

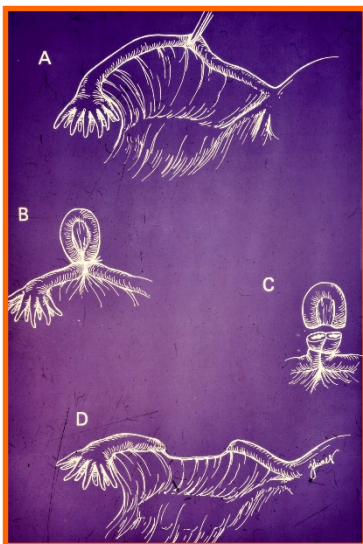
La stérilisation : Histoire et éthique

*Docteur Jean-Jacques AMY,
VUB, Bruxelles*

Historique

De toutes les méthodes contraceptives applicables à la femme, la stérilisation a été la plus lente à être acceptée. Les interdits qui pesaient sur le contrôle des naissances, y compris sur l'avortement, ont été figés dans divers textes de loi dans le monde occidental, aussi bien en Amérique du Nord qu'en Europe. Ces textes datent de la première moitié du 19^{ème} siècle et sont restés en vigueur jusqu'à la fin du 20^{ème} siècle. Ainsi, la stérilisation était interdite en France jusqu'en 2001. En raison de ces interdits, des hystérectomies à but contraceptif ont été pratiquées sur base d'indications médicales inexistantes, notamment pour éviter des grossesses ultérieures présentant des risques importants pour la santé de la femme.

La première ligature des trompes a été pratiquée en 1880 à Toledo, ville de l'Ohio au nord des États-Unis, par S.S. Lungren, au cours d'une césarienne, afin d'éviter que sa patiente n'ait d'autres grossesses à risque. Par la suite, différentes techniques d'occlusion des trompes, par voie abdominale ou vaginale, ont été développées et portées à la connaissance du monde médical. En 1919, Madlener a rapporté une série de 89 cas. La technique utilisée consistait à écraser et ligaturer une boucle de la trompe. Irving, en 1924, a décrit une technique qui consistait à sectionner la trompe et à enfouir l'extrémité de la moitié proximale dans un tunnel foré dans le myomètre de l'utérus. La technique s'accompagnait dans un certain nombre de cas, d'hémorragies difficiles à contrôler.



La méthode la plus usitée est celle dite de Pomeroy, du nom du gynécologue américain qui l'a mise au point. Après son décès en 1930, ses collaborateurs ont publié une série de 100 cas de femmes stérilisées de façon chirurgicale. La technique consiste à saisir la trompe à la jonction de son tiers proximal et de son tiers médian, avec de préférence une pince de Babcock, et de former une boucle qui est ensuite ligaturée à sa base avec un fragment de fil résorbable. On sectionne la partie supérieure de la boucle qui peut être envoyée pour examen histologique de façon à confirmer qu'il s'agit bien d'un segment de trompe et non pas du ligament rond, par exemple.

A partir de 1935, Kroener, quant à lui, excisait le pavillon de la trompe (fimbriectomie). Une autre technique, particulièrement compliquée, était décrite par Decker, gynécologue new-yorkais, en 1942. La patiente, sous anesthésie, était placée en position genu-pectorale. On introduisait des rétracteurs dans le vagin de façon à pouvoir saisir le col de l'utérus et exercer une traction

dans l'une ou l'autre direction. On pratiquait une colpotomie, une incision dans le cul-de-sac postérieur du vagin, et on introduisait le culdoscope pour visualiser les trompes et les ramener à tour de rôle dans le vagin où l'occlusion était pratiquée selon la méthode choisie par le praticien.

Il y a à peine une cinquantaine d'années, l'auteur du manuel britannique de référence en gynécologie, TNA Jeffcoate, comparait – à juste titre ! – la stérilisation à la destruction de la fonction reproductive. Les trois techniques qu'il décrivait en premier lieu, avant la ligature des trompes, étaient la radiothérapie, l'ovariectomie et l'hystérectomie. Effectivement, ces techniques radicales provoquaient la stérilité mais aussi une ménopause iatrogène. Ce n'est qu'en quatrième position que l'auteur mentionnait la résection partielle des trompes telle que effectuée dans la technique de Pomeroy.

Dans les années 60, des règles totalement arbitraires régissaient les demandes de stérilisation dans les services hospitaliers (âge de la femme, nombre et sexe d'enfants). En 1965, à l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles, hôpital de référence pour ses bonnes pratiques gynécologiques et sa pensée progressiste en matière d'éthique médicale, une femme n'était stérilisée à sa demande que si âgée de 35 ans et mère de quatre enfants dont deux de chaque sexe. Si l'une de ces conditions n'était pas remplie, on n'accédait pas à sa demande. A cette époque, nous étions encore sous l'interdit absolu de la contraception qui n'a été levé qu'en 1973, suite à l'emprisonnement du docteur Willy Peers. Ce dernier était directeur-adjoint du Centre d'obstétrique et de gynécologie de la Maternité provinciale de Namur depuis 1959. Dès le début, il fut en butte à l'hostilité des responsables conservateurs et rétrogrades. Dans les années 60, l'Ordre des Médecins et la Députation Permanente de la province prennent à répétition des mesures disciplinaires à son égard pour avoir bravé l'interdit frappant la contraception et avoir pratiqué des stérilisations chez des femmes en ayant fait la demande.

Les stérilisations par voie coelioscopique

La première stérilisation tubaire par voie laparoscopique a été pratiquée par un Suisse, Bosch, à Berne en 1936. Cette approche a connu un grand succès à partir des années 1970, quand l'utilisation des agrafes de Hulka-Clemens (1973) et de Filshie (1981) supplanta la thermocoagulation des trompes par électrodes mono- ou bipolaires. La stérilisation par la thermocoagulation des trompes était responsable d'un certain nombre de complications propres à l'utilisation du courant électrique.

La diathermie unipolaire consistait à faire passer le courant au travers de la patiente, depuis une plaque métallique appliquée sur la peau jusqu'à la pince saisissant la trompe. Des brûlures extrêmement sévères pouvaient avoir lieu, entre autres au niveau de l'intestin, qui entraînaient parfois le décès. La stérilisation par diathermie bipolaire était beaucoup moins dangereuse. Les deux électrodes étaient constituées par les branches préhensiles de la pince entre lesquelles le courant circulait, cautérisant uniquement le tissu saisi. La technique décrite le plus souvent, est celle d'une cautérisation en série : on saisit la trompe à un endroit donné, on fait passer le courant de façon à cautériser la zone agrippée et on recommence en déplaçant l'électrode vers l'extérieur, plusieurs fois de suite. Cette méthode, en se

limitant à la cautérisation, était accompagnée, dans certains cas, de reperméabilisation et de grossesses extra-utérines. On pouvait également cautériser à un seul endroit pour y provoquer une hémostase et ensuite sectionner la trompe.

Outre les agrafes (ou 'clips'), un anneau en silicone, l'anneau de Falope, était utilisé. La dernière méthode consiste à saisir la trompe à l'aide d'un instrument ; on tire une boucle de trompe dans l'applicateur et on refoule l'anneau qui se retrouve à la base de la boucle.



Depuis 2002, la méthode de stérilisation tubaire par voie hystéroscopique EssureND est disponible. Elle consiste en l'insertion dans la partie proximale des trompes d'un micro-implant souple contenant un alliage métallique.

D'autres techniques encore ont été utilisées dans des pays en voie de développement, mais pas en Europe. Elles revenaient à introduire dans l'utérus des substances à caractère caustique (hydrochlorure de quinacrine, méthylcyanoacrylate) qui provoquaient une réaction inflammatoire intense, non seulement dans la cavité utérine mais aussi au niveau des ostia tubaires, ce qui causait l'occlusion des trompes.

Prévalence de par le monde

Il y a quelques années, on comptait 190 millions de couples ayant eu recours à la stérilisation féminine et 42 millions d'hommes ayant subi une vasectomie. Les craintes en matière de contraception hormonale et de risque de thrombo-embolie semblent avoir donné lieu à une résurgence des demandes de stérilisation par la méthode EssureTM. Toutefois, on a constaté, durant les dernières décennies, au Royaume-Uni²⁷, une diminution progressive du nombre de stérilisations féminines et une stabilité de l'incidence de la vasectomie. Chez les femmes âgées de 20 à 54 ans, il y a une diminution statistiquement significative de 30% dans l'incidence de la stérilisation. Chez les hommes âgés de 20 à 64 ans, le taux en matière de vasectomie se maintient. Cela peut s'expliquer par l'accès pour les femmes, à des méthodes réversibles de contraception de longue durée beaucoup moins dangereuses que les techniques de stérilisation. Les hommes, par contre, n'ont toujours pour seules alternatives que le condom, l'abstinence ou le coït interrompu.

²⁷ ROWLANDS S., HANNAFORD P. The incidence of sterilization in the UK. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2003, vol.110, Issue 9, pp.819-824.

Aspects éthiques

Les techniques invasives telles que les stérilisations par voie abdominale ou par voie coelioscopique, ont des taux de morbidité sévère de l'ordre de 1/800 à 1/1200 et de 1/8000 à 1/12000 pour les complications létales.

L'indice de Pearl se situe entre 0.05 et 0.36. L'efficacité varie en fonction de la technique utilisée, de l'expertise du chirurgien et de l'âge de la femme. Plus l'âge de la femme est avancé moins grand est le risque de grossesse ultérieure accidentelle et non voulue.

Les techniques d'occlusion tubaire par voie coelioscopique (comme celles consistant en l'application d'un clip) ont un taux d'échec global de 1/200. Cela signifie qu'une femme sur 200 aura une grossesse ce qui est supérieur au taux d'échec de certaines méthodes réversibles de longue durée d'action. La stérilisation n'est donc pas un premier choix pour une contraception à long terme.

L'occlusion des trompes a comme effets bénéfiques, la réduction de l'incidence des salpingites²⁸ et du cancer de l'ovaire²⁹.

En matière de légalité, en Belgique, comme toute intervention chirurgicale, la stérilisation est du ressort de la législation concernant les coups et blessures. Seuls la nature bénévole et son caractère thérapeutique font qu'une opération réussie n'entraîne pas de poursuites.

Le problème éthique ne se pose pas si la femme qui demande une stérilisation dispose des moyens intellectuels lui permettant de juger du bénéfice qu'elle tirera de l'intervention. Elle ne doit être soumise à aucune pression de la part du partenaire, d'un autre membre de la famille, d'un médecin ou de toute autre personne. Elle doit avoir été pleinement informée des avantages et inconvénients (dont son caractère théoriquement irréversible, la possibilité de regret, etc.) et des dangers inhérents à la méthode. Elle doit aussi avoir été informée au sujet des méthodes contraceptives qui pourraient servir d'alternatives à l'occlusion des trompes (vasectomie du partenaire ; méthodes contraceptives réversibles de longue durée d'action telles que le stérilet cuivré, le dispositif intra-utérin libérant du lévonorgestrel, les implants, etc.). Et finalement, elle doit avoir donné son consentement éclairé en fonction de ce qui précède.

La difficulté surgit quand la personne dont il est question ne jouit pas de la plénitude de ses facultés intellectuelles. En matière de contrôle des naissances, la stérilisation des personnes qui présentent un handicap intellectuel sévère constitue le problème éthique le plus difficile à résoudre.

²⁸ EDELMAN D.A. Pelvic inflammatory disease and contraceptive practice. *Advances in Contraception*, 1986, vol.2, Issue 2, pp.141-144

²⁹ CORNELISON T.L. et al. Tubal ligation and the risk of ovarian carcinoma. *Cancer Detection and Prevention*, 1997, n°21, pp.1-6 et NAROD S.A. et al. Tubal ligation and risk of ovarian cancer in carriers of BRCA1 or BRCA2 mutations: a case-control study. *The Lancet*, 2001, vol.357, Issue 9267, pp.1467-1470.

« Chaque demande de stérilisation en raison d'un handicap intellectuel ou autre doit être considérée comme un cas d'espèce et être abordée de la façon la plus rigoureuse. Il est impératif d'obtenir le consentement éclairé de la personne concernée si cette dernière est à même de le donner. Le Comité consultatif belge de Bioéthique a émis l'avis que des mesures contraceptives peuvent être justifiées dans le cas de personnes atteintes d'un handicap intellectuel majeur ou d'une affection héréditaire, qui ne seraient pas à même de donner leur consentement éclairé. Pareille décision pourrait bénéficier aux personnes concernées en matière de leur liberté de mouvements et de leur activité sexuelle. Ce même Comité a souligné que s'il appartient à la société de respecter l'autonomie et la dignité des personnes atteintes d'un déficit intellectuel sévère par l'interdiction de la stérilisation coercitive, elle a également le devoir de prévenir dans toute la mesure du possible la transmission héréditaire de ce handicap et de faire en sorte que les enfants puissent se développer dans des circonstances favorables. Ces deux obligations sont contradictoires; dans certains cas, l'application de mesures contraceptives efficaces peut s'imposer. La stérilisation chirurgicale, par essence irréversible, ne sera pratiquée que si toutes les méthodes contraceptives réversibles suffisamment fiables sont contre-indiquées. »³⁰

Les stérilisations sous la contrainte

Durant la première moitié du 20^{ème} siècle, l'eugénisme a fait des ravages dans la tête de beaucoup de personnes bien intentionnées, y compris féministes, qui voulaient protéger les femmes en matière de grossesses non désirées. Elles estimaient qu'il fallait avoir recours à des moyens coercitifs en ce qui concerne certaines classes de la population (socio-économiquement défavorisées, 'parias' sociaux, porteurs de maladies héréditaires, alcooliques, syphilitiques, etc.). Il fallait empêcher la naissance d'enfants dont la communauté devrait par la suite assurer le soutien.

Margaret Sanger, grande figure de l'histoire de la contraception, avait recommandé la stérilisation forcée *« des imbéciles, des illettrés, des criminels, des épileptiques, des handicapés mentaux, des prostitué(e)s et des trafiquants de drogues »*. La stérilisation forcée est une page noire de l'histoire de la contraception. Par définition, il s'agissait d'une stérilisation sans l'assentiment de la personne concernée. Cela a eu lieu à grande échelle dans de nombreux pays avec la participation active et déterminée de nombreux médecins. Ce sont évidemment les femmes qui furent les principales victimes.

L'Indiana fut le premier Etat des Etats-Unis à pratiquer des stérilisations coercitives, en 1907. Il fut suivi par 32 autres Etats américains dont 19 n'avaient toujours pas abrogé leur loi en 1973. Plus de 60.000 stérilisations forcées ont été perpétrées aux Etats-Unis entre 1930 et 1960. En 1928, la province d'Alberta au Canada avait une législation coercitive semblable qu'elle a gardée jusqu'en 1972. En 1933 en Allemagne, quatre mois après la nomination

³⁰ AMY J.J. Contraception. In HOTTOIS G. et MISSA J.N. *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles : De Boeck Université, 2001, pp.235-239.

d'Hitler comme chancelier, une loi régleme les stérilisations forcées. Les nazis en pratiqueront entre 360.000 et 375.000 dont 2/3 sur des femmes, jusqu'en 1939. A ce moment, on ne pratique plus de stérilisations forcées mais on assassine ces gens porteurs de « tares » sociales, médicales ou intellectuelles selon un programme appelé T4. En 1934, le *New England Journal of Medicine*, numéro un de la littérature médicale mondiale depuis des décennies, porta le jugement suivant sur la législation coercitive instituée par le régime nazi : "*Germany is perhaps the most progressive nation in restricting fecundity among the unfit.*" ³¹

La Suède a pratiqué de 1935 à 1975, 63.000 stérilisations coercitives pour des motifs sociaux, médicaux, des maladies héréditaires, des parias sociaux etc. Le canton de Vaud en Suisse, le Danemark, la Finlande, la Norvège ont fait de même. La Tchécoslovaquie, durant la dernière partie de son régime communiste, et ensuite la Slovaquie, encore au 21^{ème} siècle, ont pratiqué des stérilisations forcées sur des femmes Tziganes. Le Japon et la Chine, avec la loi sur l'enfant unique, pratiquaient des stérilisations forcées, éventuellement précédées d'un avortement ~~forcé~~ qui l'était également. En Inde, on a persuadé des gens de se laisser stériliser, particulièrement des hommes. Des stérilisations sous la contrainte ont également été effectuées, parfois à grande échelle, dans certains pays d'Amérique latine, tels que le Panama et le Pérou (sous le régime d'Alberto Fujimori, au pouvoir jusqu'en 1999).

Néanmoins, rien n'est simple. Ainsi, Maurice King, un monsieur respectable et respecté qui travaille à Leeds, dans le Royaume-Uni, a affirmé que "*la politique de l'enfant unique imposée par la Chine a sauvé de 200 à 400 millions de gens*" et qu'elle avait été "*la seule solution possible du problème posé par la carence alimentaire menaçant sa population en croissance rapide.*" King conclut – et ce sera également ma conclusion – que "*les contraintes écologiques ne tiennent malheureusement pas compte des droits humains*".³² Dans certains contextes socioéconomiques et écologiques bien particuliers, on peut être amené à envisager la possibilité pour un Etat de réguler la croissance démographique par l'imposition de restrictions sur la reproduction du couple individuel.

³¹ SOFAIR A.N. and KALDJIAN L.C. Eugenic sterilization and qualified Nazi ideology: the United States and Germany, 1930-1945. *Annals of Internal Medicine*, 2000, vol.132, Issue 4, pp. 312-319.

³² KING M. China's infamous one-child policy. *The Lancet*, 2005, vol.365, Issue 9455, p.215.