

Aspects médicaux et déontologiques de la stérilisation chirurgicale

Doc	a042009
Date de publication	01/01/1988
Origine	NR
	Consentement éclairé
Thèmes	Stérilisation

ASPECTS MEDICAUX ET DEONTOLOGIQUES DE LA STERILISATION CHIRURGICALE

Prof. ém. Dr M. Renaer

Depuis une dizaine d'années environ, le corps médical s'est vu assigner une tâche nouvelle et importante dans l'aide à la régulation et à la limitation des naissances ou, en bref, à la contraception; à cet égard, les médecins de famille, les gynécologues et les urologues ne sont pas les seuls concernés. L'article 85 du Code de déontologie médicale dispose : "Chaque fois qu'une aide contraceptive s'indique, le médecin est tenu de donner tout renseignement utile". De toute évidence, cette règle ne vise pas uniquement des renseignements mais aussi une aide effective. Tôt ou tard, l'aide contraceptive s'avère nécessaire pour pratiquement tous les couples.

Assistance médicale dans la limitation des naissances

L'enquête NEG0 IV(1) du "Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudiën" a démontré en 1982-1983 qu'en Belgique, 91% des femmes néerlandophones mariées, âgées de 40 à 44 ans, avaient eu un jour recours à une méthode contraceptive; il y avait même tout lieu de croire que le pourcentage de couples concernés devait être encore plus élevé. Or, l'aide ou des conseils médicaux s'avèrent être nécessaires pour la grande majorité des méthodes anticonceptionnelles.

On a pu constater dans les dernières décennies, une fréquence accrue des relations sexuelles avant le mariage chez les adolescents et les jeunes en général. Pour cette couche de la population, encore plus que pour les ménages, il s'avère hautement souhaitable d'éviter des grossesses non désirées. Cette situation a pour conséquence d'ajouter à l'activité médicale, une fonction supplémentaire et délicate qui est celle de l'éducation fondée sur la connaissance scientifique et technique.

Il existe tant parmi les médecins que dans la population, des opinions divergentes à propos de la solution légale à donner au problème de l'interruption de grossesse; en revanche, la nécessité d'éviter des grossesses non désirées et partant, leur interruption, au moyen d'une meilleure éducation sexuelle et d'une contraception améliorée, recueille l'unanimité.

L'aide contraceptive présuppose cependant la connaissance des inconvénients et des avantages de chaque méthode, de son efficacité, de ses indications ou contre-indications, de son adéquation sur le plan psychologique et moral. Déjà, on remarque que l'aide contraceptive n'est pas une question purement technique, mais qu'elle a trait à l'être humain dans son ensemble et à ses relations interpersonnelles les plus intimes. Il s'agit donc encore d'un domaine dont l'évolution doit être suivie et dans lequel, le cas échéant, de renvoyer le patient à un confrère plus compétent si l'on est soi-même moins au courant.

Le présent article constitue une introduction relativement détaillée aux aspects médicaux et psychologiques de la stérilisation chirurgicale qu'il traite ensuite du point de vue déontologique.

Fréquence accrue de la stérilisation chirurgicale

Dans les vingt années qui viennent de s'écouler, la stérilisation chirurgicale est devenue, dans notre pays, nettement plus fréquente que par le passé; contrairement à d'autres pays occidentaux, il s'agit surtout d'un plus grand nombre de stérilisations chez la femme. Quatre enquêtes successives du "Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudiën : NEGO I (1966), NEGO II (1971), NEGO III (1975-1976), NEGO IV (1982-1983) ont permis de suivre l'évolution de l'emploi de méthodes anticonceptionnelles d'abord, chez les femmes belges mariées (NEGO I et II) et ensuite, chez les femmes belges mariées de la région flamande (NEGO III et IV). Le tableau ci-dessous trace l'évolution de la fréquence des stérilisations chirurgicales entre 1975-1976 et 1982-1983, NEGO I et NEGO II ne figurent pas au tableau, car les stérilisations chirurgicales, étaient très rares en 1966 et 1971(2).

L'augmentation impressionnante de la fréquence de la stérilisation chirurgicale et la perspective de son élargissement entraînent des problèmes divers auxquels il convient de s'arrêter:

- la stérilisation chirurgicale court le danger d'être ramenée à un événement purement technique;
- le nombre des réactions de regret par rapport à la stérilisation et du nombre de demandes en vue d'une reperméabilisation;
- augmentation du nombre de plaintes au sujet de stérilisations manquées.

Stérilisations manquées et leurs causes

De plus en plus, surgissent dans les pays occidentaux, des problèmes relatifs à la responsabilité médicale en matière de stérilisations manquées (G. Chamberlain, C. Orr, F. Sharp, 1985(3); C. Stolker, 1986(4); V. Argent, 1988(5). Sur mille plaintes successives dans le domaine de la pratique gynécologique, examinées en Grande-Bretagne par la Medical Protection Society, 120 cas portaient sur des stérilisations manquées (M.A. Pugh(6)).

On admet généralement que la stérilisation masculine ou féminine est une opération qui conduit avec certitude, c'est-à-dire dans 100% des cas, à une infécondité certaine et définitive. Toutefois, une littérature approfondie (M. Thiery, 1975(7) indique que seule la technique de Uchida garantit une efficacité pratiquement absolue de la stérilisation

Tableau : L'usage de la contraception chirurgicale en 1975-76, 1982-83 et ses perspectives (femmes mariées en Flandre; NEGO III, NEGO IV). Le pourcentage de stérilisations par rapport au nombre total des femmes interrogées par cohorte de naissances.

Geboortejaar	1975 1976			1982 1983			mogelijk toekomstig*		mogelijk toekomstig**			
	V	M	T	V	M	T	V	M(3) T	V	M(3) T		
'37-'41	8	1	9	27	3	30	34	7	40	53	17	61
'42-'46	5	0	5	28	3	31	37	7	43	60	19	68
'47-'51	2	0	2	17	5	21	35	13	44	65	31	76
'52-'56	0		0	5	2	7	30	17	39	64	43	75
'57-'61			0	0	0	0	21	12	26	58	38	66

F : stérilisation féminine

H : stérilisation masculine

T : stérilisation couple (le nombre de couples stérilisés peut être inférieur à la somme du nombre d'hommes et de femmes stérilisés.

Perspectives* : stérilisés actuels + ceux qui se feront certainement stériliser

Perspectives** : stérilisés actuels + ceux qui se feront certainement ou peut-être stériliser

(3) réponse concernant l'intention de stérilisation masculine obtenue par le biais de l'épouse.

tubaire (aucun échec sur plus de 20.000 stérilisations tubaires), mais que les autres méthodes

courantes de cette stérilisation tubaire sont d'une efficacité qui comporte 0,38 à 0,80% d'échecs. Le pourcentage d'échecs dans les stérilisations qui consistent en une occlusion de la trompe par agrafe, varie de 2,6% (Hulka et al., 1975) à 0,5% (Filshie et al., 1981); le pourcentage d'échecs après application de l'anneau en matière plastique par laparoscopie est d' environ 0,3% (Yoon, 1977; Phillips et al., 1977). Dans le domaine de la vasectomie bilatérale, le pourcentage d'échecs s'élève à 0,7%.

Les échecs peuvent trouver leur cause dans une recanalisation qui s'opère lorsque les extrémités ligaturées de la trompe ou du canal déférent ne sont pas suffisamment éloignées l'une de l'autre; ou dans l'apparition d'une fistule au niveau de la ligature de la trompe; ou dans le fait d'une stérilisation intervenue "alors que la femme concernée était enceinte au moment de l'intervention."

Pour contourner la difficulté, il s'impose d'expliquer aux patients, qu'après une stérilisation, les risques de fertilité sont bien sûr très faibles, mais que la garantie n'est pas absolue même lorsque la technique est appliquée correctement. En outre, il est préférable de prendre la précaution d'avertir la patiente de ce qu'une grossesse ectopique peut parfois survenir (quoique très rarement) après une stérilisation. Par ailleurs, il y a lieu d'opter pour la technique qui comporte un risque minimal et qui garantit la plus grande efficacité; et naturellement, la technique choisie doit être correctement appliquée. Bien qu'en principe, la stérilisation soit appelée à être définitive, il est préférable, surtout en ce qui concerne des patients relativement jeunes, d'utiliser une méthode susceptible de permettre plus tard une reperméabilisation.

Il résulte d'un certain nombre d'études que la plupart des cas de stérilisations manquées se situent dans une période qui correspond à l'apprentissage d'une méthode de stérilisation. D'où la nécessité dans les centres de formation, d'une supervision suffisante des actes posés par les jeunes. Dans le cadre de la stérilisation par laparoscopie, cette supervision peut se faire au moyen "d'un endoscope à optique double". Dans le cadre de la stérilisation chirurgicale chez l'homme ou la femme, nombre de gynécologues et urologues ont pour habitude de soumettre les fragments réséqués des trompes ou des canaux déférents à une analyse anatomopathologique qui prouve ainsi que la stérilisation a été correctement exécutée.

Pour éviter qu'une stérilisation ne soit réalisée en présence d'une grossesse, la stérilisation chez la femme se fera de préférence peu après la menstruation, pendant la phase de prolifération du cycle ou sous la garantie d'une méthode contraceptive efficace.

La prévention de la réaction de regret

Le follow-up de personnes ayant subi une stérilisation et l'étude des causes des réactions de regret après une stérilisation révèlent les précautions à prendre afin de prévenir les déceptions et d'éviter autant que possible les demandes de reperméabilisation.

Les motivations et les circonstances d'une stérilisation peuvent être diverses. On distingue, beaucoup plus par le passé qu'actuellement, la stérilisation thérapeutique de la stérilisation purement contraceptive. On parlait de stérilisation thérapeutique lorsqu'on estimait qu'une grossesse supplémentaire mettrait en péril la vie ou la santé de la femme concernée. En fait, cette mesure avait un caractère plus préventif que curatif. Il y a en outre l'indication purement contraceptive où dans une famille comblée quant au nombre des enfants, la stérilisation chirurgicale définitive est considérée comme la méthode contraceptive la plus efficace et à terme la moins incommode.

Les études de follow-up précitées ont montré que les réactions de regret apparaissaient tout autant ou plus chez des personnes qui avaient préféré renoncer à continuer de procréer en raison de leur état de santé ou du risque de transmission d'une affection héréditaire grave. Ceci prouve que nous nous trouvons sur un terrain dominé plus par les sentiments que par la raison. C'est pourquoi le médecin ne peut, en fonction d'un raisonnement qui lui paraît logique, exercer une pression psychologique en vue d'amener à la décision de se faire stériliser; et il doit laisser à ses patients le temps de faire leur deuil d'une fécondité qu'ils avaient prévue et souhaitée plus longue. Il peut

même être utile de leur recommander le recours à une assistance psychothérapeutique au sujet de cette décision importante.

Dans un certain nombre de circonstances, une stérilisation peut s'avérer ne pas être le moyen le plus adéquat. Si l'intention est d'effectuer une stérilisation à l'occasion d'une césarienne ou d'une autre intervention, il vaut mieux s'abstenir d'attendre la veille ou le jour même pour en discuter. Il faut pouvoir ménager aux patients le temps de prendre cette décision. Celle-ci ne peut intervenir sous l'influence d'une quelconque pression ou urgence.

Il est peu judicieux de procéder à une stérilisation lors d'une interruption de grossesse volontaire, car ici aussi la décision est souvent prise à la hâte et parfois, consciemment ou inconsciemment, comme une autopunition par rapport à l'interruption de grossesse.

Il convient d'éviter à tout prix, les pressions psychologiques exercées par le conjoint, un parent ou le médecin. Une stérilisation ne peut être envisagée sur l'arrière-plan d'une relation de couple instable. Il est pour plusieurs raisons plausible qu'une stérilisation chez une femme particulièrement jeune, par exemple, avant sa trentième à trentedeuxième année, entraînera ultérieurement une plus grande probabilité de réactions de regret.

Des perspectives optimales sont offertes par la "stérilisation d'intervalle" à savoir, une stérilisation qui a lieu plusieurs mois ou années après la dernière naissance chez un couple qui a atteint le nombre d'enfants désiré, qui utilise depuis longtemps une méthode contraceptive réversible, qui a dépassé le seuil des trente-cinq ans ou plus et qui de commun accord a graduellement évolué vers l'idée d'une contraception définitive. Cette période préparatoire leur aura permis de réfléchir sur les questions importantes comme: comment réagirions-nous si l'un de nos enfants décédait ou était accidenté ? Quelle serait la réaction du survivant en cas de décès prématuré de l'un des conjoints ? Ne me sentirai-je pas moins homme ou moins femme après une stérilisation ? L'un n'en voudra-t-il pas à l'autre que la décision repose sur elle ou lui ? Cette forme de limitation des naissances ne créera-t-elle pas de sentiments de culpabilité ?

Quand un avis psychiatrique ou psychologique est-il souhaitable ?

Il a déjà été fait allusion à l'éventualité d'une résistance psychologique lorsque la stérilisation est proposée ou recommandée pour des raisons d'ordre purement médical. C'est pourquoi une évaluation par un psychothérapeute peut être utile. De même lorsqu'il s'agit d'une personne cyclothymique ou qui a par le passé déjà traversé une dépression ou été atteinte d'une autre déficience d'ordre psycho-pathologique.

Il est évidemment conseillé d'aider les jeunes (moins de trente ans) autant que possible en mettant à leur disposition des méthodes contraceptives réversibles. Lorsque des raisons suffisantes justifient une exception à cet égard, un avis psychologique apparaît nécessaire également.

L'information et le consentement en matière de stérilisation chirurgicale

La relation médecin-patient concerne deux personnes autonomes, un dispensateur et un demandeur de soins ou de services. C'est pourquoi il convient avant toute intervention de fournir une information suffisante tant du point de vue déontologique que juridique, d'obtenir du demandeur un consentement qui puisse être présumé libre et éclairé.

Contrairement à la plupart des autres interventions, la stérilisation s'effectue dans la majorité des cas chez une personne en bonne santé dans le but de mettre un terme à une fonction naturelle; il s'agit en outre d'une intervention qui peut ne pas être absolument nécessaire. Elle constitue de ce fait un acte qui n'entre que d'une manière marginale dans la définition de l'art médical (article 2, paragraphe 1er, 2ème alinéa et paragraphe 2, 3ème alinéa de l'arrêté royal n° 78 de 1967). Ceci explique pourquoi jusqu'à la fin des années soixante, certains juristes ont formulé des objections à l'encontre d'une stérilisation pratiquée dans un but uniquement contraceptif et non préventif ou thérapeutique. Il appert de ces données qu'une information insuffisante, l'absence de

consentement et une exécution éventuellement imparfaite peuvent être perçues et jugées en cette matière plus sévèrement que lorsqu'il s'agit d'une intervention dont la nécessité et/ou l'urgence ne peuvent être contestées.

Toutefois, jusqu'où doit aller l'information, comment le consentement doit-il être donné, comment peut-on en fournir la preuve?

L'information nécessaire

Une stérilisation s'est pas seulement un acte technique, mais aussi une intervention qui demande une décision grave au sujet lui-même et au couple. Afin que cette décision puisse être prise en connaissance de cause, une explication suffisante doit être donnée au préalable.

Du point de vue juridique (H. Nys⁽⁸⁾), "une information suffisante" signifie suivant la Cour de cassation, "que le patient soit suffisamment renseigné à propos des risques normaux et prévisibles d'une intervention". Dans un autre arrêt (8 octobre 1981), la Cour précise que le fait de ne pas avoir averti des "risques graves" d'une intervention, constitue une faute. H. Nys estime qu'il peut être déduit "à titre de règle, de l'ensemble de la jurisprudence belge relative au consentement et à l'information, que l'information donnée à un patient par le médecin doit être claire au point de permettre au patient de refuser expressément un acte médical déterminé". Cette position de principe ne permet pas de déduire ce qui peut être concrètement dit au patient, mais en ce qui concerne la stérilisation, le patient doit tout au moins savoir:

- que l'intervention a pour objectif une infertilité définitive;
- que la garantie d'infertilité est hautement probable, mais non pas absolument certaine. De la sorte, le contrat non écrit du médecin qui effectue une stérilisation, crée une obligation de moyens et non de résultat. En d'autres termes, il s'engage à une exécution soignée de l'intervention, mais ne donne aucune garantie absolue quant au résultat;
- que dans le cas d'une vasectomie, l'infertilité n'est effective qu'après plusieurs éjaculations et après confirmation de l'azoospermie par le laboratoire où le sperme aura dû être envoyé deux ou trois fois afin d'y être analysé. Par ailleurs, il aura été nécessaire de convenir au préalable de la personne qui fera connaître le résultat de ces analyses au patient.

Une femme qui subit une stérilisation tubaire sous anesthésie générale, doit savoir qu'une anesthésie générale ne peut être considérée comme étant sans danger, mais que de nos jours les complications ne surviennent que dans des circonstances très exceptionnelles.

Pour éviter de devoir aborder les "risques graves", il est logique de renoncer à des techniques de stérilisation susceptibles d'entraîner, en effet - quoique rarement - des complications graves; ainsi par exemple, une stérilisation au moyen d'une électrocoagulation laparo-scopique unipolaire, ou une stérilisation laparoscopique chez une femme qui a subi deux laparotomies médianes et qui court de ce fait le danger que n'apparaissent des adhérences entre l'intestin et la paroi abdominale. Il est en outre prudent de vérifier en interrogeant et examinant le patient avant l'opération, qu'il n'est pas atteint d'une affection le prédisposant à des risques graves de par l'anesthésie ou l'opération.

Il résulte de ce qui a été dit sous "La prévention de la réaction de regret" qu'il est préférable d'informer au sujet de l'intervention et de ses conséquences éventuelles lors d'un ou plusieurs entretiens que le médecin aura avec le couple concerné. Ces entretiens doivent permettre aux intéressés d'adresser au médecin toutes les questions qu'ils se posent. Et pour être bien sûr que l'information essentielle aura été donnée, il est utile de remettre une brochure concise et compréhensible reprenant les aspects principaux de la démarche.

Quelles sont les conditions du consentement ?

"Pour autant qu'elle se soit prononcée à ce sujet, la jurisprudence belge repose sur l'idée du consentement présumé. Ceci signifie, qu'à moins que le ou la patient(e) n'ait expressément refusé une intervention, son consentement peut être présumé à condition qu'il ou elle ait été informé des risques qui y sont corrélés"⁽⁹⁾. Lorsqu'il s'agit d'une personne juridiquement capable, son

consentement suffit: celui du conjoint n'est pas nécessaire. Toutefois, ce serait commettre une erreur psychologique que d'effectuer une stérilisation à l'insu du conjoint vivant en commun. Une décision unilatérale à propos d'un événement qui concerne forcément le couple, pourrait être perçue comme une injure grave.

Bien que le consentement puisse être présumé pourvu qu'une information suffisante et compréhensible ait été donnée, nombre de gynécologues et urologues estiment préférable de se munir d'une déclaration signée. Il arrive (rarement) au cours d'une stérilisation laparoscopique sous anesthésie qu'une hémorragie rende nécessaire une légère laparotomie. Lorsque la patiente est corpulente, une stérilisation laparotomique peut s'avérer malaisée. C'est pourquoi il est utile de prévoir dans la déclaration à signer, une disposition qui permette de consentir à une intervention supplémentaire qui s'avérerait nécessaire le cas échéant. Il convient aussi que le médecin rappelle dans ses notes qu'une brochure informative a été remise au patient ou à la patiente.

Ladite déclaration peut être rédigée comme suit(10) :

"Le ou la soussigné(e), M. ou Mme. prie le Dr d'effectuer sur sa personne, une ligature des deux canaux déférents / trompes.

Il/elle est parfaitement conscient(e) des conséquences de cette intervention.

Il/elle sait que cette intervention tend à réaliser une infertilité constante, mais qu'il n'existe pas de garantie absolue à cet égard.

Il/elle consent à tout traitement médical s'avérant en l'occurrence utile ou nécessaire.

Signature du patient :

Signature du médecin : "

Stérilisation de personnes mentalement handicapées

Lorsqu'une stérilisation est fermement indiquée dans le cas d'un mineur mentalement handicapé ou d'une personne placée sous minorité prolongée, il y a lieu de se reporter à l'avis circonstancié que le Conseil national a émis en juin 1981(11).

"Tout d'abord, le Conseil national désire souligner qu'une stérilisation systématique des handicapés mentaux est inacceptable et que chaque cas doit être examiné et discuté individuellement. La stérilisation chirurgicale définitive d'un handicapé mental constitue une intervention très grave, aux conséquences telles qu'elle requiert une indication indiscutable.

En particulier, il faut :

1. que la nécessité en ait été prouvée;
2. que des moyens réversibles ne puissent résoudre correctement le problème;
3. que le représentant légal soit dûment renseigné sur l'irréversibilité de l'intervention et les problèmes qui peuvent surgir par la suite;
4. que le consentement du représentant légal ait été donné librement et confirmé par écrit.

Afin de garantir le respect de ces conditions, il conviendra de consigner dans un protocole la décision de procéder à une stérilisation définitive. Les médecins qui prennent la décision doivent signer le protocole et être au moins au nombre de trois, dont :

1. le gynécologue ou le chirurgien qui effectue l'intervention;
2. un neuropsychiatre;
3. le médecin de famille ou un spécialiste qui exerce la discipline dont relève l'indication invoquée.

Au moins un des médecins mentionnés sous 2 ou 3, ne peut avoir aucun lien avec l'institution où séjourne éventuellement le handicapé mental.

Le protocole doit permettre d'identifier l'intéressée soit, en mentionnant le nom, soit, le numéro du dossier; il est également nécessaire d'indiquer la date et l'institution où l'intervention aura lieu. Le

protocole précité, signé par les médecins, doit être transmis au Conseil provincial de l'Ordre auquel ressortit le médecin chargé de l'intervention.

Le Conseil national estime nécessaires toutes les garanties précitées afin que les handicapés mentaux soient suffisamment protégés."

Ce texte était une réponse à une demande d'avis au sujet d'une jeune fille mentalement handicapée, mais il est évident qu'il s'applique aussi au sexe masculin.

La modification de l'article 54 du Code de déontologie médicale.

Il résulte clairement de ce qui précède que l'article 54 du Code de déontologie médicale devait être modifié en raison des conceptions nouvelles et des progrès rapides de la pratique dans le domaine de l'aide contraceptive. La nouvelle formulation de cet article 54, telle qu'elle a été adoptée lors de la réunion du Conseil national au mois de septembre 1988, est la suivante :

"Bien que le plus souvent bénigne, la stérilisation chirurgicale constitue une intervention lourde de conséquences. Dès lors, le médecin ne peut l'exécuter qu'après avoir informé correctement les conjoints ou partenaires sur son déroulement et ses conséquences.

La personne qui subira l'intervention devra pouvoir prendre sa décision librement et l'opposition éventuelle du conjoint ou partenaire sera sans effet".

NOTES

1. NEGO IV: 4ème enquête nationale Gezinsontwikkeling, 1982- 1983
2. Lodewyckx, E. et Cliquet, R.L. De anticonceptietransitie in Vlaanderen, Bevolking en Gezin, 1984-3, p. 283-307.
3. Chamberlain, G., Orr, C., Sharp, F., Litigation and Obstetrics and Gynaecology, Royal Coll. of Obstet. and Gyn., London, 1985, 1-311.
4. Stolker, C.J., J.M. Aansprakelijkheid voor mislukte sterilisaties, Kluwer, Deventer, 1986, 1 -114.
5. Argent, V., Failed sterilization and the law. Brit. J. Obstet and Gynaec., 1988, 95, 123-125.
6. Pugh, M.A., Accidents in gynaecological surgery-clinical In: Litigation and Obstetrics and Gynaecology, Royal Coll. of Obstet and Gynaec., London, 1985, 75-79.
7. Thiery, M., De medische aspecten van de heelkundige anticonceptie (sterilisatie). Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudiën, Bruxelles, 1975, 1-183.
8. H. Nys, Geneeskundig recht. Acco, Leuven, 1987, p. 39.
9. Nys, H., op. cit.
10. Thiery, M., op. cit., 1975.
11. Bulletin Officiel, Ordre des médecins, 1980-1981, n° 29, 40-41.