



La stérilisation masculine par vasectomie – les aspects légaux

Fiche pratique publié le **09/05/2022**, vu **1521 fois**, Auteur : [Droit du Web](#)

Cet article de synthèse se penche sur les aspects légaux de la vasectomie, qui a une incidence directe sur la fertilité masculine.

Cet article de synthèse se penche sur les aspects légaux de la vasectomie, qui a une incidence directe sur la fertilité masculine. Cette opération chirurgicale consiste à sectionner les canaux déférents avec le but de rendre stérile un homme. Après l'opération de vasectomie, les spermatozoïdes ne peuvent plus être acheminés des testicules à l'urètre et cela rend l'homme stérile.

La vasectomie reste une intervention chirurgicale simple, généralement faite en ambulatoire sous anesthésie et elle est considérée comme un acte chirurgical comportant très peu de risques de complication.

L'opération de vasectomie requiert un consentement éclairé et pose des réflexions que le législateur a décidé d'encadrer. En effet, cette stérilisation rend la réversibilité difficile et aléatoire, il faut donc considérer l'opération comme un acte irréversible.

Des techniques de reperméabilisation (reconnexion des canaux déférents) existent, mais le taux de succès en termes d'obtention d'une grossesse est faible et imprévisible.

L'évolution des lois concernant la stérilisation masculine ou féminine

La loi de bioéthique du **29 juillet 1994** a introduit un article au Code civil (art. 16-3), modifié par la loi CMU du **27 juillet 1999** : elle n'a pas levé l'interdiction de la stérilisation contraceptive, mais le terme médical y est substitué au terme thérapeutique. Le nouveau texte laissait donc une plus grande liberté au médecin pour apprécier la raison de santé.

La loi n°2001-588 du **4 juillet 2001** relative à la contraception a complètement changé la philosophie de la stérilisation contraceptive. La ligature des trompes et des canaux déférents peut désormais être pratiquée sur une personne majeure exprimant une volonté libre, motivée et délibérée, dans un cadre réglementaire.

Plus précisément, voici le texte de cet article L.2123-1 du Code de santé publique :

« La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a

exprimé une **volonté libre, motivée et délibérée** en considération d'une information **claire et complète sur ses conséquences**.

Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin.

Ce médecin doit au cours de la première consultation :

1. Informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention ;
2. Lui remettre un dossier d'information écrit.

Il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un **délai de réflexion de quatre mois** après la première consultation médicale et après une **confirmation écrite** par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive, mais il doit informer l'intéressé(e) de son refus dès la première consultation. »

L'obligation d'information au patient

Cette obligation d'information incombe au chirurgien qui pratique la vasectomie.

Le médecin anesthésiste n'a aucune obligation d'information concernant l'intervention réalisée. Il n'informe que sur l'anesthésie qu'il va délivrer, ses modalités, avantages et risques.

Un livret d'information « stérilisation à visée contraceptive » a été publié par le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports en novembre 2007.

L'échec de la vasectomie (défini par une absence de spermatozoïdes dans le sperme, appelée « azoospermie » ou la survenue d'une grossesse) survient dans moins de 1% des cas, faisant de la vasectomie l'une des méthodes de stérilisation les plus fiables. Les taux de grossesses après vasectomie sont approximativement de 1/800. Les trois causes d'échec sont :

1. L'existence de rapports non protégés avant que le sperme n'ait été stérilisé. Le patient doit être informé de ce risque et de la nécessité de réaliser des spermogrammes jusqu'à obtention d'une azoospermie. Après vasectomie, il est souvent nécessaire d'attendre 20 éjaculats pour voir disparaître les spermatozoïdes de l'éjaculation. La réalisation d'un spermogramme de contrôle post-chirurgie est donc nécessaire pour s'assurer du succès de la procédure. L'obligation d'en informer le patient incombe ici encore au seul chirurgien qui a réalisé le geste opératoire.
2. Le non-respect de la procédure chirurgicale : les taux d'échec sont généralement plus bas quand la vasectomie est réalisée par un chirurgien expérimenté. En cas d'échec, l'examen anatomo-pathologique permet d'attester que les 2 déférents ont bien été sectionnés.

3. La reperméabilisation spontanée, précoce ou tardive, des canaux déférents.

La stérilisation masculine dans un but contraceptif par vasectomie, reste une décision importante dans la vie d'un homme. Une documentation sur ses avantages et inconvénients est donc essentielle afin de prendre une décision éclairée.

Cet article a été rédigé avec l'aide du Dr Davody, **Chirurgien Urologue**.

Plus d'informations sur l'opération de la vasectomie sur le site du Dr Davody (<https://urologie-davody.fr/>)