

La stérilisation féminine

Points-clés pour les prestataires et les clientes

- **Permanente.** Vise à conférer une protection très efficace et permanente contre la grossesse, et dure pendant toute la vie. Généralement, elle n'est pas réversible.
- **Exige un examen physique et un acte chirurgical.** La technique est faite par un prestataire qui a suivi une formation spéciale.
- **Pas d'effets secondaires à long terme.**

11

La stérilisation féminine

Qu'est-ce que la stérilisation féminine ?

- Contraception permanente pour les femmes qui ne veulent plus avoir d'enfants.
- Deux approches chirurgicales utilisées le plus souvent :
 - La minilaparotomie qui suppose une petite incision dans l'abdomen. Les trompes de Fallope sont sorties par l'insertion et sont coupées ou obturées.
 - La laparoscopie consiste à insérer dans l'abdomen un long tube fin avec des lentilles, en passant par une petite incision. Cette laparoscopie permet au médecin de voir et d'obturer ou de couper les trompes de Fallope dans l'abdomen.
- Egalement appelée la stérilisation tubaire, la ligature des trompes, la conception chirurgicale volontaire, la tubectomie, la ligature bitubaire, nouer les trompes, la minilaparotomie et "l'opération".
- Agit parce que les trompes de Fallope sont obturées ou coupées. Les ovules libérées des ovocytes ne peuvent pas se déplacer dans les trompes et ne peuvent donc pas rencontrer les spermatozoïdes.

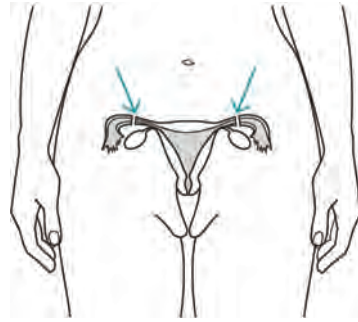
Quelle est son efficacité ?

L'une des méthodes les plus efficaces qui comporte un petit risque d'échec :

- Moins d'une grossesse pour 100 femmes pendant la première année qui suit l'opération de stérilisation (5 pour 1 000). Cela signifie que 995 femmes sur 1 000 qui dépendent de la stérilisation féminine ne tomberont pas enceintes.



- Il subsiste un petit risque de grossesse au-delà de la première année d'utilisation et jusqu'à ce que la femme arrive à la ménopause.
 - Plus de 10 années d'utilisation : environ 2 grossesses pour 100 femmes (18 à 19 pour 1 000 femmes).
- L'efficacité varie légèrement selon la manière dont les trompes sont obturées, mais les taux de grossesse sont faibles avec toutes les techniques. Une des techniques les plus efficaces consiste à couper et à nouer les bouts des trompes de Fallope après l'accouchement (ligature tubaire).



La fécondité ne revient pas, car généralement la stérilisation ne peut pas être arrêtée ou inversée. La technique est une technique permanente. La reperméabilisation est difficile, chère et n'est pas disponible dans la plupart des centres. Lorsqu'elle est réalisée, la reperméabilisation ne permet que rarement une grossesse (Voir Question 7, p. 181).

Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) : aucune

Effets secondaires, avantages pour la santé et risques pour la santé et complications

Effets secondaires

Aucun

Avantages connus pour la santé

Aide à protéger contre :

- Les risques de grossesse
- Les inflammations pelviennes (MIP)

Peut aider à protéger contre :

- Le cancer des ovaires

Risques connus pour la santé

Peu fréquents ou extrêmement rares :

- Complications de la chirurgie et de l'anesthésie (voir ci-après)

Complications de la chirurgie (Voir également Prise en charge des problèmes, p. 178)

Peu communes à extrêmement rares :

- La stérilisation féminine est une méthode de contraception sans risques. Elle suppose un acte chirurgical et une anesthésie, mais comporte certains risques comme l'infection ou l'abcès de la plaie. De graves complications sont rares. Le décès dû à la technique ou à l'anesthésie est extrêmement rare.

Le risque de complications avec l'anesthésie locale est nettement moindre qu'avec l'anesthésie générale. Les complications peuvent être maintenues à un minimum si les bonnes techniques sont utilisées et si la technique est réalisée dans un contexte adéquat.

Corriger les conceptions erronées (Voir également Questions et réponses, p. 180)

La stérilisation féminine :

- Ne rend pas les femmes faibles.
- N'entraîne pas de douleur durable dans le dos, dans l'utérus ou dans l'abdomen.
- Ne retire pas l'utérus de la femme ou ne fait pas qu'il faille par la suite le retirer.
- Ne cause pas de déséquilibres hormonaux.
- Ne cause pas de saignements plus abondants ou de saignements irréguliers et ne change pas non plus les cycles menstruels de la femme.
- Ne cause pas de changements dans le poids, dans l'appétit ou dans l'apparence.
- Ne change pas le comportement sexuel ou la libido d'une femme.
- Diminue nettement le risque d'une grossesse ectopique.

Qui peut avoir une stérilisation féminine

Sans risques pour toutes les femmes

Avec des bons conseils et un consentement informé, toute femme peut avoir une stérilisation sans que cela ne comporte de risques, y compris les femmes qui :

- N'ont pas d'enfants ou ont peu d'enfants
- Ne sont pas mariées
- N'ont pas l'autorisation du mari
- Sont jeunes
- Viennent d'accoucher (dans les 7 derniers jours)
- Allaitent encore
- Sont infectées par le VIH, qu'elles suivent ou non un traitement antirétroviral (Voir Stérilisation féminine pour les femmes avec VIH, p. 171)

Dans certaines situations, des conseils particuliers et attentifs sont importants pour vérifier que la femme ne regrettera pas sa décision (Voir Parce que la stérilisation est permanente, p. 174).

Les femmes peuvent avoir une stérilisation :

- Sans faire de tests sanguins ou de tests de laboratoire routiniers
- Sans dépistage de cancer du col
- Même si elles n'ont pas leurs règles pour le moment, et si l'on est raisonnablement certain qu'elles ne sont pas enceintes (Voir Liste de vérification de la grossesse, p. 372)

Pourquoi certaines femmes disent qu'elles apprécient la stérilisation féminine

- N'a pas d'effets secondaires
- Pas besoin de se préoccuper de la contraception par la suite
- Facile à utiliser, rien à faire ni à se rappeler



Critères de recevabilité médicale pour

La stérilisation féminine

Toutes les femmes peuvent avoir une stérilisation. Aucune affection ou pathologie médicale n'empêche une femme d'avoir recours à la stérilisation féminine. Cette liste de vérification demande à la cliente quelles sont les conditions médicales connues qui pourraient limiter quand ou comment devra être exécutée la procédure de stérilisation féminine. Poser les questions ci-après à la cliente. Si la réponse est "non" à toutes les questions, alors la stérilisation féminine peut être exécutée dans un centre régulier et sans attendre. Si la réponse à une question est "oui", suivre les instructions qui recommandent de procéder avec prudence, remettre à plus tard, ou encore prendre des arrangements spéciaux.

Dans la liste de vérification ci-après :

- *Prudence* signifie que la technique peut être exécutée dans un contexte routinier mais avec des préparations et des précautions supplémentaires, en fonction de la situation.
- *Remettre à plus tard* signifie attendre avant la stérilisation féminine. Les pathologies doivent être soignées et guéries avant que la stérilisation féminine ne puisse être exécutée. Remettre à la cliente une autre méthode de contraception qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce que la procédure soit exécutée.

- *Arrangements spéciaux* signifie une organisation spéciale pour exécuter la technique dans un contexte qui dispose d'un chirurgien et d'un personnel expérimenté ainsi que du matériel nécessaire pour faire l'anesthésie générale et apporter un autre soutien médical en cas de nécessité. Il faut également disposer de la capacité nécessaire pour décider quelle est la technique et le mode d'anesthésie le plus adéquat. Remettre à la cliente une autre méthode de contraception qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce que l'intervention soit exécutée.

I. Avez-vous actuellement des affections ou des problèmes féminins courants ou passés ? (Affections ou problèmes gynécologiques ou obstétricaux) par exemple une infection ou un cancer ? Dans l'affirmative, quels sont les problèmes ?

- NON OUI Si elle a les problèmes suivants, procéder avec *prudence* :
- Inflammation pelvienne passée depuis la dernière grossesse
 - Cancer du sein
 - Fibrome utérin
 - Chirurgie abdominale ou pelvienne précédente
- ▶ Si elle a un des problèmes suivants, remettre à plus tard la stérilisation féminine :
- Grossesse actuelle
 - Se situe entre 7 à 42 jours du post-partum
 - Post-partum après une grossesse avec grave pré-éclampsie ou éclampsie
 - Graves complications post-partum ou post-avortement (infection, hémorragie ou traumatisme) sauf rupture ou perforation de l'utérus (spécial ; voir ci-après)
 - Une grande quantité de sang dans l'utérus
 - Saignement vaginal non expliqué qui indique une affection médicale sous-jacente
 - Inflammation pelvienne
 - Cervicite purulente, infection à chlamydia ou à la gonorrhée
 - Cancer du col (traitement qui peut la rendre stérile de toutes les manières)
 - Maladie trophoblastique maligne
- ▶ Si elle a l'un des problèmes suivants, prendre des *arrangements spéciaux* :
- SIDA (Voir Stérilisation féminine pour les femmes souffrant du VIH, p. 171)
 - Utérus fixe suite à une chirurgie ou infection précédente
 - Endométriose
 - Hernie (paroi abdominale ou ombilicale)
 - Rupture ou perforation du post-partum ou post-avortement

(Suite à la page suivante)

2. Est-ce que vous avez des pathologies cardiovasculaires, par exemple cardiopathie, attaque, tension artérielle ou complication liée au diabète ? Dans l'affirmative, lesquelles ?

- NON OUI Si elle a l'un des problèmes suivants, procéder avec prudence :
- Tension artérielle contrôlée
 - Tension artérielle bénigne (140/90 à 159/99 mm Hg)
 - Attaque ou maladie cardiaque dans le passé sans complications
- ▶ Si elle a un des problèmes suivants, remettre à plus tard la stérilisation féminine :
- Maladie cardiaque suite à des artères bloquées ou rétrécies
 - Caillots sanguins dans les veines profondes des jambes ou des poumons
- ▶ Si elle a un des problèmes suivants, prendre des arrangements spéciaux :
- Plusieurs affections qui, prises ensemble, augmentent les risques de maladie cardiaque ou d'attaque, par exemple l'âge avancé, le tabagisme, la tension artérielle élevée ou le diabète
 - Tension artérielle modérément élevée ou très élevée (160/100 mm Hg ou plus élevée)
 - Diabète depuis plus de 20 ans ou lésions aux artères, à la vision, aux reins ou au système nerveux, causées par le diabète
 - Valvulopathie compliquée

3. Est-ce que vous souffrez d'une longue maladie ou autres pathologies ? Dans l'affirmative, lesquelles ?

- NON OUI Si elle a l'une des pathologies suivantes, procéder avec prudence :
- Epilepsie
 - Diabète sans que ne soient endommagés les artères, la vision, les reins ou le système nerveux
 - Hyperthyroïdisme
 - Légère cirrhose du foie, tumeur au foie (est-ce que ses yeux ou sa peau sont inhabituellement jaunes), ou schistosomiase avec fibrose du foie
 - Anémie ferriprive modérée (hémoglobine 7-10 g/dl)
 - Trepanositose
 - Anémie héritée (thalassémie)
 - Maladie des reins
 - Hernie diaphragmatique
 - Dénutrition grave (est-elle extrêmement mince ?)

- Obésité (A-t-elle de l'embonpoint?)
 - Chirurgie abdominale éleative au moment où elle souhaite se faire stériliser
 - Dépression
 - Jeune âge
 - Lupus non-complicé
- Si elle souffre de l'un des problèmes suivants, remettre à plus tard la stérilisation féminine :
- Maladie de la vésicule biliaire avec symptômes
 - Hépatite virale active
 - Grave anémie ferriprive (Hémoglobine de moins de 7 g/dl)
 - Maladie des poumons (bronchite ou pneumonie)
 - Infection systémique ou gastroentérite grave
 - Infection de la peau abdominale
 - Chirurgie abdominale en cas d'urgence, infection, ou chirurgie majeure avec immobilisation prolongée
- Si elle souffre de l'un des problèmes suivants, prendre des arrangements spéciaux :
- Grave cirrhose du foie
 - Hyperthyroïdisme
 - Trouble de la coagulation (le sang ne coagule pas)
 - Maladie chronique des poumons (asthme, bronchite, emphysème, infection des poumons)
 - Tuberculose pelvienne
 - Lupus avec des anticorps antiphospholipides positifs (ou inconnus), avec thrombocytopénie grave, ou suit un traitement immunosuppresseur

Stérilisation féminine pour les femmes vivant avec le VIH

- Les femmes qui sont infectées par le VIH, qui sont atteintes du SIDA ou qui suivent un traitement antirétroviral (ARV) peuvent avoir une stérilisation sans s'exposer à des risques. Des arrangements spéciaux seront pris pour exécuter une stérilisation féminine chez une femme atteinte de SIDA.
- Recommander vivement à ces femmes d'utiliser des préservatifs en plus de la stérilisation féminine. Utilisés régulièrement et correctement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et d'autres IST.
- Personne ne sera forcée d'avoir une stérilisation, pas même les femmes vivant avec le VIH.

Réalisation de la stérilisation féminine

Quand exécuter l'intervention

IMPORTANT : s'il n'existe aucune raison de remettre à plus tard l'intervention, une femme peut se faire stériliser à n'importe quel moment si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pour être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte, utiliser la Liste de vérification de la grossesse (Voir p. 372).

Situation de la femme

Quand la réaliser

A ses cycles menstruels ou a arrêté un autre méthode

- A n'importe quel moment dans les 7 jours qui suivent le début des règles. Pas besoin d'utiliser une autre méthode avant l'intervention.
- Si elle se trouve à plus de 7 jours après le début des règles, la stérilisation peut être réalisée si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.
- Si elle prenait auparavant la pilule, elle peut terminer la plaquette pour maintenir un cycle régulier.
- Si elle avait auparavant un DIU, elle peut recevoir immédiatement l'intervention (Voir DIU au cuivre, Passer du DIU à une autre méthode, p. 148).

Pas de saignements menstruels

- A n'importe quel moment, si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.

Après avoir accouché

- Immédiatement ou dans les 7 jours qui suivent l'accouchement si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.
- À tout moment, 6 mois au minimum après l'accouchement si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.

Après une fausse couche ou un avortement

- Dans les 48 heures qui suivent un avortement sans complications, si elle a pris la décision auparavant, et en toute connaissance de cause.

Après avoir utilisé la pilule contraceptive d'urgence (PCU)

- La stérilisation peut être effectuée dans les 7 jours qui suivent le début des prochaines règles ou à n'importe quel moment si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Lui remettre une méthode d'appoint ou des contraceptifs oraux qu'elle peut commencer à prendre le jour après qu'elle termine la prise de la PCU et qu'elle pourra utiliser jusqu'au moment de l'intervention.



Vérifier le choix informé

IMPORTANT : un conseiller amical qui écoute les préoccupations d'une femme, répond à ses questions et lui donne une information claire et pratique sur la procédure – surtout si elle est permanente – aidera une femme à prendre un choix informé et à être une utilisatrice satisfaite, sans le regretter plus tard (Voir Parce que la stérilisation permanente, p. 174). Il est bon de faire participer le partenaire aux séances de conseils, mais ce n'est pas nécessaire.

11

La stérilisation féminine

Les 6 points du consentement informé

Les conseils doivent couvrir les 6 points du consentement informé. Dans certains programmes, la cliente et le conseiller signent également un formulaire de consentement informé. Pour donner son consentement informé à la stérilisation, la cliente doit comprendre les points suivants :

- 1.** Les contraceptifs temporaires sont également disponibles pour la cliente.
- 2.** La stérilisation volontaire est une procédure chirurgicale.
- 3.** Il existe certains risques liés à la procédure au même titre que des avantages. (Les risques et les avantages doivent être expliqués de manière compréhensible à la cliente).
- 4.** Si elle est réussie, la procédure permettra à la cliente de ne plus jamais avoir d'enfants.
- 5.** La procédure est considérée comme permanente et n'est probablement pas réversible.
- 6.** La cliente peut refuser la procédure à n'importe quel moment avant qu'elle ne se déroule (sans perdre les droits d'obtenir d'autres services ou avantages médicaux, sanitaires ou autres).

Pourquoi la stérilisation est-elle permanente

Une femme ou un homme qui envisage la stérilisation devrait réfléchir attentivement à la question suivante : “Est-il possible que j’aie envie d’avoir des enfants dans le futur” ? Les prestataires de soins de santé peuvent aider la cliente à réfléchir à cette question et à faire un choix informé. Si la réponse est “oui je souhaite avoir d’autres enfants”, il vaudrait mieux utiliser une autre méthode de planification familiale.

Poser ces questions peut être utile, et c’est la raison pour laquelle le prestataire pourra demander :

- “Souhaitez-vous avoir d’autres enfants dans le futur” ?
- “Sinon, est-ce que vous pensez changer d’avis dans le futur ? Qu’est-ce qui vous ferait changer d’avis ? Par exemple, si l’un de vos enfants venait à mourir ?”
- “Si vous deviez perdre votre époux et vous remarier” ?
- “Est-ce que votre partenaire risque de vouloir plus d’enfants dans le futur” ?

Les clientes qui ne peuvent pas répondre à ces questions devraient réfléchir davantage à leur décision à propos de la stérilisation.

- En général, les gens qui ont le plus de risques de regretter la stérilisation :
- Sont jeunes
- N’ont que peu d’enfants ou même aucun
- Viennent juste de perdre un enfant
- Ne sont pas mariés
- Ont des problèmes conjugaux
- Ont un partenaire qui s’oppose à la stérilisation

Aucune de ces caractéristiques ne rend la stérilisation impossible, mais les prestataires de soins de santé doivent veiller tout particulièrement à ce que les personnes présentant ces caractéristiques puissent prendre leurs décisions en toute connaissance de cause.

De plus, pour une femme, juste après l’accouchement où l’avortement représente un moment pratique et sans risques pour la stérilisation volontaire, mais les femmes qui sont stérilisées à ce moment-là risquent bien davantage de le regretter par la suite. Des conseils attentifs pendant la grossesse et une décision faite avant d’entrer en travail et d’accoucher aideront à éviter les regrets.

La décision sur la stérilisation revient uniquement à la cliente.

Un homme ou une femme peut consulter un partenaire ou autre personne sur la décision d’avoir une stérilisation et pourra tenir compte des opinions des autres. Mais la décision ne pourra pas être prise par un partenaire ou un autre membre de la famille, ou encore par un prestataire de soins de santé, un dirigeant communautaire ou quelqu’un d’autre. Les prestataires de la planification familiale doivent vérifier que la décision d’avoir une stérilisation est prise par la cliente seule, et que celle-ci n’est forcée par personne de le faire.

Exécuter la procédure de stérilisation

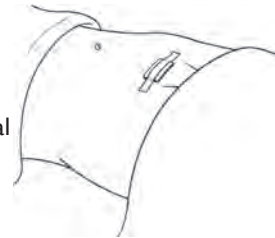
Expliquer la procédure

Une femme qui a opté pour la stérilisation féminine doit savoir ce qui se passera pendant la procédure. La description suivante aide à expliquer les différentes étapes. C'est lors d'une formation et d'une pratique sous supervision directe que le prestataire apprend à effectuer une stérilisation féminine. Aussi, cette description n'est qu'un récapitulatif et ne constitue pas des instructions détaillées.

(La description ci-après concerne des procédures faites 6 semaines au maximum après l'accouchement. La procédure utilisée jusqu'à 7 jours après l'accouchement est légèrement différente).

La minilaparotomie

1. Le prestataire utilise constamment de bonnes techniques de prévention des infections (Voir Prévention des infections au centre de santé, p. 312).
2. Le prestataire réalise un examen physique et un examen gynécologique. L'examen pelvien consiste à évaluer l'état et la mobilité de l'utérus.
3. La femme est généralement mise sous légère sédation, (oralement ou par voie intraveineuse) pour qu'elle se détende. Elle reste éveillée. Une anesthésie locale est injectée au-dessus de la ligne des poils pubiens.
4. Le prestataire pratique une petite incision verticale (de 2 à 5 centimètres) dans la zone anesthésiée. Cela cause une légère douleur. (Pour les femmes qui viennent d'accoucher, l'incision est faite horizontalement sur le rebord inférieur du nombril).
5. Le prestataire insère un instrument spécial (élevateur utérin) dans le vagin en passant par le col et dans l'utérus pour amener chacune des deux trompes de Fallope au niveau de l'incision. Il peut en résulter une légère douleur ou inconfort.
6. On noue et sectionne alors chaque trompe ou on les obture au moyen d'une pince ou d'un anneau.
7. On referme l'incision par des points de suture et la recouvre avec un pansement.
8. La femme reçoit des instructions sur ce qu'elle doit faire après qu'elle quitte le centre de santé ou l'hôpital (Voir Explications des soins à s'appliquer à soi-même pour la stérilisation féminine, p. 177). Elle peut généralement partir en l'espace de quelques heures.



La laparoscopie

1. Le prestataire utilise constamment de bonnes techniques de prévention des infections (Voir Prévention des infections au centre de santé, p. 312).
2. Le prestataire réalise un examen physique et un examen gynécologique. L'examen gynécologique consiste à évaluer l'état et la mobilité de l'utérus.
3. La femme est généralement mise sous légère sédation (oralement ou par voie intraveineuse) pour qu'elle se détende. Elle reste éveillée. Une anesthésie locale est injecté juste au-dessous du nombril.
4. Le prestataire enfonce une aiguille spéciale dans l'abdomen qui permet d'insuffler du gaz ou de l'air. Cette opération élève la paroi de l'abdomen qui ne touche plus ainsi les organes pelviens.

5. Le prestataire pratique une petite incision (environ un centimètre) dans la zone anesthésiée et insère un laparoscope. Un laparoscope est un long tube fin avec une caméra. Par cette caméra, le prestataire peut voir à l'intérieur du corps et trouver les deux trompes de Fallope.
6. Le prestataire fait passer un instrument dans le laparoscope ou parfois, par le biais d'une seconde incision, pour bloquer les trompes de Fallope.
7. Chaque trompe est obturée avec une pince, un anneau ou par électro-coagulation (un courant électrique brûle et bloque la trompe).
8. Le prestataire retire ensuite l'instrument et le laparoscope. On fait sortir le gaz ou l'air de l'abdomen de la femme. On referme l'incision avec des points de suture et on la recouvre de bandes adhésives.
9. La femme reçoit des instructions sur ce qu'elle doit faire après avoir quitté le centre de santé ou l'hôpital (Voir Expliquer les soins à appliquer soi-même pour la stérilisation féminine, page suivante). Elle peut généralement partir en l'espace de quelques heures.

L'anesthésie locale est la formule recommandée pour la stérilisation féminine

L'anesthésie locale, avec ou sans légère sédation, est préférable à l'anesthésie générale. En effet, l'anesthésie locale :

- Est moins dangereuse que l'anesthésie générale, rachidienne ou péridurale
- Permet à la femme de quitter plus rapidement l'hôpital ou la clinique
- Lui permet de se rétablir plus rapidement
- Permet à d'autres établissements sanitaires moins équipés de réaliser la stérilisation féminine



La stérilisation sous anesthésie locale peut être faite quand un membre de l'équipe chirurgicale a été formé pour fournir la sédation et que le chirurgien a reçu une formation pour faire une anesthésie locale. L'équipe chirurgicale doit être formée pour pouvoir prendre en charge les urgences et l'établissement doit disposer de l'équipement et des médicaments de base pour prendre en charge les urgences.

Les prestataires de soins de santé peuvent expliquer à l'avance à une femme qu'elle restera éveillée pendant la procédure et que cela est moins risqué pour elle. Si nécessaire, tout au long de la procédure, les prestataires lui parlent pour la rassurer.

De nombreuses anesthésies et de nombreux sédatifs peuvent être utilisés. Le dosage de l'anesthésie doit être modulé en fonction du poids du corps. Il faut éviter une sédation trop forte, car cela réduit la capacité de la cliente à rester consciente et dans certains cas, peut ralentir ou même arrêter sa respiration.

Dans certains cas, une anesthésie générale s'avère nécessaire. Voir les Critères de recevabilité médicale pour la stérilisation féminine, p. 168, pour les conditions médicales nécessitant des arrangements spéciaux qui pourraient inclure l'anesthésie générale.

Soutenir l'utilisatrice

Expliquer les soins à appliquer soi-même pour la stérilisation féminine

Avant la procédure, la femme devrait

- Utiliser un autre contraceptif jusqu'au moment de la procédure.
- Ne pas manger pendant 8 heures avant la chirurgie. Elle peut boire des liquides clairs jusqu'à 2 heures avant la chirurgie.
- Ne prendre aucun médicament pendant 24 heures avant la chirurgie, à moins qu'on lui indique autrement.
- Porter des habits propres et amples pour se rendre au centre de santé.
- Ne pas avoir de vernis à ongles ni porter de bijoux.
- Si possible, venir avec un ami ou un membre de la famille, qui l'aidera ensuite à rentrer chez elle.

Après la procédure, la femme devrait



- Se reposer pendant 2 jours et éviter des travaux ardues et ne pas soulever quelque chose de lourd pendant une semaine.
- Garder l'incision propre et sèche pendant 1 à 2 jours.
- Éviter de frotter l'endroit de l'incision pendant une semaine.
- Ne pas avoir de relations sexuelles pendant au moins une semaine. Si les douleurs durent pendant plus d'une semaine, éviter les rapports sexuels jusqu'à ce que cessent les douleurs.

Que faire à propos des problèmes les plus courants

- Elle risque d'avoir des douleurs abdominales et un abdomen enflé, après la procédure. Généralement, cela disparaît après plusieurs jours. Lui recommander de prendre de l'ibuprofène (200-400 mg), du paracétamol (325-1 000 mg), ou d'autres médicaments contre la douleur. Elle ne devrait pas prendre de l'aspirine car cela ralentit la coagulation du sang. Il est rarement nécessaire de prendre des analgésiques. Si elle a eu une laparoscopie, elle risque d'avoir mal à l'épaule ou de se sentir ballonnée pendant quelques jours.

Prendre rendez-vous pour la visite de suivi

- On recommande fortement de faire un suivi dans les 7 jours, du moins dans les 2 semaines. Par contre, on ne refusera pas la stérilisation à une femme si le suivi est difficile ou impossible.
- Un prestataire de soins de santé vérifie le site de l'incision, recherche tous signes d'infection et retire les points de suture. On peut le faire dans le centre de santé, au domicile de la cliente (par un agent paramédical spécifiquement formé, par exemple), ou encore dans un autre centre de santé.

“Revenez à n’importe quel moment” : raisons de revenir

Rassurer la cliente et lui indiquer qu’elle peut revenir à n’importe quel moment – par exemple, si elle a des problèmes ou des questions, ou si elle pense qu’elle pourrait être enceinte. (Parfois quelques stérilisations échouent et la femme tombe enceinte). Également si :

- Elle a des saignements, des douleurs, du pus, ou si la plaie est chaude, enflée ou rouge et si cela s’aggrave ou ne part pas
- Si elle a une fièvre élevée (supérieure à 38° C/101° F)
- Si elle s’est évanouie, si elle a des étourdissements constants ou si elle a la tête qui tourne pendant les 4 premières semaines, surtout pendant la première semaine

Conseil général pour la santé : toute personne qui sent soudainement que quelque chose ne va pas avec sa santé devrait venir consulter immédiatement une infirmière ou un médecin. Probablement, la raison n’est pas dans la méthode contraceptive, mais il faut quand même indiquer ce qu’on utilise au médecin ou à l’infirmière.

Soutenir les utilisatrices

Prise en charge des problèmes

Problèmes notés comme complications

- Les problèmes se répercutent sur la satisfaction des femmes. Ils méritent l’attention du prestataire. Si la cliente indique des complications de la stérilisation féminine, écouter ses préoccupations et traiter le cas échéant.

Infection à l’endroit de l’incision (rougeur, chaleur, douleur, pus)

- Nettoyer la zone infectée avec de l’eau et du savon ou un antiseptique.
- Administrer des antibiotiques oraux pendant 7 à 10 jours.
- Demander à la cliente de revenir après avoir pris tous les antibiotiques si l’infection n’est pas guérie.

Abcès (poche de pus sous la peau causée par l’infection)

- Nettoyer la zone avec un antiseptique.
- Couper, inciser et drainer l’abcès.
- Traiter la plaie.
- Donner les antibiotiques par voie buccale pendant 7 à 10 jours.
- Demander à la cliente de revenir après avoir pris tous les antibiotiques, si la plaie est chaude, rouge, si elle éprouve de la douleur ou si du pus s’écoule de la plaie.

Graves douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen (grossesse ectopique soupçonnée)

- Voir Prise en charge de la grossesse ectopique ci-après.

Grossesse soupçonnée

- Evaluer pour déterminer une éventuelle grossesse, y compris une grossesse ectopique.

Prise en charge de la grossesse ectopique

- La grossesse ectopique est une grossesse qui se développe à l'extérieur de la cavité utérine. Un diagnostic précoce est important. Une grossesse ectopique est rare, mais elle peut mettre la vie en danger (Voir Question 11, p. 182).
- Lors des premières étapes de la grossesse ectopique, les symptômes risquent d'être absents ou bénins, mais par la suite, ils s'aggraveront. Une combinaison des signes ou des symptômes suivants permet de soupçonner une grossesse ectopique :
 - Douleur ou sensibilité inhabituelle dans l'abdomen
 - Saignement vaginal anormal, ou pas de saignements menstruels — surtout si c'est un changement par rapport au mode habituel de saignements
 - Etourdissement ou tête qui tourne
 - Evanouissement
- *Rupture de grossesse ectopique* : une vive douleur abdominale, comme un coup de poignard, parfois d'un côté, et parfois diffusée dans l'ensemble du corps, est l'indication d'une rupture de grossesse ectopique (lorsque les trompes de Fallope se rompent suite à la grossesse). Une douleur à l'épaule droite peut survenir suite à l'écoulement de sang dû à la rupture de la grossesse ectopique qui presse sur le diaphragme. Généralement, dans les quelques heures, l'abdomen devient rigide et la femme entre en choc.
- *Soins* : une grossesse ectopique est une urgence qui met la vie en danger et qui demande une chirurgie immédiate. Si une grossesse ectopique est soupçonnée, faire un examen pelvien uniquement si l'établissement dispose de l'équipement nécessaire pour une chirurgie immédiate. Autrement, transporter la femme vers un établissement où sera établi un diagnostic et où elle pourra recevoir les soins chirurgicaux indiqués.

Questions et réponses sur la stérilisation féminine

1. Est-ce que la stérilisation changera les saignements menstruels d'une femme ou fera que les saignements menstruels cessent ?

Non. La plupart des recherches ne constatent aucun changement majeur dans les modes de saignements après la stérilisation féminine. Si une femme utilisait une méthode hormonale ou un DIU avant la stérilisation, son mode de saignements redeviendra comme il l'était avant qu'elle n'utilise ces méthodes. Par exemple, les femmes qui passent des contraceptifs oraux combinés à la stérilisation féminine, noteront des saignements plus abondants lorsque les saignements menstruels reviennent à leur mode habituel. Par contre, les saignements menstruels d'une femme deviennent généralement moins réguliers au fur et à mesure qu'elle s'approche de la ménopause.

2. Est-ce que la stérilisation fait perdre à une femme ses envies sexuelles ? Est-ce que cela la fait grossir ?

Non. Après la stérilisation, une femme aura la même apparence et se sentira comme avant. Elle peut avoir des rapports sexuels comme auparavant. Elle risque même d'apprécier davantage les relations sexuelles, puisqu'elle n'a plus à craindre une grossesse. Elle ne prendra pas de poids à cause de la procédure de stérilisation.

3. Doit-on proposer la stérilisation uniquement à des femmes qui ont eu un certain nombre d'enfants, qui ont atteint un certain âge ou qui sont mariées ?

Non. Rien ne vient justifier que l'on refuse la stérilisation à une femme, simplement à cause de son âge, du nombre de ses enfants vivants ou de sa situation matrimoniale. Les prestataires de soins de santé ne doivent pas imposer des règles rigides sur l'âge, le nombre d'enfants, l'âge du dernier enfant ou la situation matrimoniale. Chaque femme doit décider par elle-même si elle souhaite avoir ou non d'autres enfants ou si elle veut opter ou non pour la stérilisation.

4. N'est-il pas plus facile pour la femme et pour le prestataire de santé d'utiliser une anesthésie générale ? Pourquoi utiliser une anesthésie locale ?

L'anesthésie locale comporte moins de risques. L'anesthésie générale est plus risquée que la procédure de stérilisation elle-même. L'utilisation correcte de l'anesthésie locale supprime le plus grand risque qui existe dans la procédure de stérilisation féminine – l'anesthésie générale. De plus, après une anesthésie générale, les femmes ont généralement la nausée. Cela n'arrive pas après l'anesthésie locale.

Par ailleurs, si l'on utilise l'anesthésie locale avec une sédation, les prestataires de soins doivent faire attention à ne pas donner une dose excessive à la femme. Ils doivent également la traiter avec douceur et lui parler tout au long de la procédure. Ils doivent l'aider à rester calme. Avec bien des clientes, on pourra éviter les sédatifs, surtout si l'on donne de bons conseils et si le praticien est chevronné.

5. Est-ce qu'une femme qui a eu une stérilisation peut craindre de tomber à nouveau enceinte?

Généralement non. La stérilisation féminine est très efficace pour prévenir la grossesse et vise à être permanente. Cependant, elle n'est quand même pas efficace à 100%. Les femmes qui ont été stérilisées ne courent qu'un léger risque de tomber enceintes : environ 5 femmes sur 1 000 tombent enceintes dans l'année qui suit la procédure. De petits risques de grossesse subsistent au-delà de la première année et jusqu'à ce que la femme arrive à la ménopause.

6. La grossesse après la stérilisation féminine est rare, mais pourquoi survient-elle ?

La plupart du temps, c'est parce que la femme est déjà enceinte au moment de la stérilisation. Dans certains cas, une ouverture se développe dans la trompe de Fallope. Une grossesse peut également se présenter si le prestataire fait une incision au mauvais endroit au lieu des trompes de Fallope.

7. Est-ce que la stérilisation est réversible si la femme décide qu'elle souhaite un autre enfant?

Généralement non. La stérilisation vise à être permanente. Les personnes qui pourraient souhaiter un autre enfant doivent choisir une méthode différente de planification familiale. L'intervention chirurgicale pour revenir à la fertilisation n'est possible que pour quelques femmes, celles qui ont encore suffisamment de trompe de Fallope. Chez ces femmes cette opération réversible souvent ne mène pas à une grossesse. La technique est difficile et chère et les prestataires qui sont en mesure d'exécuter un tel acte chirurgical sont difficiles à trouver. Si une grossesse survient après la reperméabilisation, il existe un risque plus grand de grossesses ectopiques que la normale. Aussi, la stérilisation devrait être jugée une opération irréversible.

8. Vaut-il mieux pour la femme d'avoir une stérilisation que pour l'homme d'avoir une vasectomie ?

Chaque couple doit décider pour lui-même de la méthode qui lui convient le mieux. Les deux sont des méthodes très efficaces, sans risques et permanentes pour les couples qui ont décidé qu'ils ne voulaient plus avoir d'enfants. Dans l'idéal, un couple envisagera les deux méthodes. Si les deux sont acceptables pour le couple, la vasectomie sera préférable, car c'est une méthode plus simple, moins dangereuse, plus facile et moins chère que la stérilisation féminine.

9. Est-ce que la procédure de stérilisation féminine est douloureuse ?

Oui, un peu. On administre un anesthésique local à la femme contre la douleur et généralement, elle reste éveillée. Une femme sent que le praticien fait bouger l'utérus et les trompes de Fallope. Cela peut être inconfortable. Si un anesthésiste formé est disponible ainsi que le matériel indiqué, il vaudrait peut-être mieux faire une anesthésie générale à une femme qui a très peur d'avoir mal. Une femme sentira une légère douleur et sera fatiguée pendant plusieurs jours ou même plusieurs semaines après l'acte chirurgical, mais très vite, elle reprendra ses forces.

10. Comment les prestataires de soins de santé peuvent-ils aider une femme à décider d'avoir une stérilisation ?

Une information claire, bien soupesée à propos de la stérilisation féminine ainsi que d'autres méthodes de planification familiale, aideront une femme à bien réfléchir à sa décision. Il faut discuter en profondeur de ses sentiments à propos de la maternité et du fait de mettre fin à sa fécondité. Par exemple, un prestataire peut aider une femme à réfléchir à ce qu'elle ressent face à certaines évolutions dans sa vie, par exemple un changement de partenaire ou le décès d'un enfant. Revoir les 6 points du consentement informé pour vérifier que la femme comprend la procédure de stérilisation (Voir p. 173).

11. Est-ce que la stérilisation féminine augmente le risque de grossesses ectopiques ?

Non. Au contraire, la stérilisation féminine diminue grandement le risque d'une grossesse ectopique. Les grossesses ectopiques sont très rares chez les femmes qui ont eu une stérilisation. Le taux de grossesses ectopiques chez les femmes après la stérilisation féminine est de 6 pour 10 000 femmes par année. Le taux de grossesses ectopiques chez les femmes aux Etats-Unis qui n'utilisent aucune méthode contraceptive est de 65 pour 10 000 femmes par an.

Dans les rares cas où échoue la stérilisation et où survient une grossesse, 33 grossesses sur 100 (1 sur 3) sont ectopiques. Par conséquent, la plupart des grossesses après l'échec de la stérilisation, ne sont pas ectopiques. Par ailleurs, la grossesse ectopique est un problème très grave qui peut mettre la vie de la femme en danger et, par conséquent, un prestataire devra être conscient du risque d'une grossesse ectopique en cas d'échec de la stérilisation.

12. Où peut-on exécuter une stérilisation féminine ?

S'il n'existe aucune affection médicale préexistante, qui exigerait des arrangements spéciaux :

- La minilaparotomie peut être effectuée dans le centre de maternité et dans un établissement sanitaire de base où la chirurgie peut être réalisée. Il s'agit d'éblissements permanents ou temporaires qui peuvent orienter la femme vers un niveau supérieur de soins en cas d'urgence.
- La laparoscopie doit être exécutée dans un centre mieux équipé où la technique est effectuée régulièrement et qui compte la présence d'un anesthésiste.

13. Quelles sont les méthodes transcervicales de stérilisation ?

Les méthodes transcervicales sont des nouvelles manières d'arriver jusqu'aux trompes de Fallope en passant par le vagin et l'utérus. Une microspirale, Essure, existe déjà dans certains pays. Essure est un dispositif qui ressemble à un ressort et qu'un clinicien spécialement formé insère à l'aide d'un hystéroscope dans l'utérus en passant par le vagin et ensuite dans chaque trompe. Pendant les trois mois qui suivent l'intervention, les tissus viennent recouvrir le dispositif. Les tissus obturent de manière permanente les trompes et empêchent donc les spermatozoïdes de passer pour féconder l'ovule. Peu de chances par ailleurs qu'Essure soit disponible dans des contextes à faibles ressources au vu de son coût élevé et de la complexité de l'instrument de visualisation nécessaire pour procéder à l'insertion.