



Préparateurs principaux du bulletin technique :
Roy Jacobstein, ACQUIRE/EngenderHealth
John Pile, ACQUIRE/EngenderHealth

- La vasectomie est une forme chirurgicale de contraception masculine très sûre¹, pratique, hautement efficace et simple, assurée sous anesthésie locale en consultation ambulatoire et qui est censée être de nature permanente.
- Bien que la vasectomie soit plus sûre, plus simple, moins chère et tout aussi efficace que la stérilisation féminine, elle demeure la méthode de contraception moderne la moins connue et la moins utilisée.
- Dans chaque région et contexte culturel, religieux ou socio-économique, les hommes manifestent un intérêt pour la vasectomie ou son utilisation, en dépit des idées reçues concernant les attitudes masculines négatives et des interdits sociaux. Ils ne disposent cependant pas souvent du plein accès à l'information et aux services.
- Des programmes bien pensés et axés sur les hommes ont renforcé le recours à la vasectomie.
- Afin d'être efficaces, les programmes de planification familiale et de santé reproductive doivent comporter une composante vasectomie active et accessible, qui offre des services de qualité, une gamme ouverte d'options contraceptives pour l'homme et sa partenaire, ainsi que la possibilité de faire un choix informé.

Caractéristiques spécifiques à la méthode et considérations y afférentes

Efficacité. La vasectomie est d'un haut degré d'efficacité, comparable à la stérilisation féminine et aux méthodes féminines réversibles de long terme, telles que les implants et le stérilet. Cependant, du fait que la vasectomie n'est pas immédiatement efficace : l'OMS recommande que le couple utilise une autre méthode de contraception pendant les trois mois suivant l'intervention. Le risque d'échec (grossesse) est généralement de l'ordre de 0,2 à 0,4 %, bien que des taux d'échec atteignant entre 3 et 5 % aient été enregistrés. L'échec peut être dû au comportement du client (s'il n'a pas recours à une autre méthode de contraception après l'intervention) ou à une déficience technique de l'intervention.

Sécurité. La vasectomie est sans danger, avec peu de restrictions médicales. Morbidité majeure et mortalité sont rares et aucun effet secondaire indésirable à long terme n'a été observé. Des complications mineures telles que des infections postopératoires, des saignements, la formation d'hématomes et des douleurs surviennent à court et long termes, à un taux signalé entre 5 et 10 %. La technique sans scalpel a une incidence de complications postopératoires bien plus basse que les opérations par incision.

VIH/sida. La vasectomie ne protège pas contre l'infection par le VIH. La séropositivité ne justifie pas le refus de l'exécution d'une vasectomie. Un homme atteint du sida et dont l'état clinique est stable peut aussi bénéficier d'une vasectomie.

Regrets. La plupart des hommes qui choisissent la vasectomie ne regrettent pas leur décision. Cependant, une corrélation très nette a pu être observée entre les regrets ultérieurs et divers facteurs, notamment un jeune âge, une instabilité au sein du mariage, et la prise de décisions sous pression financière ou autre. C'est pourquoi un accompagnement psychologique est crucial avant la vasectomie.

Assistance psychologique. Un choix libre et averti demande une consultation « dans les deux sens ». Cette consultation doit avoir pour but de dissiper les craintes (notamment celles concernant le fonctionnement sexuel ou la douleur après l'intervention) et corriger des mythes (tels que





« vasectomie égal castration » ou « ça affaiblit un homme »). Elle doit mettre l'accent sur le fait que la vasectomie est censée être permanente, qu'elle est difficilement réversible, qu'elle peut échouer, qu'elle ne protège pas contre les IST (dont le VIH) et qu'elle n'est pas fonctionnelle immédiatement après la procédure, d'où l'obligation d'utiliser une autre méthode de contraception pendant un certain temps. Il convient de procéder au dépistage des indicateurs de risques de regrets et de mener à bien le processus de consentement averti (autorisation).

Considérations programmatiques

La vasectomie sans scalpel (VSS) est la meilleure technique de vasectomie. La vasectomie doit être effectuée par des prestataires motivés et dûment formés, dans des installations médicales dotées des équipements requis et où l'accent est mis sur une bonne technique chirurgicale, la prévention des infections et le suivi psychologique.² Quand elle est réalisée par un chirurgien ou un professionnel médical ayant bénéficié d'une bonne formation, l'opération prend 15 minutes ou moins.

Enseignements tirés. L'accès au service et la qualité peuvent être améliorés : en étant attentif aux besoins des hommes et aux besoins des prestataires, en adoptant une approche holistique (c'est-à-dire en s'adressant à la fois aux facteurs d'« offre » et de « demande ») et en se concentrant sur les principes essentiels de la prestation de services.

Les programmes de VSS qui donnent de bons résultats comportent en général les éléments suivants :

- Promotion efficace, fournissant des informations précises, en utilisant des moyens multiples dont les mass média (panneaux d'affichage, annonces dans les journaux et les magazines, spots radio/télévision, centrales téléphoniques), réseaux communautaires et communication interpersonnelle, utilisation de clients satisfaits (de leur vasectomie) dans la mesure du possible.³
- Attention particulière aux besoins des hommes, en offrant : assistance psychologique approfondie et sensible, intimité et confidentialité ainsi qu'un ensemble de services pratiques et abordables financièrement.⁴
- Prestataires individuels et équipes de prestataires qualifiés, qui sont bien entraînés, bien équipés, et qui fournissent services et information de VSS de qualité.⁵
- Leadership fort de la part des « champions », des fournisseurs ou institutions, influents et engagés, qui fournissent activement services et informations de qualité sur la VSS, et qui sont disposés à « se multiplier ».
- Collection et utilisation des données pour l'élaboration de programmes, pour identifier des champions et mettre au point des activités.
- Adaptation du programme à son contexte local. Par exemple, en développant le secteur privé, les interventions mobiles de proximité et en utilisant des approches, technologies et méthodologies appropriées.

1 La vasectomie présente moins de danger que la stérilisation féminine car moins invasive et presque toujours effectuée sous l'anesthésie locale.

2 De nombreuses études utilisant des clients mystères ont montré que très souvent la vasectomie n'est même pas mentionnée lors des discussions sur la planification familiale avec des clients, même avec ceux qui indiquent qu'ils veulent limiter les futures naissances.

3 De multiples voies de communication peuvent créer un effet de synergie et doivent cibler aussi bien les hommes que les femmes. Ceci est important parce que « la vasectomie est aussi bien une activité IEC qu'une opération chirurgicale ». Le Brésil, la Colombie et le Guatemala ont pu doubler le nombre de vasectomies réalisées grâce à des campagnes multimédias. Les centrales téléphoniques ont permis d'augmenter le nombre d'opérations au Kenya et aux Etats-Unis.

4 Par exemple, être ouvert le soir et le week-end, entretenir des cliniques exclusivement masculines, si possible, ou au moins des salles d'attente séparées, utiliser des prestataires masculins, offrir des soins de santé généraux pour les hommes et des soins pour les troubles sexuels, les IST, l'infertilité (en plus des VSS), etc.

5 Une approche analytique systématique, du type « Amélioration des prestations » est utile pour identifier les lacunes éventuelles dans les connaissances des fournisseurs, les compétences en chirurgie et en communication, et les autres besoins du programme. Lorsqu'une formation s'impose, l'organisation de cours sur place et sur site est souvent efficace.

Ce Bulletin technique de santé globale a été réimprimé avec l'autorisation de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs/INFO Project.

Pour de plus amples informations, consulter : www.maqweb.org

Dernière mise à jour : 05/01/05. Produit en association avec l'Initiative Maximiser l'accès et la qualité des services (MAQ). Produit par : The INFO Project at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs. Publication réalisée avec le soutien financier de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), Global, GH/PRH/PEC, au titre de la subvention No. GPH-A-00-02-00003-00.

Cette synthèse a pu être réalisée grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Family Health International est responsable du contenu de cette synthèse qui ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis. L'aide financière a été fournie par l'USAID au titre de l'accord coopératif No. GPO-A-00-05-00022-00, dans le cadre du programme Recherche et utilisation des technologies en matière de contraception et de santé de la reproduction (CRTU).

Pour de plus amples informations ou des exemplaires supplémentaires, prière de contacter :

Coordnatrice des publications

Family Health International

P.O. Box 13950

Research Triangle Park, NC 27709 Etats Unis

Tél : 1.919.544.7040

Courriel : publications@fhi.org

© 2008 Family Health International



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE