes sur 1'000 pour la ligature des trompes. Dès lors, choisir la méthode réversible semble être le choix le plus raisonnable. Mais c'est sans compter sur les potentiels effets secondaires de la méthode hormonale et les contraintes associées (consultation médicale, douleurs, corps étranger dans l'utérus, etc.).

iv. Contraception

L'arrivée de la pilule contraceptive a marqué un tournant dans l'histoire de la contraception : en effet, la « médicalisation de la contraception s'accompagne de sa féminisation » (Thomé & Rouzaud-Cornabas, 2017, p. 120). Si la pilule contraceptive a permis aux femmes de contrôler leurs corps, le travail contraceptif a été entièrement renvoyé à la femme qui doit dès lors en assumer la responsabilité. De plus, le fait de prendre un traitement hormonal prescrit par un médecin donne un pouvoir tout particulier au corps médical qui peut être considéré comme « un asservissement au pouvoir médical plutôt que comme une libération » (Thomé & Rouzaud-Cornabas, 2017, p. 125). Cela me rappelle la déclaration d'un des médecins que j'ai vus, le Dr. S, qui évoque clairement l'influence du discours médical sur ses patientes :

« ...vous savez y'a la demande du patient et pis (...) le côté médical qui peut pousser dans une direction ou une autre ... vous pouvez suggérer à une patiente que ça serait bien comme ça vous avez plus de soucis ... pas de stérilet qui peut gêner...vous voyez on peut tout diriger tout influencer dans la vie selon comment soi-même on a une perception des choses »

Ce sont les gynécologues qui abordent majoritairement la contraception avec leurs patientes lors des contrôles réguliers d'usage : aucun médecin ne l'aborde avec les hommes sauf à la demande éventuelle de ces derniers.

La contraception est devenue une responsabilité féminine tout en restant dans un cadre bien défini. En effet les femmes sont encouragées à utiliser des méthodes sûres mais réversibles : que cette méthode provoque des effets secondaires parfois lourds pour la femme et son bien-être ne semble pas poser de problème (Thomé & Rouzaud-Cornabas, 2017).

Selon un article abordant « le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées » (Ventola, 2014, p. 12), « les hommes refuseraient de prendre une contraception parce qu'ils se sentiraient potentiellement diminués par une suppression, temporaire ou non, de leur fertilité ». Au-delà du fait que la médicalisation de la contraception presque exclusivement féminine implique que la femme est tenue de consulter régulièrement son gynécologue afin d'obtenir une énième ordonnance de pilule et qu'ainsi on lui parle régulièrement de contraception – contrairement aux hommes – « les représentations médicales genrées de la reproduction et du contrôle des naissances » se fait sentir de par le

fait que personne ou presque n'aborde spontanément la contraception avec les hommes (Ventola, 2014, p.12).

J'ai pu le constater sur mon lieu de stage, dans une consultation de santé sexuelle où les hommes consultaient souvent pour faire des dépistages IST. Lorsqu'ils évoquaient leurs partenaires, ma collègue avait pour habitude de demander quel était le moyen de contraception utilisé par le couple. Il n'était alors pas rare que l'homme semble surpris par cette question et ne sache pas y répondre comme si cela ne le concernait pas.

Ce n'est pas étonnant car « le processus de féminisation qui a accompagné la médicalisation de la contraception a invisibilisé une potentielle implication des hommes en matière de régulation des naissances (Ventola, 2014, p.2). C'est certainement ce qui fait qu'aujourd'hui, selon un sondage réalisé en France, « plus de la moitié des femmes ont déclaré choisir seule leur contraception, sans en discuter avec leur partenaire » (Chambost, Raboteau, & Vallée, 2017, p.162). Selon cette même étude, une grande majorité des médecins généralistes interrogés sur la vasectomie considèrent « qu'ils pourraient la proposer pour un couple stable, après discussion dans le couple, quand la contraception féminine, ligature des trompes incluse, posait problème » (Chambost et al., 2017, p.167). On constate donc que le corps médical n'encourage les hommes à se responsabiliser que lorsque la femme n'est pas en mesure d'assurer elle-même la contraception.

Malgré tout, « certains hommes de sentent concernés par la maîtrise de la fécondité ou ont des pratiques contraceptives (Desjeux, 2009, p.49). En ce qui concerne la vasectomie, elle est un « symbole de castration ou d'eugénisme dans le discours médical, peu génératrice de profits pour les industriels » (Jardin, 2008, cité dans Desjeux, 2009, p.51). Il semble très compliqué pour beaucoup d'hommes d'envisager avoir recours à une telle intervention car ils craignent que leur virilité ne soit remise en question par cet acte qui peut être associé à « une atteinte à l'image de l'homme, de sa virilité, de son intégrité physique, voire à une mutilation » (Chambost et al., 2017, p.166).

Au contraire, il est intéressant de constater que pour certaines femmes *childfree*, c'est plutôt le manque de contrôle reproductif qui est présenté comme « une perte de féminité » : la stérilisation étant vue comme un moyen de reprendre le contrôle sur « le corps reproducteur » (Tillich, 2019, p. 792-793).

À la lumière de ces discours, il est évident que si nous souhaitons apporter plus d'égalité dans la responsabilité de la charge contraceptive, il faut produire un discours qui permettra de déconstruire ces modes de pensées : la virilité n'est qu'une construction sociale et le fait d'être un homme tient-il au fait d'être fertile ? Un homme étant stérile est-il un « sous-homme » ?

v. Eugénisme

On ne peut pas parler de stérilisation sans évoquer l'eugénisme, science née à la fin du 19^e siècle et qui « se définissait comme l'étude des manières d'améliorer la qualité de la population nationale » (Mottier, 2012, p. 33).

Il y avait une volonté d'avoir le moins possible d'êtres humains handicapés pour poursuivre l'idéologie de la pureté et aussi diminuer le nombre de personnes ne produisant rien et donc limiter les dépenses de l'état pour subvenir aux besoins de ces individus en marge de la société active (Mottier, 2012). Voici un extrait très intéressant sur le sujet :

En 1928, le canton de Vaud, en Suisse, (...), adopta la première loi de stérilisation eugéniste en Europe. Formellement, la loi ne fut abrogée qu'en 1985, mais les arguments eugénistes cessèrent d'être mobilisés pour justifier des stérilisations à partir des années 1960. (...). La loi vaudoise permettait la stérilisation sans consentement des malades mentaux, bien qu'il soit important de souligner que les catégories générales de la maladie mentale et de la faiblesse d'esprit étaient particulièrement vagues à cette époque et qu'elles pouvaient inclure des comportements perçus comme « antisociaux », des « tares morales » ou des conduites sexuelles « excessives ». (...).

(...) la vaste majorité des stérilisations eugénistes en Suisse furent réalisées sur de jeunes femmes *socialement déviantes* : des mères célibataires venues des classes basses, qui vivaient dans des conditions de pauvreté et avaient eu un enfant hors mariage ; des femmes labellisées comme « inadaptées », « dévergondées sexuelles », « d'intelligence limitée », « malades mentales » ou « faibles d'esprit ». La promotion d'une sexualité féminine respectable et d'une féminité normative fut un motif central dans la pratique de la stérilisation eugéniste » (Mottier, 2012, p. 39 & 40)

Encore aujourd'hui, il n'est pas rare d'entendre suggérer la stérilisation lorsqu'il est estimé qu'une femme n'a pas les compétences nécessaires pour devenir mère. Paradoxalement, lorsqu'une femme ayant toute sa capacité de discernement demande une stérilisation volontaire car elle estime que c'est ce qu'il y a de mieux pour elle, cela lui est parfois refusé. Cela se nomme le *double standard* (Dayer, 2021) : si la société estime qu'une femme a un contexte favorable pour devenir mère, il n'est soudainement plus du tout acceptable de la priver de ses capacités reproductives. Que la femme soit encouragée ou au contraire

dissuadée d'avoir des enfants, on l'empêche de faire valoir son autodétermination comme si elle n'était pas en mesure de savoir ce qui est bon pour elle.

Il semble dès lors important de mener une réflexion éthique « sur cette confrontation entre l'autonomie des femmes et les motivations de refus des soignants » (Masella & Marceau, 2020, p.63)

III. Positionnement éthique

Au cours de l'année 2020, plusieurs femmes nullipares de moins de 30 ans se sont présentées au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) avec une demande de stérilisation contraceptive. Il est à ce stade important de souligner que « la spécificité de la question éthique soulevée par la stérilisation réside dans le fait qu'elle supprime la fonction de reproduction humaine » (Charton, 2008, p. 112).

Le CHUV a donc dû se positionner face à ces demandes d'un genre nouveau et a fait appel à sa commission éthique pour savoir quelle réponse apporter. A mon sens, le document fourni est d'une justesse remarquable et montre un vrai changement dans les mentalités. Ce document mentionne la stérilisation contraceptive sans tenir compte du genre de la personne demandeuse.

Tout d'abord ce rapport mentionne le fait que, bien qu'il existe une loi fédérale claire sur le sujet, « le médecin bénéficie dans le cadre de ses attributions légales d'une marge d'appréciation (...) » (Borasio, 2020, p. 3). Le Tribunal Fédéral a reconnu à plusieurs reprises « la liberté de choix et d'appréciation du médecin » et il a précisé que si le patient peut refuser un traitement en tout temps il n'est pas pour autant en mesure d'exiger ce traitement. (Borasio, 2020, p. 3).

Ce rapport trace ensuite les points de vigilances à avoir en tête. Il parle notamment du fait que si c'est une souffrance du passé qui motive la demande, il est important de pouvoir la traiter, que la demande soit indépendante de cette souffrance. Cela dit, l'auteur précise aussi qu'« il n'y a pas de motifs plus louables ou acceptables que d'autres dès lors qu'ils sont licites » et que « la structure psychologique d'une personne est inhérente à son passé et elle est propre à influencer toutes ses décisions » (Borasio, 2020, p. 5).

Est également relevé le fait qu'un individu a des projets qui changent tout au long de sa vie et tout particulièrement entre ses 20 et 30 ans, période durant laquelle « les valeurs et les projets de vie se forment et se modifient passablement » mais « l'autonomie de prendre ses propres

décisions et d'en assumer les conséquences semble être un élément important à tout âge » (Borasio, 2020, p. 5).

Le document aborde ensuite le risque de regret : après une stérilisation tubaire il est estimé entre 10 et 20% et pour les personnes ayant fait une vasectomie elle serait de 7.5% (Borasio, 2020, p. 6). Il faut préciser que « le regret est plus présent chez les femmes qui ont été stérilisées avant 30 ans, notamment car la période de fertilité possible a été plus longue et qu'elles sont aussi sujettes à plus de changements socio-économiques et conjugaux » (Masella & Marceau, 2020, p.61). Au-delà du fait qu'il est possible de vivre avec des regrets, j'ai pu m'entretenir avec une femme qui avait eu le projet de se faire stériliser lorsqu'elle avait une vingtaine d'années : elle avait finalement renoncé à ce projet et elle est devenue mère par la suite. Beaucoup de ses connaissances lui ont dit qu'elle devait être soulagée de ne jamais avoir opté pour une stérilisation car elle aurait eu des regrets étant donné qu'elle avait finalement eu 2 enfants. Cette femme a pourtant une tout autre vision des choses : elle estime que si elle avait mis fin à sa fertilité de manière volontaire avant d'avoir eu des enfants, elle aurait construit sa vie en fonction de ce nouvel élément à savoir : je ne peux plus avoir d'enfants biologiques. Peut-être aurait-elle choisi l'adoption ou peut-être aurait-elle tout simplement construit sa vie sans devenir mère.

Ce qui m'interpelle, c'est le fait que le risque de regret semble être une des principales raisons pour dissuader les femmes de faire une stérilisation. En revanche, on n'évoque jamais le risque de regretter d'avoir eu des enfants. Comme si avoir des enfants était forcément source d'épanouissement pour toutes les femmes et qu'il était impossible de voir la maternité comme une expérience négative. Pourtant, de nombreux témoignages attestent qu'il est tout à fait possible de regretter la vie avec enfants et – bien que beaucoup de ces femmes disent aimer leurs enfants – elles ne considèrent pas le fait d'être mère comme un statut gratifiant.

« La maternité n'est jamais ou presque présentée sur le mode du regret, et la possibilité du regret maternel est bien vite niée. La maternité étant institutionnalisée en tant qu'expérience nécessairement gratifiante, quoique présentant évidemment un certain nombre de difficultés, les femmes qui envisagent d'avoir des enfants ne se heurtent pas à des propos effrayants les menaçant de regretter leur décision si elles deviennent effectivement mères » (Donath et Ego, 2017, p. 183).

Evidemment, imaginer qu'une mère puisse regretter d'avoir eu des enfants représente certainement un des plus grands tabous de notre société. On ne va donc jamais demander à une femme ayant le projet d'enfanter si elle a bien réfléchi car elle risque de regretter. Il n'existe pas de statistiques pour évaluer le pourcentage de femmes regrettant d'être mère, témoigner

sur le sujet étant très délicat. Mais lorsque je vois le nombre de femmes regrettant d'avoir fait une stérilisation (10 à 20% comme évoqué plus haut), je peux imaginer qu'un nombre à peu près similaire de femmes se sentent ambivalentes vis-à-vis de la maternité. Peut-être ne « regrettent-elles pas » d'avoir eu des enfants mais ne ressentent-elles pas autant de bonheur à être mère qu'elles l'avaient imaginé.

Un des médecins interrogés a déclaré :

« Il est extrêmement difficile pour elles d'imaginer qu'elles vont changer d'avis elles vous disent mon compagnon en veut pas, je suis bien comme ça j'ai 2 enfants, pis après la vie n'est pas un long fleuve tranquille c'est une évaluation qui est extrêmement difficile on se trompe souvent (...) – *Vous vous sentez responsable si votre patiente regrette ?* Oui tout à fait (...) quand les gens regrettent c'est un échec pour moi »

D'une part, cela peut être considéré comme une pensée honorable de sa part, il se soucie du bien-être de ses patientes et souhaite les accompagner au mieux dans cette décision importante. Il a peur d'être à l'origine d'un mal-être futur. Mais cela reviendrait à dire que la personne qui a pris la décision n'était pas capable de comprendre qu'il y avait des conséquences à cet acte et qu'elle pourrait un jour le regretter. Pourtant « la capacité de discernement est la capacité d'un individu à comprendre une situation donnée et les choix qui s'offrent à lui dans cette situation, à évaluer les conséquences de chacun de ces choix, ainsi qu'à finalement décider pour lequel d'entre eux opter » (HUG, 2017). Le fait de décider de mettre fin à ses propres capacités reproductrices implique d'être conscient-e que le regret fait partie des conséquences possibles comme à chaque prise de décision, d'autant plus pour une intervention irréversible.

De plus, « dans le principe du respect de l'autonomie de la personne concernée, on doit admettre qu'elle se connaît a priori mieux que quiconque, y compris dans une perspective de son soi futur. (...) la décision éclairée de la personne concernée et ses éventuelles conséquences à terme relèvent de sa responsabilité » (Borasio, 2020, p. 6). L'attitude de ce médecin pourrait être assimilée, selon moi, à une « condescendance » et un « paternalisme injustifiés » (Borasio, 2020, p. 7). Si une femme estime que faire une stérilisation est une bonne chose pour elle, qui est à même de lui dire le contraire ? « De plus, dans cette hypothèse de regret ultérieur, le médecin pourrait se sentir complice de sa survenance, en ayant mal interprété la pertinence du désir de stérilisation. Cela étant, le risque existe également que le

refus du médecin de donner suite à la demande motivée d'une personne engendre une souffrance, actuelle et/ou future également » (Borasio, 2020, p. 8). Néanmoins, « le médecin a le droit de refuser un mandat d'intervention médicale en raison d'un conflit de valeurs personnelle que l'acte susciterait » et dans ce cas « la personne doit être référée à un autre praticien » (Borasio, 2020, p. 9).

Bien évidemment, il ne s'agit pas de faire l'apologie de la contraception définitive ni de prôner une facilité d'accès démesurée mais bel et bien d'entendre les femmes qui, après réflexion, pensent que c'est la meilleure chose pour elles. Le CHUV prévoit un protocole précis, avec un délai de réflexion et afin d'éviter de prendre une décision à la hâte et/ou dans un moment de vie inopportun.

IV. Pistes pour l'intervention professionnelle en santé sexuelle

Avoir accès à une stérilisation contraceptive devrait être un droit non discutable si l'on se base sur les droits sexuels de l'IPPF. En effet, l'article 9 stipule clairement le droit « de décider d'avoir ou non des enfants » (IPPF, 2008).

Lorsqu'une femme consulte un centre de santé sexuelle avec une demande de stérilisation contraceptive, elle devrait se voir offrir un espace de dialogue lui permettant de poser librement ses questions, parler de ses éventuelles craintes et argumenter sa demande. Le·la conseiller·ère en santé sexuelle devrait pouvoir récolter les informations nécessaires pour appuyer la demande et informer la patiente sur la procédure.

Doucet (cité dans Masella & Marceau 2020, p.65) propose différentes étapes à respecter lors d'une consultation :

- 1) « Alliance thérapeutique » : il s'agira de « pouvoir instaurer une relation de confiance entre les deux interlocuteurs qui ont chacun leurs valeurs, leurs passés, leurs environnements, leurs attentes, mais où chacun écoute et échange dans le respect de l'autre »
- 2) « Ecoute empathique » : il est important dans cette étape de favoriser l'autonomie de la patiente et offrir une « écoute teintée de compréhension, d'ouverture et de respect ». Il faut prendre en compte le contexte de vie de la patiente et non se baser sur la normalité et « déceler de possibles facteurs qui pourraient engendrer un regret par la suite et l'en informer »
- 3) « Discernement » : il s'agit de « discerner les forces et les faiblesses du récit du patient ». Sensibiliser la patiente au fait que le risque de regret existe notamment si elle est jeune ou s'il y a un changement de partenaire. Ainsi, pour l'auteur, « la seule véritable raison qui pourrait motiver un refus de la part du médecin, sauf les contre-indications médicales, serait l'ambivalence dont fait preuve la femme quant à sa décision »
- 4) « Décision » : elle doit « se baser sur des évidences scientifiques et non pas sur un jugement personnel du médecin ou sur une peur d'apparition de regrets ultérieurs »

V. Explication de l'évolution du regard construit par les savoirs acquis dans la formation

La contraception définitive est un sujet qui soulève de nombreux questionnements et, même si cela peut être considéré comme un droit individuel, il concerne en réalité toute la population car il touche à la reproduction.

Le cours de Madame Bühler sur le sujet a été riche en éléments pour cerner la complexité du problème. Se reproduire est-il un droit, un devoir, une obligation ?

La sexualité est politique et les règles qui ont toujours encadré les pratiques sexuelles ont beaucoup changé au fil du temps. « La reproduction est le processus biologique et social d'avoir ou ne pas avoir d'enfants » (Bühler, 2019). Elle est socialement imposée et ce n'est que très récemment que cela a été questionné. Il y a une « émergence récente de la notion de désir d'enfant » grâce à la contraception et au droit à l'interruption de grossesse « la maternité n'est plus un hasard ou une obligation » (Bühler, 2019). Le droit de choisir d'avoir ou non des enfants est un des droits sexuels (IPPF, 2008) : il y a malheureusement encore peu d'individus qui jouissent vraiment de ce droit car s'il n'existe plus d'obligation légale à se reproduire, les injonctions sociétales ont pris le relais : une femme est bien souvent encore considérée comme incomplète si elle n'a pas enfanté. La stérilisation représente la scission entre sexualité et reproduction : c'est donc un acte symboliquement très fort.

Le fait qu'une femme ne souhaite pas avoir d'enfant choque la société car elle rejette ainsi un des stéréotypes les plus marquants : une femme est faite pour être mère et a besoin de ce rôle pour s'épanouir pleinement dans sa féminité. Si elle ne souhaite pas avoir d'enfants, elle est suspecte ; si elle a déjà des enfants et n'en veut plus, on pensera alors qu'elle est peut-être une mauvaise mère et n'aime pas ses enfants. Catégoriser les individus par des stéréotypes permet de simplifier le réel (Leuba, 2019) et en ce qui concerne la contraception définitive il est indispensable de nuancer les choses pour comprendre ce qui pousse ces femmes à y avoir recours et admettre finalement que c'est à elles de savoir ce qui leur correspond et non à la société.

VI. Conclusion

Le thème de la contraception définitive fait grand débat. Utilisée au siècle passé à l'insu de certaines de femmes jugées inaptes à la maternité, elle est aujourd'hui souvent refusée à des femmes qu'on considère capables de devenir mères. Le fait qu'une femme souhaite mettre fin à sa stérilité interpelle mais peut être entendu si elle a un certain âge et un certain nombre d'enfants. En revanche, lorsque la demandeuse est jeune et/ou nullipare, la stérilisation sera très difficilement accessible et, la plupart du temps, tous les arguments seront bons pour la dissuader d'avoir recours à cette intervention irréversible et des jugements accompagneront souvent ce discours. Le risque de regret sera alors évoqué pour justifier le refus de pratiquer cette intervention, outrepassant la volonté et l'autonomie de la femme pourtant majeure et ayant toute sa capacité de discernement.

On peine encore à imaginer qu'une femme puisse être comblée sans enfants comme on peine à imaginer une femme regrettant d'avoir eu des enfants. Cependant, les mentalités sont en mouvance et on commence à donner de plus en plus d'importance à la volonté propre de la femme et à valoriser son autonomie : on consent qu'une femme devrait pouvoir disposer de son corps comme elle l'entend et donc même mettre un terme définitif à sa fertilité si elle le souhaite.

Dans une vision plus globale, il s'agit aussi bien sûr d'un enjeu politique : les différents états à travers le monde ont toujours produit des règles régissant la sexualité et la reproduction de ses populations, cadre qui a mené au contrôle du corps des femmes.

Je suis persuadée que toute action pouvant (re)donner à la femme le contrôle de son corps et lui donner les pleins pouvoirs de son autodétermination ne pourra que contribuer à une société plus égalitaire et ainsi lutter activement contre le patriarcat ambiant qui engendre un nombre incalculable de violences à l'égard des femmes à travers le monde.

Le fait de faciliter l'accès à la contraception définitive et de faire disparaître les critères d'accès posés de manière arbitraire par le corps médical ne signifie pas que toutes les femmes vont y recourir. Cependant il permettra aux femmes qui ne souhaitent plus ou ne pas avoir d'enfants de prendre leur vie en main et ne plus avoir à vivre avec la peur d'une grossesse imprévue ou du moins en limiter les risques sans devoir prendre de traitement hormonal et en subir les

conséquences. Ces femmes seront alors en mesure de vivre pleinement leur sexualité et affirmer leur positionnement face à la maternité.

Je souhaite conclure par une citation qui résume bien ce travail ainsi que mon positionnement personnel sur la question de la contraception définitive (Masella & Marceau, 2020, p.64) :

Le refus de réaliser une ligature tubaire, qui est demandée par une femme majeure, apte, qui a réfléchi à la situation et qui utilise son autodétermination, est considéré comme une atteinte à une liberté fondamentale. Ainsi, le paternalisme reprend les caractéristiques les plus contraignantes et restrictives dont il peut faire preuve, soit : dur, coercitif et touchant une liberté fondamentale

Bibliographie

Barone, M. A., Johnson, C. H., Luick, M. A., Teutonico, D. L., & Magnani, R. J. (2004). Characteristics of Men Receiving Vasectomies In the United States, 1998-1999. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(01), 27–33. <https://doi.org/10.1363/3602704>

Carolli, L. (2019). Le besoin de procréer trouve ses racines dans de fortes pressions sociales et culturelles. *Penser la santé*, 19, 26-29.

Chambost, J., Raboteau, A., & Vallée, J. (2017). Vasectomie : regards croisés des hommes et des médecins généralistes. *Exercer*, 132, 162-169.

Charton, L. (2008). Le recours à la stérilisation contraceptive. Quelques considérations éthiques. *Revue des Sciences Sociales*, 39, 106-113

Charton, L. (2014). La stérilisation contraceptive ou le renforcement d'une image normative de la famille. *Recherches familiales*, 11(1), pages 65-73. <https://doi.org/10.3917/rf.011.0065>

Chung, D., Ferro Luzzi, E., Narring, F. & Bettoli Musy, L. (2015). Contraception et interruption de grossesse. *Revue médicale suisse*, 487

RésuméCHUV (2000). Protocole d'information sur la stérilisation tubaire. [Protocol_inform_Gyn.pm\(chuv.ch\)](http://Protocol_inform_Gyn.pm(chuv.ch))

Déclaration des droits sexuels de l'IPPF ippf_sexual_rights_declaration_french.pdf page consultée le 8 juin 2021

Desjeux, C. (2009). Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine. *Presses de Sciences Po*, 52, 49-63.

Domenico Borasio, G. (2020). Demande d'avis et de recommandations concernant la stérilisation des jeunes femmes nullipares. *Commission d'éthique clinique du CHUV*. chuv-ethique-avis-sterilisation-2010.pdf

Donath, O., & Ego, C. (2017). « Je n'aurais pas dû avoir d'enfants. . . » : une analyse sociopolitique du regret maternel. *Sociologie et sociétés*, 49(1), pp. 179-201. <https://doi.org/10.7202/1042813ar>

Duval, C. (2020). Dordogne : un gynécologue du centre hospitalier de Périgueux suspendu de ses fonctions. France Bleu. [Dordogne : Un gynécologue du centre hospitalier de Périgueux suspendu de ses fonctions \(francebleu.fr\)](http://Dordogne : Un gynécologue du centre hospitalier de Périgueux suspendu de ses fonctions (francebleu.fr)), consulté le 8 juillet 2021.

HUG - Hôpitaux universitaires de Genève (2017). Capacité de discernement et autonomie du patient, une préoccupation centrale dans le soin du patient. https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/gr-ethique/cd_et_autonomie.pdf, consulté le 20 mars 2021

Madelenat, P. (2006). Stérilisation à tout âge : sommes-nous prêts à suivre le choix des patientes ? *La Lettre du Gynécologue*, no 314, 14-16. [Stérilisation à tout âge : sommes-nous prêts à suivre le choix des patientes ? - Sterilization at any age, are we ready to follow the choice of patients? \(edimark.fr\)](#)

Masella, M.-A., & Marceau, E. (2020). La stérilisation volontaire chez les femmes sans enfant de moins 30 ans : dilemme éthique et déontologique. *Canadian Journal of Bioethics*, 3(1), 58. <https://doi.org/10.7202/1068764ar>

Mottier, V. (2012). État et contrôle de la sexualité reproductive : l'exemple des politiques eugénistes dans les démocraties libérales (Suisse, Suède et Royaume-Uni). *Articles*, 31(2), 31-50. <https://doi.org/10.7202/1014350ar>

Office fédéral de la statistique OFSP (2021). La contraception en Suisse. *Enquête suisse sur la santé 1992-2017*. [La contraception en Suisse - Enquête suisse sur la santé 1992-2017 | Publication | Office fédéral de la statistique \(admin.ch\)](#)

Sabbah, F., Bonanni, N. (2016). En êtes-vous sûre ? Difficultés d'accès à la contraception définitive en France. *Revue itinérante d'enquête et de critique*. Editions de la dernière lettre. Pages 168-173.

Stevan, C. (2013, 31 mai). La stérilisation, (é)preuve d'amour. *Le Temps*. [La stérilisation, \(é\)preuve d'amour - Le Temps](#)

Thomé, C. & Rouzard-Cornabas, M. (2017). Comment ne pas faire d'enfants ? La contraception, un travail féminin invisibilisé. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48-2, 117-137.

Tillich, E. (2019). « Libérées, délivrées ! » : stérilisées et sans enfant. *Ethnologie française*, N°176(4), 787. <https://doi.org/10.3917/ethn.194.0787>

Ventola, C. (2014). Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. *Genre, sexualité & société*, No 12. OpenEdition Journals.

Image de couverture trouvée sur [La colonisation et l'esclavage mènent à la stérilisation reproductive – Études sur l'activisme féministe \(wordpress.com\)](#)

Cours

Bühler, N. (2019). Se reproduire, une question de désir ? Présenté à DAS Santé sexuelle 2019-2021 ; Module 1, Lausanne.

Dayer, C. (2021). Sur quelles valeurs se fonde l'intervention en santé sexuelle ? Présenté à DAS Santé Sexuelle 2019-2021 ; Module 6, Lausanne.

Leuba, N. (2019). Etapes du développement psychosexuel. Présenté à DAS Santé sexuelle 2019-2021 ; Module 1, Lausanne

Annexe

Questionnaire pour les médecins gynécologues

- Avez-vous régulièrement des demandes de stérilisation ?
- Pratiquez-vous vous-même ce genre d'intervention ?
- Existe-t-il un profil « type » des femmes demandant des stérilisations ? Si oui, a-t-il changé ces dernières années selon vous ?
- Acceptez-vous de pratiquer ce genre d'intervention ?
- Quelle est la procédure ? Délais de réflexion, plusieurs entretiens, etc.
- Quels sont les critères qui entrent en ligne de compte dans le fait d'accepter ou au contraire refuser une demande de stérilisation ?
- Les éléments suivants influencent-ils votre décision et si oui dans quel sens : contexte social, situation économique, âge, nombre d'enfants, militantisme ?
- Mentionnez-vous la vasectomie et si oui pourquoi ? (Intervention moins invasive, moins coûteuse, etc ?)
- Pensez-vous que la contraception devrait idéalement être réversible ?
- Lorsque vous refusez de pratiquer une stérilisation, adressez-vous votre patiente à un ou une de vos collègues ou lui faites-vous des recommandations ?
- A votre connaissance, votre façon de procéder dans le cas d'une demande de stérilisation est-elle semblable à la façon de faire de vos collègues ?