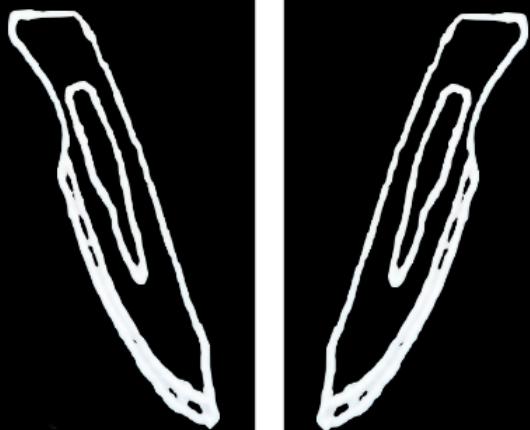


STERILISATION CHIRURGICALE AVISÉE CONTRACEPTIVE



**STÉRILISATION
CHIRURGICALE À
VISÉE
CONTRACEPTIVE**

Yo !

Devant la quantité de fausses informations qui courent et tous les à prioris existants au sujet de la stérilisation à visée contraceptive est née l'initiative d'écrire ce petit guide. Il fait exclusivement référence au fonctionnement français, n'ayant pas assez d'informations à partager à propos d'autres pays et législations.

Ayant moi même effectué ce parcours, j'ai eu l'occasion d'élargir mes connaissances sur le sujet sans pour autant faire partie du milieu médical.

Le but ici, c'est d'offrir un support dans la démarche de stérilisation chirurgicale, en expliquant les différentes options et les droits qui les accompagnent, dans une optique bienveillante et inclusive.

Je parle de mon expérience personnelle mais il faut garder en tête que tout parcours peut être différent : toutes les chirurgien-nEs ne proposeront pas les mêmes techniques, les tarifs peuvent varier et les réactions post-op sont aussi multiples et dépendent de chacun.

Les opinions exprimées ici ne reflètent que de ma vision des choses. Aussi, je ne parlerai pas des motivations liées à cette décision : elles sont propres à chacun-E et personne n'est en droit d'en juger, même en cas de regret.

Ce zine est libre de droits, et peut être imprimé, reproduit et distribué à tout va !

- Lexique
- Introduction au sujet
- Démarches en france
- Coûts
- Refus de lea praticien-nE
- Ligature par cautérisation
- Salpingiectomie
- Ligature par clips
- Hystérectomie
- Technique Novasure
- Vasectomie
- Orchidectomy
- Nullification
- Essure
- Le post-op'
- Réversibilité /Risques
- La libido
- Et le regret ?
- Difficultés dans le parcours
- Sources
- Liens vidéos de procédures

- **Lexique :**

- Nullipare : Personne n'ayant jamais accouché.
- Nulligeste : Personne n'ayant jamais vécu de grossesse.
- Grossesse extra-utérine :Grossesse non viable se déroulant dans une zone extérieure à la cavité utérine. Le taux de GEU est estimé à 2% des grossesses.
- Gynécologue : médecin en gynécologie. Spécialiste de l'appareil reproducteur utérin/ovarien, des seins et affections/événements associés.
- Urologue : médecin en urologie. Spécialiste de l'appareil urinaire, de l'appareil reproducteur penien/testiculaire, des reins et des glandes surrénales.
- CMU : Couverture Maladie Universelle, désormais remplacée par la protection universelle maladie (Puma).
- Vasectomie : Il s'agit de toutes les méthodes existantes pour empêcher le passage spermatozoïdes dans le liquide séminal via section ou retrait des canaux déférents.
- Ligature tubulaire : Il s'agit de toutes les méthodes existantes pour empêcher l'accès à la cavité utérine des ovocytes via une section ou un retrait des trompes.
- Canal déférent : Conduit permettant le déplacement des spermatozoïdes vers la prostate.
- Trompes utérines : tubes reliant les ovaires à l'utérus et permettant le déplacement des ovocytes.

-Endométriose : maladie gynécologique causée par la présence de cellule d'endomètre en dehors de l'utérus.

- Adhérences : Tissus cicatriciels unissant anormalement deux organes, pouvant-être la conséquence d'une chirurgie.

-Spermogramme : Examen permettant l'analyse d'un échantillon de sperme, pour en vérifier la composition dont la qualité/présence de spermatozoïdes.

-Ceolioscopie : Technique opératoire permettant d'effectuer une chirurgie dans la cavité abdominale sans avoir recours à de larges incisions. Du gaz est insufflé dans la cavité pour permettre une bonne visibilité. L'incision est effectuée dans le pli du nombril, les instruments sont ensuite introduits par d'autres incisions d'une moyenne de 5mm.

- **Quelle est la démarche à suivre ?**

- La stérilisation à visée contraceptive est reconnue et légalement autorisée depuis la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001.
 - Pour y accéder, il est nécessaire d'être majeur-E et d'avoir effectué un délai de réflexion de 4 mois, celui-ci pouvant être lancé par le chirurgien-nE choisi-E ou par un médecin généraliste / un-E gynécologue/ un-E urologue.
 - (!) les sage-femmes ne peuvent pas en signer le départ.
 - (!) certain-Es chirurgien-nEs n'acceptent pas de prendre en compte un délai de réflexion lancé par un-E autre professionnel-le qu'elleux mêmes, ne pas hésiter à poser la question pendant la prise de rdv.
- Une personne souffrant d'un handicap mental nécessitant son placement sous tutelle ou curatelle ne pourra avoir accès à une stérilisation chirurgicale dans le seul cas où tout autre moyen de contraception serait prouvé inefficace ou inadapté.
Il en revient à un juge des tutelles et après enquête d'accorder la procédure, après s'être enquis de la pleine compréhension et du consentement éclairé de la personne.
Une opération de chirurgie contraceptive ne pourra en aucun cas lui être imposée.

Pour respecter le parcours de soin, et dans un univers parfait, ça se passe comme ça :

- Un rendez-vous chez un.E médecin généraliste ou un.E gynécologue permettra d'obtenir un courrier adressé à un.E chirurgien-nE obstétricien.
- Il faudra alors compter plusieurs semaines d'attente avec un spécialiste.
- Lors de cette première rencontre, lea chirurgien-nE transmettra toutes les informations concernant le déroulement de l'opération ainsi que les risques encourus, les autres options de contraception envisageables et lancera le délai de réflexion.
- Un second rendez-vous pourra être fixé à la fin du délai de 4 mois de réflexion.
- A ce moment, vous pourrez confirmer votre motivation, et fixer une date d'intervention.
- Une prise de sang est à effectuer pour vérifier que le terrain sérologique est adapté à l'intervention, et un entretien avec un anesthésiste permettra de valider votre capacité à subir une anesthésie générale (si AG il y'a).
- Il faut être à jeûn depuis la veille au soir. L'entrée en hôpital se fait en début de matinée, la zone doit être rasée (de préférence à la tondeuse pour éviter les micro coupures), vous enfilez votre plus belle tenue papier et attendez que votre tour arrive.

Anecdote fun : en attente pendant 20 minutes dans le couloir du bloc, j'ai pu entendre et voir passer pas moins de 3 nouveaux nés, mon chirurgien m'a ensuite demandé avec un grand sourire si j'étais toujours sûre de moi.

-Dans le cadre d'une ligature, l'opération dure une heure environ, une hystérectomie est plus longue. Par contre, il faut compter moins d'une heure pour une vasectomie.

Suite à une AG, vous serez gardé-E en surveillance pendant quelques heures avec un goûter plus ou moins goûtu à la clé et aurez une visite post-opératoire en chambre de votre praticien-nE.

-Une fois les papiers de sortie remplis, il faut prévoir un retour sur le lieu d'habitation obligatoirement accompagné, vous n'aurez pas le droit de conduire vous-même.

-Un mois après l'intervention, un rendez-vous de contrôle avec le chirurgien-nE sera effectué. Pendant celui-ci, une vérification des cicatrices sera effectuée et un point sur les douleurs et gênes ressenties effectué.

J'ai eu la chance de trouver mon chirurgien du premier coup, sans être sûre qu'il accepterait mais il n'a ni émis de remarque déplacée sur mon âge (23 ans au moment des faits) ou posé de question intrusive sur mes motivations. Il pratique en clinique privée.

- **Ca coûte combien ?**

-Il est possible d'effectuer cette opération dans le cadre d'un hôpital public auquel cas les frais sont remboursés par la sécurité sociale.

-En hôpital privé, il est courant que les praticien-nEs demandent des dépassements d'honoraires (chirurgien-nE et anesthésiste), ceux-ci pouvant s'élever à plusieurs centaines d'euros.

-Certaines mutuelles participent aux frais de cette opération, il est possible de leur demander un devis avant réalisation.

- Il est possible de profiter d'une prescription médicale de transport (ou bon de transport) dans le cas où vous ne pouvez pas assumer le déplacement vous-même, dans le cas d'une hospitalisation (même ambulatoire). Une ordonnance doit vous être faite par votre praticien-nE et vous aurez accès à un remboursement de 65 % par la sécurité sociale de votre trajet en taxi. Certaines mutuelles acceptent de rembourser les 35 % restant.

Il est également possible de demander une prise en charge d'un trajet en véhicule personnel avec accompagnant, ici la demander sera plus souvent favorable.

(!) si le trajet dépasse les 150km, il faut effectuer une demande de devis au préalable et ce dernier doit être validé par la caisse d'assurance maladie. En ce cas, il est rare que la réponse soit favorable.

(!) Le rejet d'une demande sera adressé par courrier, sans nouvelles sous quinzaine alors il peut être assumé que la demande est validée.

-Pour les personnes bénéficiant de la CMU, il est possible de n'avoir aucun frais à avancer si le praticien-nE est conventionnéE en secteur 1 ou 2.

Légalement, un-E participant-nE de santé n'a pas le droit de refuser une consultation ou de demander un règlement (article L1110-3 du code de la santé publique) en ce cas il s'agirait d'une discrimination.

Malheureusement, il est encore courant que ce texte ne soit pas respecté. Renseignez-vous sur vos droits et faites les valoir !

Pour ma part, j'ai dû régler un total de 150€ de dépassements d'honoraires et 30€ pour la journée en chambre d'hospitalisation. A cela il faut ajouter les différents rendez-vous préalables, dont celui avec l'anesthésiste, pour lesquels j'ai été remboursée par la sécurité sociale et ma mutuelle.

- **Et si ma demande est refusée ?**

-Le refus de lea praticien-nE se fait souvent en invoquant l'article R.4127-47 article 47 du code de déontologie médicale relatif à la clause de conscience,

-Iel est par contre tenu-E de vous informer de son refus dès le premier entretien (article L.2123-1 du code de la santé publique) !

~~Ainsi que de vous diriger vers un-E collègue qui accepterait de réaliser l'opération (article R.4127-35 du code de la santé publique).~~

-A nouveau, il n'est pas rare que ces éléments ne soient pas respectés, un-E praticien-nE qui vous mentirait sur ses raisons de refus en invoquant des motifs fallacieux (tels que l'âge ou le caractère « illégal » de votre requête...) est donc hors la loi, il est alors possible de faire des recours auprès de l'Ordre des Médecins (procédé long et souvent inefficace malheureusement).

Personnellement, dans ce dernier cas, je conseille le scandale devant la salle d'attente, de refuser de payer :

Aucune information juste n'a été transmise comme il est demandé dans l'article R.4127-35 du code de la santé publique.

Le médecin doit à son patient, je cite une « information claire, loyale et appropriée ».

Aussi, une mauvaise pub et pourquoi pas une note nulle sur son profil gogle (que d'autres ne se fassent pas avoir par la suite).

- **Quelles sont les méthodes ?**

Choisir sa méthode de stérilisation, ça dépend de beaucoup d'éléments :

Une personne souffrant d'hyperfertilité préfèrera peut-être la sécurité d'une salpingectomie, tandis qu'une autre souffrant d'endométriose pourra se pencher sur une hystérectomie.

L'important, c'est de se renseigner correctement et de comprendre ce qui colle le mieux à ses propres besoins. En discuter avec un-E professionnel-le de la santé BIENVEILLANT-E ou avec des personnes ayant effectué ce parcours pourra vous aider à faire lumière sur tout ça !

Le taux de réussite en tant que contraceptif des méthodes de stérilisation tubaire est estimé à 99,5 %.

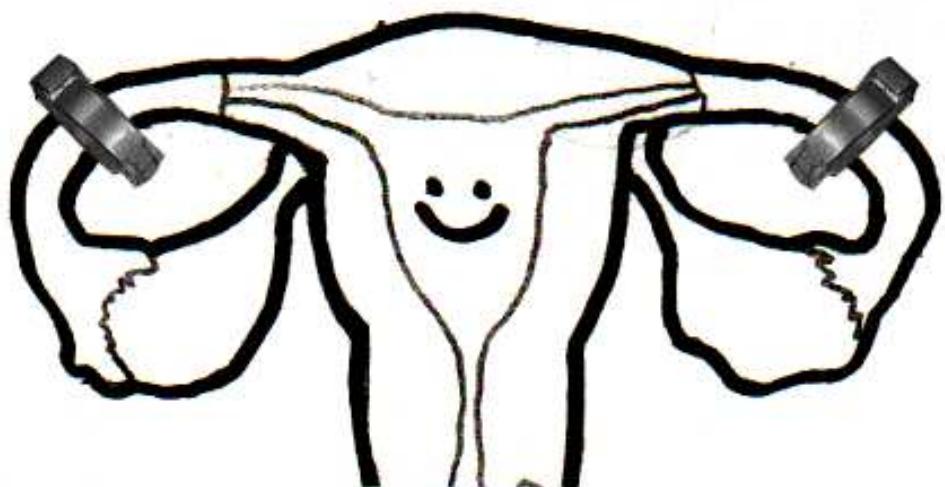
Cependant, je n'ai trouvé aucune étude comparative des différentes techniques de stérilisation.

- **Ligature tubaire par clips :**

Sous celioscopie et anesthésie générale, ici des clips en acier sont placés sur chaque trompe.

Ceux-ci peuvent ensuite potentiellement être retirés mais endommagent les trompes, les obstruant même parfois complètement.

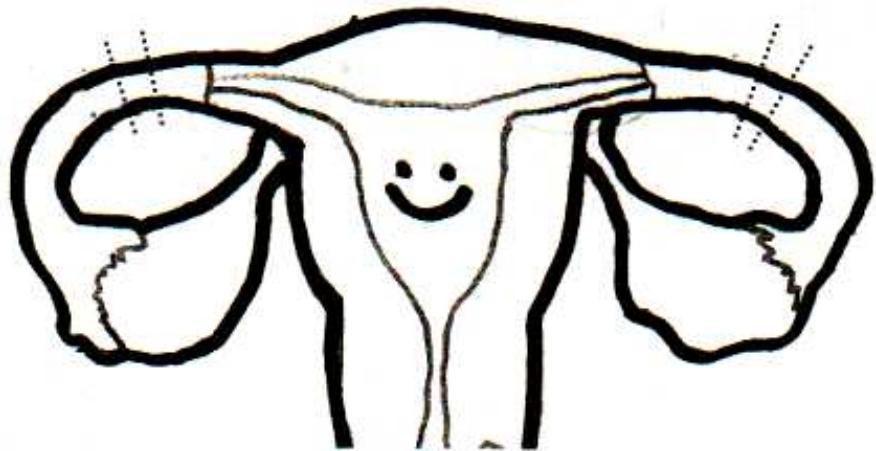
C'est une intervention réalisée en ambulatoire.



- (!) Il a été observé des cas de migrations desdits clips.
- (!) Il est observé un moindre taux de réussite chez un public âgé de moins de 35 ans, du fait de la capacité du corps à effectuer une réimperméabilisation des trompes (celles-ci se reconstituent et les ovocytes peuvent à nouveau se déplacer jusqu'à l'utérus).

- **Ligature tubaire par cautérisation :**

Cette technique consiste, par coelioscopie et en anesthésie générale, d'atteindre les trompes utérines, qui relient les ovaires à l'utérus et de les couper en deux endroits, les plaies sont ensuite cautérisées.



C'est la solution de stérilisation que j'ai choisi, étant nullipare et n'étant pas hyperfertile.

Je ne souhaitais pas poser de clips du fait des risques de migration (bien que très rare). Mon souhait était de ne pas avoir à ré-opérer plus tard pour quelque raison que ce soit.

J'ai eu deux incisions, une au niveau du nombril et une sur le haut du pubis, toutes deux quasi-effacée maintenant (environ un an après la chirurgie).

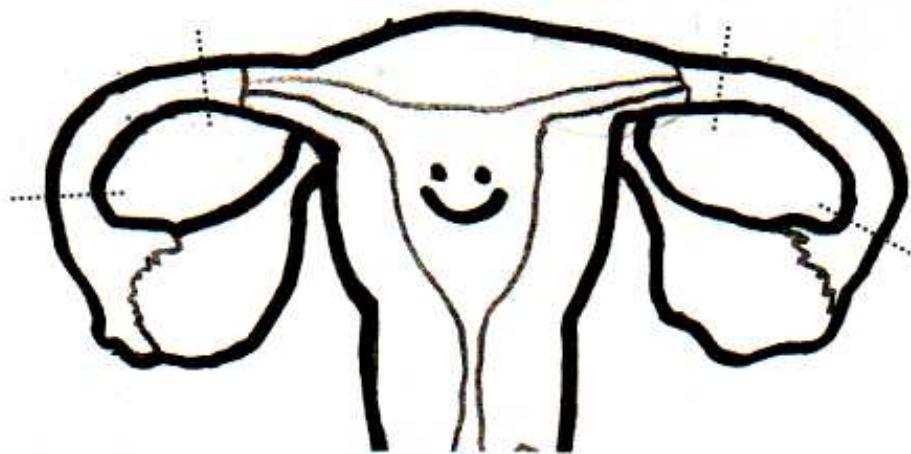
- **Salpingectomie bilatérale :**

Même technique mais en coupant la totalité (ou presque) de chaque trompe de .

Cette intervention peut être proposée pour s'assurer de l'impossibilité d'une réimpermabilisation des trompes, ou en cas de grossesse extra-utérine.

Elle est généralement réalisée en ambulatoire aussi et ne nécessite pas d'hospitalisation plus longue sauf en cas de complications.

Plus invasive que la ligature « simple », prévoir un temps de repos plus long, et éviter les efforts (porter des charges lourdes notamment).



- **Hystérectomie :**

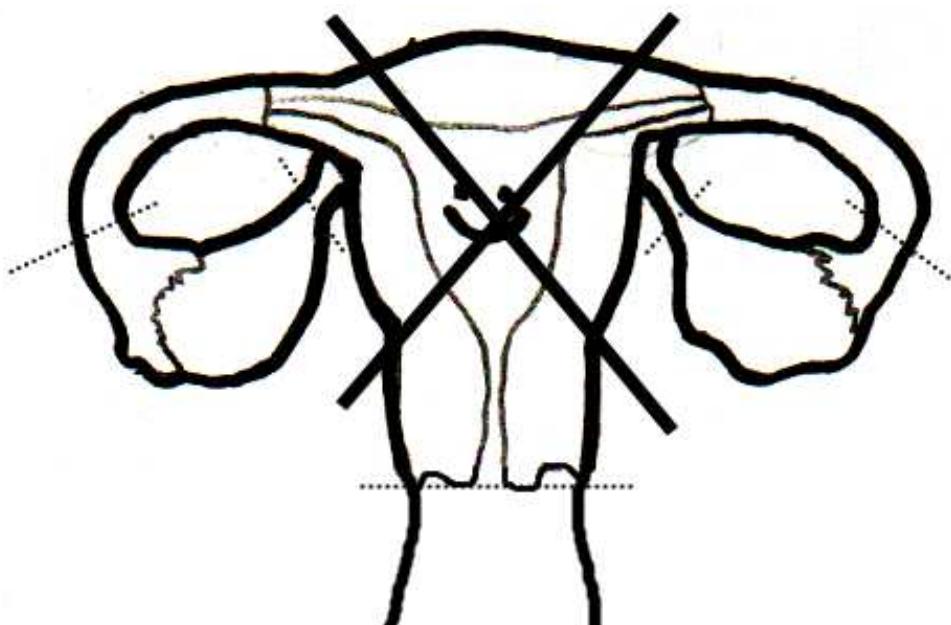
Toujours sous anesthésie générale, il s'agit du retrait total de l'utérus, du col ainsi que des trompes. Cette opération, bien que reconnue comme technique de contraception est difficile d'accès, sous couvert de refus de retirer un organe dit sain.

Il est possible d'avoir recours à une hystérectomie dans le cadre d'un parcours de transition, ainsi qu'en cas d'endométriose sévère.

Cette opération peut être réalisée par celioscopie, par voie basse ou encore par voie abdominale (c'est la technique la plus ancienne, elle est reconnue comme plus invasive et laisse des cicatrices plus visibles avec un risque accru d'adhérences).

Une hospitalisation de plusieurs jours est à prévoir, c'est une intervention lourde.

Son taux de réussite en tant que contraceptif est de 100 %



- **Novasure :**

Hormis l'hystérectomie, aucune de ces opérations n'a d'incidence sur les menstruations : tant que l'utérus et/ou l'endomètre sont présents, celles-ci ne disparaîtront pas.

Il existe une intervention dite « Novasure » permettant par thermocoagulation d'effectuer une ablation de l'endomètre et ainsi d'atténuer ou parfois même d'empêcher les menstruations.

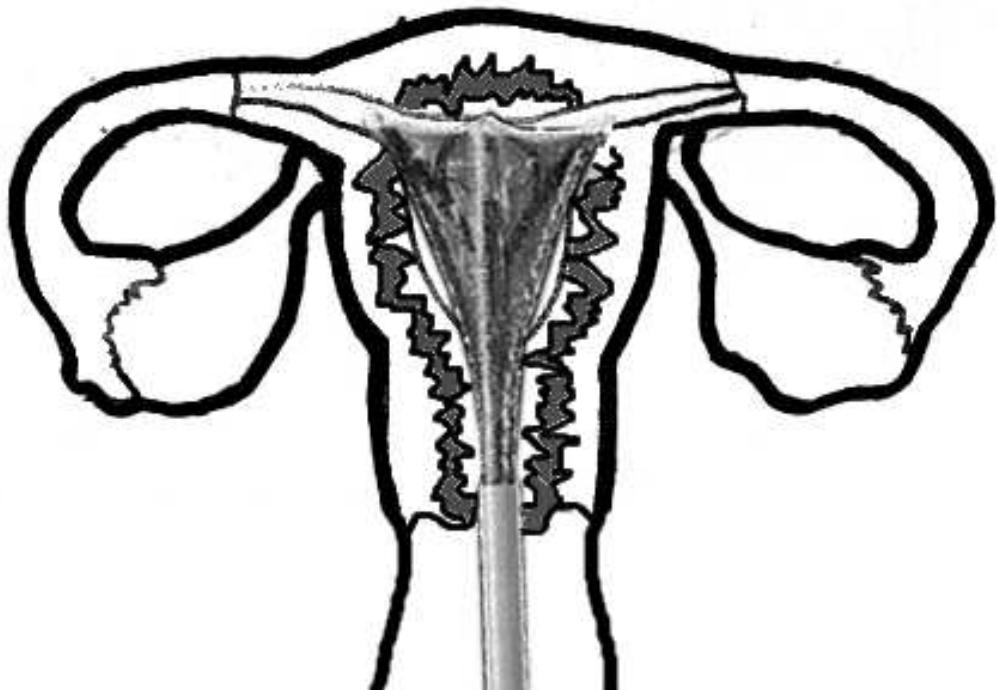
Néanmoins, ce n'est pas un procédé reconnu comme contraceptif du fait de la capacité du corps à régénérer ces tissus.

Concernant l'efficacité du procédé :

Dans 50 % des cas est observé un arrêt complet des menstruations.

Dans 40 % des cas, celles-ci sont réduites à un volume modéré ou léger.

Dans les 10 % des cas restants, aucun changement dans le flux n'a été rapporté.



(!) Il est d'ailleurs parfois nécessaire de renouveler l'opération pour observer un résultat.

(!) Du fait de l'impact sur l'endomètre, il est déconseillé d'avoir recours à cette méthode si un désir de grossesse est encore présent.

- **Vasectomie :**

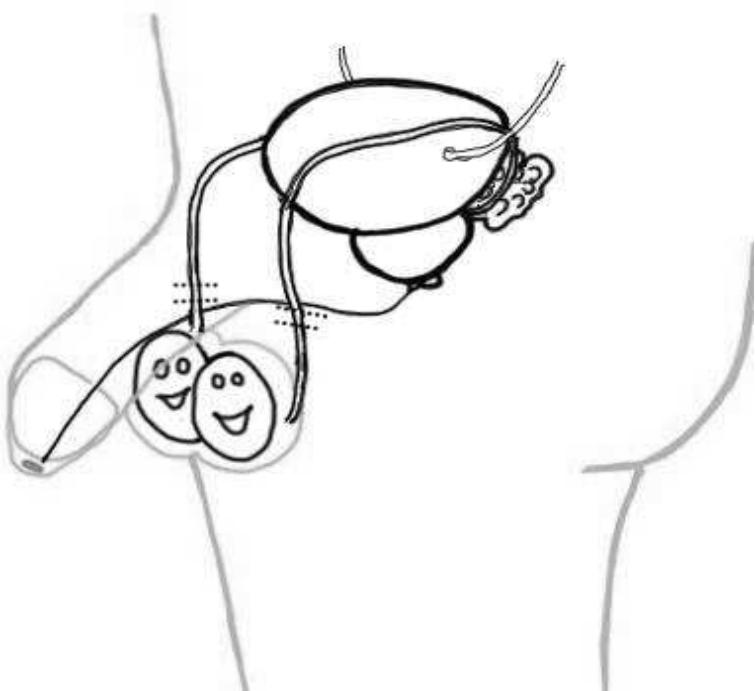
Opération sous anesthésie locale (peut aussi être réalisée sous AG), elle consiste à une section des canaux déférents, de manière à empêcher les spermatozoïdes de rejoindre le liquide séminal.

Pour atteindre les canaux, deux incisions sont effectuées au niveau du scrotum.

Des techniques plus récentes dites « sans bistouri » limitent les marques laissées par l'intervention.

Cette opération n'est pas considérée comme invasive, elle génère peu de douleurs (il est plus courant d'entendre parler de gêne). Un arrêt de travail peut être demandé.

Son taux d'efficacité est estimé à 99,8 %.

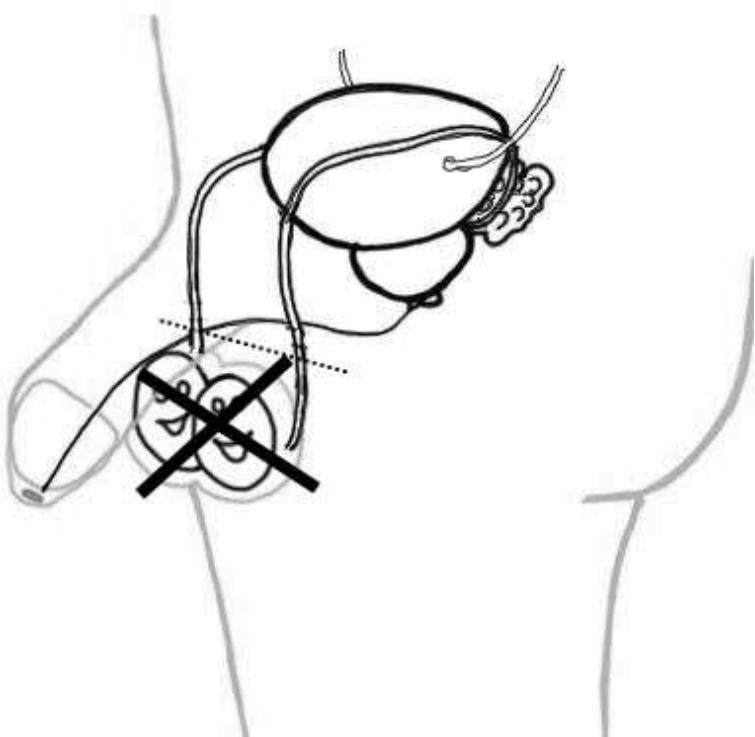


(!) Il faut toutefois attendre la réalisation d'un spermogramme 3 mois après pour en confirmer l'efficacité.
En effet, les spermatozoïdes déjà présents dans le circuit du liquide séminal vont disparaître petit à petit, il est donc important de conserver un autre moyen de contraception jusqu'au spermogramme de vérification.

- **Orchidectomie**

Cette opération consiste en l'ablation des testicules, elle ne peut être réalisée en france que dans le cadre d'un traitement chirurgical lié à des lésions cancéreuses ou dans le cadre d'un parcours de réassiguation sexuelle.

Une orchidectomie bilatérale aura un effet contraceptif de 100 %

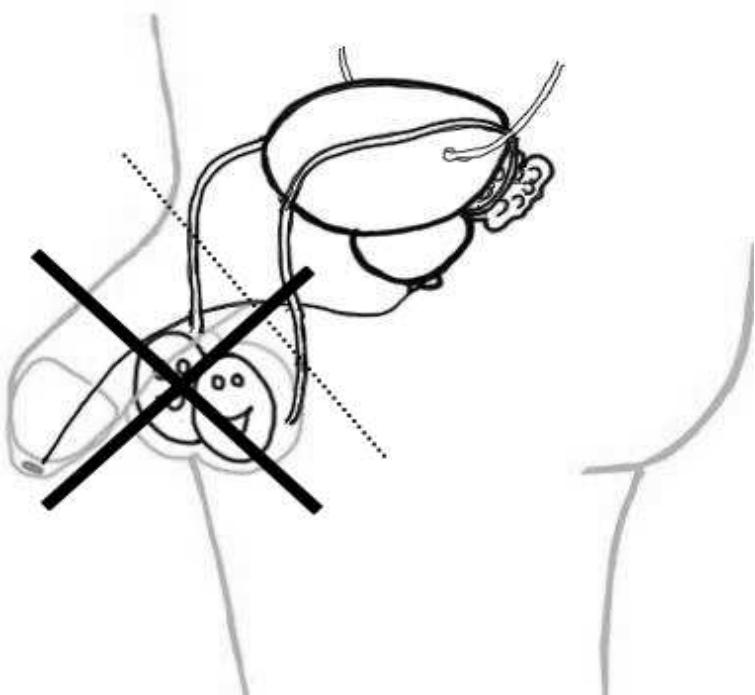


(!) Comme suite à une vasectomie, il faudra attendre plusieurs semaines avant que tous les spermatozoïdes aient été évacués

- **Nullification :**

Il s'agit ici d'une opération de retrait de l'appareil génital, considérée comme une mutilation en france elle n'y est donc pas réalisée, à moins que la personne ne souffre d'une pathologie (de type cancéreuse) touchant la ou les zones.

Ici aussi, en tant que contraceptif, cette méthode est efficace à 100 %.



- **Essure :**

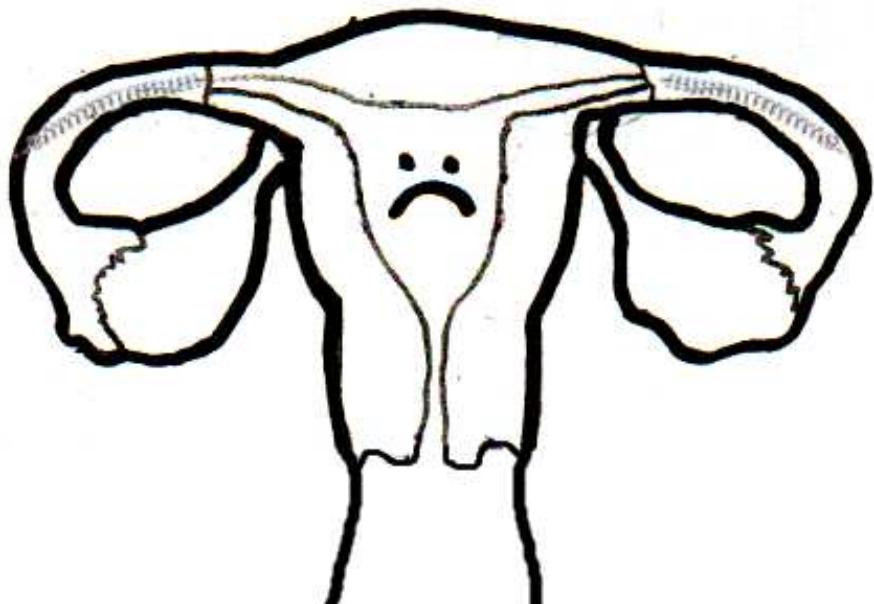
C'est un dispositif de contraception définitif désormais en suspens en Europe depuis 2017, suite à de nombreuses plaintes d'effets secondaires (réactions allergiques au composé, migration du dispositif, rupture du dispositif, dépression, douleurs etc.).

Il consiste en des implants en acier (contenant du nickel, allergène) glissés par voie basse dans les trompes, celles-ci s'en retrouvent obstruées et inflammées.

L'opération ne nécessitait ni anesthésie générale ni marque visible, les dispositifs ne peuvent par contre pas être retirés de la même façon.

Les conséquences de l'utilisation de ce procédé ont été et sont encore lourdes pour des milliers de personnes, et ne sont toujours pas reconnues par la justice.

En effet, Bayer continue de vendre son dispositif aux États-Unis et n'a jamais versé de compensation à ses victimes.



L'association R.E.S.I.S.T. offre soutien, aide et informations pour les personnes victimes d'Essure :

<https://www.resist-france.org/>

- **Post-opératoire ?**

Une période de repos de plusieurs jours est à prévoir. Un arrêt de travail est généralement donné par le chirurgien-nE ainsi qu'un traitement antalgique pour palier à la douleur post-opératoire.

Les plaies sont suturées (en résorbable ou non) ou collées, des visites de personnel infirmier pour le retrait des fils et/ou pour un traitement anticoagulant peuvent être mises en place en cas de besoin.

Il peut aussi être demandé de porter des bas de contention pendant les premières semaines pour éviter tout problème de circulation sanguine.

Chacun-E réagit à la douleur différemment, il est important d'écouter son corps et d'aller doucement dans la reprise des activités, y compris dans les rapports sexuels pénétrants.

N'hésitez pas à rentrer en contact avec votre praticien-nE en cas de doute !

Une visite post-opératoire est à prévoir un mois environ après l'intervention.

A noter qu'une intervention chirurgicale de type ligature est plus lourde qu'une vasectomie, du fait du recours à une anesthésie générale et qu'il s'agisse d'une chirurgie interne.

J'ai personnellement vécu mon rétablissement avec très peu de douleurs, les gazs injectés pour la ceolioscopie ont été gênants tout au plus et je n'ai ressenti qu'un léger inconfort lié aux fils non résorbables qui m'avaient été posés.

J'ai remarqué quelques légers saignements suite à l'intervention mais ceux-ci se sont très rapidement stoppés.

J'ai arrêté de travailler pendant une semaine, bien que mon chirurgien n'ait pas jugé que ce soit indispensable.

Une infirmière est venue chaque jour pour m'injecter un anticoagulant, étant sujette à plus de risques de phlébite. Elle a pu me retirer les sutures après 10 jours.

- **Et les risques dans tout ça ?**

Comme toute intervention chirurgicale et dans le cas d'anesthésies générales, les risques de complications pendant et après l'opération sont présents mais rares.

Saignements et douleurs sont les plus courants dans les jours suivant l'intervention. En cas de malaise ou de douleur aigue, une visite médicale est nécessaire.

Il existe toujours un risque de grossesse extra-utérine après la réalisation d'une stérilisation tubaire, celui ci est estimé à 0,73 % et varie en fonction des méthodes utilisées et de l'âge auquel la stérilisation a été effectuée (les personnes plus jeunes étant généralement plus fertiles).

Il est important de rappeler qu'une contraception chirurgicale ne protège en aucun cas de toute maladie sexuellement transmissible.

- **Tu vas pas regretter?**

Toute opération de contraception par chirurgie doit être considérée comme définitive. Des opérations de reconstruction, en cas de vasectomie ou de ligature par clips, peuvent être réalisées mais ne permettent pas un « retour à la normale » ni ne garantissent de fonctionner.

Il est toutefois possible de faire congeler des spermatozoïdes dans cette éventualité avant la chirurgie, le recours à un parcours de PMA est possible après une ligature, tout comme l'adoption.

En langage chiffré : Un rapport de la HAS de 2007 montre qu'en europe, « seulement 3 à 7% des patientes » déclareront regretter l'opération, mais seulement 2 à 3% de celles-ci (oui oui des 3 à 7% évoqués avant) lanceront des démarches de réimperméabilisation des trompes.

Une étude faite en Thaïlande nous donne les chiffres suivants concernant les regrets suite à une vasectomie : elle toucherait 7 à 10 % des personnes concernées.

C'est ici la grande question que l'entourage proche ou moins risque de poser. Si la méthode douce d'explication et d'information ne fonctionne pas, et pour pallier à toute discussion non constructive (entendez prise de bec), en gros que la personne en face de moi n'est pas prête à accepter mes choix ; j'explique simplement préférer regretter ne pas avoir d'enfants que regretter d'en avoir.

En général, ça scotche et met fin à la discussion.

- **Et la libido ?**

N'ayant aucun impact sur l'équilibre hormonal, une chirurgie contraceptive comme une ligature ou une vasectomie n'aura pas d'effets sur la libido à ce niveau. Ni les testicules ni les ovaires ne sont retirés. L'arrêt d'une contraception médicamenteuse va par contre provoquer des changements sur cet équilibre et le corps peut alors mettre plusieurs mois à se rétablir.

Concernant la vasectomie, l'éjaculation sera toujours possible, les spermatozoïdes ne représentant que 2 à 3 % du liquide séminal.

On remarque par contre une peur moindre voire inexistante de grossesse non désirée amenant à une plus grande confiance et à plus de tranquillité sur le plan sexuel, pouvant donc amener à une libido plus grande, mais là c'est psychologique.

Etant d'un naturel anxieux, je faisais auparavant un test de grossesse environs tous les trimestres, c'est dire la looz.

Il m'est encore arrivé après mon opération de me demander si je n'avais pas les symptômes d'une grossesse non déclarée.

Passés 9 mois, les doutes se sont envolés.

Quel bonheur, outre le fait de ne plus avoir le poids moral de la contraception, de ne même plus se demander à quel stade du cycle j'en suis !

J'en ressors tranquillisée et apaisée, donc plus à même de m'épanouir sexuellement.

- **Pourquoi c'est si compliqué d'y avoir accès ?**

Les politiques natalistes des états, dans un but de production de capital, ainsi que l'aspect sacré amené par la pensée religieuse dans les sociétés occidentales ont pour effet de renier la validité des envies et besoin de contraception définitive des populations : Ne pas/plus vouloir d'enfant n'est pas acceptable. Il n'est pas rare d'entendre des discours jugeants de la part de praticien-nEs comme de proches ou autres. Ces derniers étant motivés par l'importance de la capacité de reproduction comme devoir ou vision du bonheur.

Des arguments basés sur l'âge, la présence ou non d'enfants « imaginez si iel meurt » (!!!), « vous rencontrerez le grand amour et voudrez des enfants avec », « vous êtes trop jeune ».. Ou plus grave encore, des mensonges « c'est hors la loi », « il est criminel d'effectuer une telle opération », et le fameux « pas avant 35 ans et 2 enfants » (il s'agit ici de l'ancien cadre légal encadrant cette pratique).

Il est parfois nécessaire de faire des centaines de kilomètres pour trouver un-E praticien-nE acceptant de réaliser l'intervention. Prenez votre courage à deux mains, vous n'êtes pas seul-Es !

Pour rappel, la mise à jour date de 2001, soit il y'a bientôt 20 ans. Est-il nécessaire d'insister sur la fermeture d'esprit de ceux qui ne l'appliquent toujours pas .. ?

N'oubliez pas que vous êtes maître-ssEs de vos corps et êtes libres de vos choix les concernant, ne laissez pas ces arguments vous atteindre !

Heureusement, des ressources diverses permettent aujourd’hui d’accéder à des listes de praticien-nEs ouvert-Es à ces sujets, ici nous pourront citer :

- Gyn &Co : <https://gynandco.wordpress.com/>
Liste participative de gynécologues féministes et pro-féministes

- **Sources :**

(!) La majeure partie de ces articles sont cis-centrés

Tarification actes médicaux : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F19948>

Livret d'informations stérilisation à visée contraceptive :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret_sterilisation_a_visee_contraceptive.pdf

Transport en taxi et remboursement :

<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/frais-transport/frais-transport>

Protection universelle maladie (Puma) : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308>

Build a binder (EN) conseils pour obtenir une stérilisation tubaire : <https://norugratsnoragrets.wixsite.com/binder/build-a-binder>

Novasure : <https://www.hologic.fr/app/uploads/2018/01/pb-00304-fra-fr-001-01.pdf>

<http://www.gynecomedic.com/nos-services-et-domaines-d-expertise/novasure>

Essure affaire :

https://www.allodocteurs.fr/sexo/contraception/contrception-definitive/implants-essure-des-premiers-effets-secondaires-aux-premieres-plaintes-au-penal-retour-sur-toute-laffaire_27267.html

Association R.E.S.I.S.T. : <https://www.resist-france.org/>

Etude de l'HAS sur le regret :https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-12/rapport_anastomose_tubo_tubaire.pdf

Regrets suite à une vasectomie :

<https://www.vasectomie.net/outilaidevasectomie.pdf>

Taux de réussite contraception :

https://www.choisirsacacontraception.fr/contrception_tableau_comparatif.htm

Riques GEU :

https://www.choisirsacacontraception.fr//pdf/contrception_recommandations_has.pdf

Etude US sur les GEU post ligature (donc en anglais) :

https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199703133361104?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dwww.ncbi.nlm.nih.gov&fbclid=IwAR2JsDe57LdfE_dH-UxQ6uoPJh_0lHQ3Xyy7NExu1d_JA7oYCT740Q9C8Q

Textes de loi :

L. 2123-1 a consacré l'existence d'un droit général à la stérilisation volontaire.

Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 a rendu légal de pratiquer la stérilisation volontaire comme moyen de contraception dès la majorité atteinte et avec seule contrainte de devoir respecter un délai de réflexion de 4 mois.

Loi du 5 mars 2007 concerne la notion de protection des personnes vulnérables autour des droits personnels.

R.4127-35 du code de la santé publique concernant le devoir d'information de lea praticien-nE de santé à ses patient-Es.

R.4127-47 article 47 du code de déontologie médicale relatif à la clause de conscience de lea professionnel-lE de santé.

article R.4127-35 du code de la santé publique concernant l'obligation de lea professionnel-lE de la santé à indiquer un-E praticien-nE pratiquant une opération qu'iel ne réaliserait pas.

- **Vidéos de chirurgie (attention : vue de sang, instruments chirurgicaux) :**

« stérilisation tubaire coelioscopique clips »

https://www.youtube.com/watch?v=-qkBEpHR_xg
<https://www.youtube.com/watch?v=sFCoCuNFzlQ>

« Salpingectomie par coelioscopie - Méthode définitive de stérilisation féminine »

<https://www.youtube.com/watch?v=ffnBk9T9Xdk>

« Hystérectomie coelioscopique et laparotomique en 10 étapes »

https://www.youtube.com/watch?v=iKgyvUs_j84

« vasectomie sans bistouri 2015 »

<https://www.youtube.com/watch?v=fqZJk3tWhZE>

« Vasectomy »

<https://www.youtube.com/watch?v=eXkZELQYJ3U>

Merci à tous les participant-Es à la création de ce zine, en espérant qu'il remplisse son rôle !

Avril 2020