LA VASECTOMIE

Est-ce le bon choix pour moi ?

Un outil d'aide à la décision

Avez-vous besoin d'un outil d'aide pour prendre la décision d'avoir recours à la vasectomie ?

La décision d'avoir ou non une vasectomie comme méthode contraceptive peut être un choix difficile à faire pour beaucoup d'hommes étant donné la nature permanente de la méthode et la nécessité d'avoir recours à la chirurgie. Cet outil d'aide à la décision vous informe et vous guide si vous n'êtes pas certain que la vasectomie soit la meilleure option pour vous.

Remplissez d'abord le questionnaire suivant pour déterminer si cet outil d'aide à la décision peut être utile dans votre cas.

1. Savez-vous ce qu'est une vasectomie ?	☐ Oui	☐ Non
2. Connaissez-vous les autres options disponibles en matière de contraception ?	☐ Oui	☐ Non
3. Connaissez-vous les avantages et les désavantages (effets secondaires et complications) de la vasectomie comparativement à ceux des autres méthodes de contraception les plus populaires ?	☐ Oui	☐ Non
4. Êtes-vous certain du nombre d'enfans que vous désirez ?	☐ Oui	☐ Non
5. Êtes-vous certain que vous voulez devenir stérile une fois pour toute ?	☐ Oui	☐ Non
6. Est-ce que vous avez pensé ce qui est le plus important pour vous : la permanence, les effets secondaires ou les complications de la méthode de contraception ?	☐ Oui	☐ Non
7. Recevez-vous assez de support et de conseils de la part de votre conjointe (si applicable) ou de vos proches pour faire le choix d'avoir une vasectomie?	☐ Oui	☐ Non
8. Votre choix d'avoir une vasectomie est-il fait sans pression de la part de votre conjointe (si applicable) ou de vos proches ?	☐ Oui	☐ Non

Si vous avez répondu « **OUI** » à **TOUTES** les questions, il semble que votre décision d'avoir une vasectomie est claire. Cet outil d'aide à la décision ne vous sera probablement pas utile.

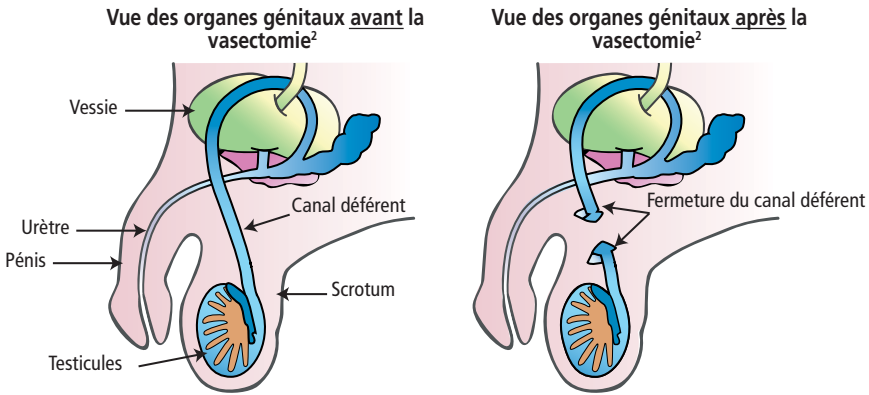
Si vous avez répondu « **NON** » à une ou plusieurs questions, cet outil d'aide peut être utile pour vous.

Cet outil d'aide vous guidera étape par étape à prendre la meilleure décision pour vous. Vous pourrez d'abord vous informer sur la vasectomie et ensuite tester vos connaissances, puis l'outil vous permettra de comparer la vasectomie à d'autres méthodes contraceptives populaires. Vous serez enfin amené à réfléchir à ce qui est le plus important pour vous, au soutien que vous recevez et au rôle que vous voulez jouer dans cette prise de décision. Cette démarche devrait vous aider à définir si la vasectomie est le meilleur choix contraceptif pour vous.

Étape 1 : Élargissez vos connaissances sur la vasectomie*

Qu'est-ce que la vasectomie ?

La vasectomie est une méthode de stérilisation masculine définitive. C'est une opération mineure qui est pratiquée sous anesthésie locale dans le bureau du médecin et dure environ 10 minutes.[1] Elle consiste à couper et bloquer les canaux déférents qui transportent les spermatozoïdes à partir des testicules.



La vasectomie se fait en trois temps :

1. L'anesthésie locale

Une anesthésie locale peut être faite à l'aide d'une injection ou d'une technique récente « d'engourdissement » sans aiguille par un jet sous pression.[3] Quelle que soit la technique pour « geler », la douleur ressentie au moment de l'anesthésie est minime. Une fois que l'anesthésie est faite, les hommes n'ont généralement pas de douleur ou ressentent tout au plus un léger malaise durant la vasectomie. À moins d'une circonstance spéciale, la vasectomie ne devrait jamais se faire sous anesthésie générale (se faire endormir).

2. Sortir les canaux déférents à l'extérieur du scrotum

Il existe deux approches pour sortir les canaux hors du scrotum. La technique classique consiste à faire deux incisions sur le scrotum et à refermer les ouvertures avec des points de suture. La technique sans bistouri est réalisée avec deux instruments spécifiques pour faire une seule incision qui ne nécessite pas de points de suture. Les études ont montré que cette dernière technique permet de diminuer le risque de complications reliées à l'intervention chirurgicale (moins de saignement et d'infection).[4]

3. Bloquer et couper les canaux déférents

Il existe plusieurs techniques pour bloquer le passage des spermatozoïdes. Les techniques les plus souvent utilisées sont : la ligature du canal avec des agrafes métalliques ou des sutures, la cautérisation (brûlure) du canal et l'interposition du fascia (mettre des tissus entourant le canal entre les bouts coupés de celui-ci). Le médecin peut également couper et enlever un bout du canal.

La cautérisation combinée à la vasectomie sans bistouri est souvent confondue avec une technique au « laser ». Aucune technique au laser n'est utilisée pour faire la vasectomie.

* Voir annexe A : Glossaire (p. 16) pour la définition des termes.

Quelle est l'efficacité de la vasectomie ?

La vasectomie est une méthode contraceptive très efficace. En moyenne, sur 1000 femmes dont le partenaire a eu une vasectomie, seulement une d'entre elles aura une grossesse la première année après l'opération.[5] L'échec de la vasectomie (besoin de refaire la vasectomie) est habituellement dû à un recollement spontané du canal. Cependant, l'efficacité varie selon les méthodes chirurgicales utilisées. Les études les plus récentes suggèrent que la technique la plus efficace serait la combinaison de la cautérisation (brûlure) du canal et de l'interposition du fascia. Avec cette technique, l'efficacité de la vasectomie serait de moins d'une grossesse sur 1000 femmes.[4] La simple ligature avec des agrafes métalliques ou des sutures combinées à la coupure d'un court segment du canal serait la technique la moins efficace. Les échecs liés à cette technique pourraient être d'environs 7 grossesses sur 1000, un an après l'opération. [7]
La vasectomie n'est pas efficace immédiatement après l'opération puisqu'il reste des spermatozoïdes dans le système éjaculatoire pendant encore 10-12 semaines. Il faut passer un spermogramme (test de sperme) environ 2 à 3 mois après l'opération pour confirmer l'absence de spermatozoïdes dans le sperme. Il est donc important d'utiliser une autre méthode de contraception tant que la stérilité n'est pas confirmée.[1]

Que se passe-t-il après la vasectomie ?

Après la vasectomie, les spermatozoïdes continuent d'être produits, mais ils meurent et sont réabsorbés par l'organisme. Un nouvel équilibre se fait entre la quantité de spermatozoïdes produits et ceux qui sont réabsorbés. Comme la vasectomie est une intervention chirurgicale mineure, il est possible de continuer ses activités habituelles, mais en prenant quelques précautions.

Conseils pratiques :

- La majorité des médecins conseillent de couvrir la région génitale avec un sac de glace (20 à 30 minutes à deux ou trois reprises) pendant les premières 24 heures pour éviter ou diminuer le gonflement et la douleur.
- La douche est habituellement permise dès le lendemain après avoir enlevé le pansement, alors que le bain est permis 48 heures après la vasectomie. Vous pouvez couvrir le petit trou à la peau avec un diachylon.
- Les efforts physiques importants tels que les sports sont à éviter pendant les 5 à 7 jours après l'opération.
- Les relations sexuelles peuvent être reprises 4 à 5 jours après l'intervention.

La vasectomie n'a aucune répercussion sur la virilité et la puissance sexuelle, car cette méthode n'empêche pas la production d'hormones mâles. Le fait qu'elle rassure l'homme sur l'absence de risque de grossesse peut même avoir des effets positifs sur l'expression de sa sexualité. Donc, la vasectomie n'affectera en rien la libido, l'érection, la jouissance, la sensibilité et l'éjaculation (rappelons que les spermatozoïdes ne forment que 2 à 3 % de ce que vous éjaculez).[1]

La vasectomie ne cause pas non plus de maladies cardiovasculaires, de cancer de la prostate ou de cancer du testicule. [1]

Quelles sont les complications possibles ?

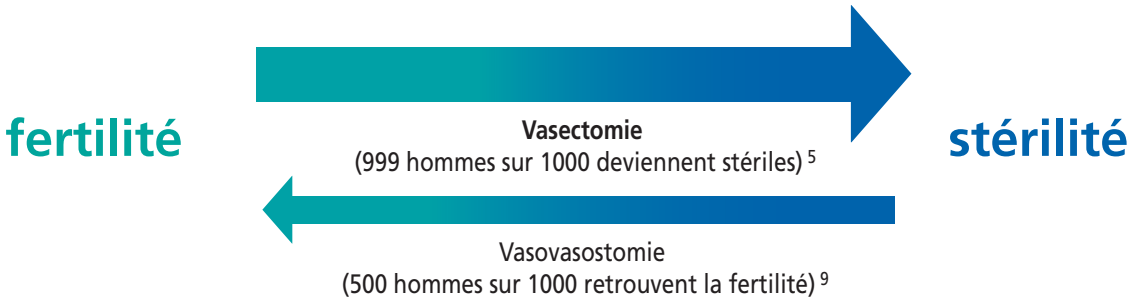
Le scrotum peut enfler de façon modérée et prendre une coloration bleutée. Ceci est normal à moins que l'enflure devienne importante (l'apparition d'un "troisième testicule"). La coloration disparaîtra dans 7 à 15 jours. S'il y a des douleurs, elles sont soulagées par un analgésique comme l'acétaminophène (Tylénol®, Atasol®) et devraient diminuer après 3 ou 4 jours.

La vasectomie, spécialement lorsque la technique sans bistouri est utilisée, est considérée comme une opération très sécuritaire. Malgré tout, comme toute opération, certaines complications peuvent survenir [4] :

- Une petite boule de sang qui se forme près d'un testicule (hématome), chez un patient sur cent (1%). Il amènera un peu de douleur pour quelques jours et ne nécessite aucun traitement particulier à moins qu'il ne soit très gros ;
- Une infection (environ 1%) et amène de la rougeur sur la peau, de la douleur et de l'enflure. On la traite généralement facilement avec un antibiotique par voie orale (en pilule) ;
- Un malaise aux testicules (épididymite congestive). Cette complication survient chez environs 5 hommes sur 100 (5 %). Elle crée une pression dans le testicule qui dure généralement quelques jours et se traite facilement avec des anti-inflammatoires et de la glace.
- Un nodule cicatriciel douloureux sur le canal ou une petite boule remplie de spermatozoïdes (granulome) se rencontre chez moins de un patient sur 100 (1 %) ;
- Une douleur chronique survient chez 1 patient sur 1000 (0,1%).

La vasectomie est-elle réversible ?

La vasectomie doit être considérée comme une méthode de contraception définitive. Il existe une technique de reconstruction des canaux déférents qui permet un retour à la fertilité. Cette intervention s'appelle la vasovasostomie. Il ne s'agit pas d'une chirurgie mineure. Elle nécessite une anesthésie générale ou une épidurale et dure plus de deux heures. De plus, son efficacité est limitée. Environ la moitié des hommes, seulement, auront un enfant suite à cette intervention et son efficacité diminue avec le temps écoulé depuis la vasectomie.



À qui s'adresse la vasectomie ?

La vasectomie convient à la plupart des hommes et des couples qui sont décidés à ne plus jamais avoir d'enfants et qui ne peuvent pas ou ne veulent plus utiliser d'autres méthodes de contraception. Ainsi, un homme peut décider d'avoir une vasectomie dans le cas où :

- il a un nombre d'enfants qu'il considère suffisant ;
- il désire une méthode contraceptive permanente ;
- il désire s'occuper de la planification familiale plutôt que de laisser cette préoccupation à sa partenaire ;
- il ne veut pas transmettre de maladies génétiques à ses enfants.

Certaines situations sont associées à un plus grand risque de regret et à la tentative de retrouver sa fertilité par une vasovasostomie. Vous devriez bien réfléchir avant d'avoir recours à une vasectomie si :

- votre conjointe est enceinte (risque de mort du nouveau-né lors de l'accouchement ou dans les semaines suivantes) ;
- vous avez un enfant âgé de moins de 1 an (au Canada, le risque de mort subite du nourrisson est d'environ 1 sur 2000 nourrissons)[10] ;
- vous vivez des conflits au sein de votre couple ou une situation de divorce (vous pouvez rencontrer une autre femme avec qui vous voudriez avoir des enfants) ;
- vous vivez des situations psychologiques ou financières difficiles.

Étape 2 : Testez vos connaissances sur la vasectomie

Cochez la meilleure réponse.

Vrai ou faux ?

1. La vasectomie doit être considérée comme une méthode de contraception permanente.

   ☐ **Vrai** ☐ **Faux** ☐ **Je ne sais pas**

2. La vasectomie nécessite une anesthésie générale (se faire endormir) à l'hôpital.

   ☐ **Vrai** ☐ **Faux** ☐ **Je ne sais pas**

3. Après une vasectomie, un couple doit utiliser une autre méthode de contraception pendant environ 3 mois, jusqu'à ce qu'un test de sperme ait confirmé la stérilité de l'homme.

   ☐ **Vrai** ☐ **Faux** ☐ **Je ne sais pas**

4. Sur 1000 hommes qui ont une vasovasostomie (opération pour retrouver la fertilité après une vasectomie), environ 800 auront un autre enfant.

   ☐ **Vrai** ☐ **Faux** ☐ **Je ne sais pas**

Si vous avez manqué une ou plusieurs questions, il est conseillé de retourner lire l'information à l'étape 1 « Élargissez vos connaissances ». Vous pourrez ensuite passer à l'étape 3 « Comparez la vasectomie à d'autres méthodes contraceptives populaires ».

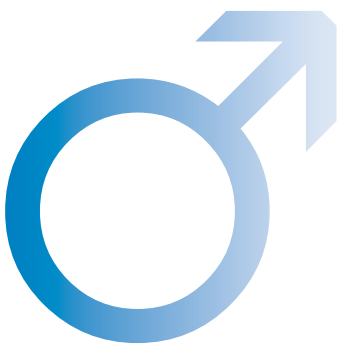
Réponses au test de connaissances :
1. Vrai ; 2. Faux ; 3. Vrai ; 4. Faux

Étape 3 : Comparez la vasectomie à d'autres méthodes contraceptives souvent utilisées

Quelles sont les méthodes contraceptives disponibles ?[5]

Chez l'HOMME

- ♂ Stérilisation masculine* (vasectomie)
- ♂ **Préservatif/condom masculin***
- ♂ **Coït interrompu*** (retrait avant l'éjaculation)



Chez la FEMME

- ♀ Stérilisation féminine* (ligature des trompes)
- ♀ Injection de Depo-Provera®
- ♀ Stérilet (Mirena, Nova T)®*
- ♀ **Contraceptifs oraux*** (la « pilule »)
- ♀ Timbre contraceptif (Evra)®
- ♀ Anneau contraceptif (NuvaRing)®
- ♀ Préservatif/condom féminin
- ♀ Diaphragme, cape cervicale, Bouclier Lea
- ♀ Mousse, gelée, éponge spermicide
- ♀ **Abstinence périodique*** (calendrier, symptothermique, méthode Billings)

Ordre par niveau d'efficacité.

* Méthodes les plus souvent utilisées[11]

Quelles sont l'efficacité et les complications des méthodes de contraception le plus souvent utilisées ?

	Contraception permanente (stérilisation)		Contraception réversible				
	♂ **Vasectomie**	♀ **Ligature des trompes**	♂ **Condom masculin**	♂ **Coït interrompu**	♀ **Contraceptifs oraux**	♀ **Stérilet**	♀ **Abstinence périodique**
Efficacité grossesse par 1 000 femmes[5]	1/1000	5/1000	150/1000	250/1000	80/1000	13/1000 Nova T 1/1000 Mirena	250/1000
Complications graves**	Aucune	Jusqu'à 20 femmes sur 1000 auront[12] : • des saignements • une blessure aux organes internes • des complications graves liées à l'anesthésie	Aucune	Aucune	1 femme sur 1000 aura : un problème grave au niveau cardio-vasculaire[13,14,15]	Perforation utérine dû à l'incertion du stérilet (6/10 000)	Aucune
Complications mineures	Jusqu'à 50 hommes sur 1000 auront[4] : • une infection (1/100) • des saignements (1/100) • un granulome* (1/100) • une épididymite congestive* (5/100) • des douleurs chroniques (qui persistent)(1/1000)	Jusqu'à 10 femmes sur 1000 auront[12] : • une infection • des saignements • une perforation utérine	80 à 120 personnes sur 1000 travaillant dans le domaine de la santé et 10 à 60 personnes sur 1000 dans la population générale ont une allergie au latex.[19]	Aucune	4 à 50 femmes sur 1000 feront de l'hypertension artérielle[16,17] Effets secondaires à fréquence variable : saignements irréguliers, maux de tête, crampes abdominales, nausées, perte ou gain de poids, étourdissements[18]	Plus de 50 femmes sur 1000 feront de l'hypertension artérielle[26] Effets secondaires à fréquence variable : saignements irréguliers, maux de tête, douleurs aux seins, crampes abdominales, nausées (rares)	Aucune
Mortalité	Négligable[12]	1 femme sur 1000[20] dont environ la moitié suite à l'anesthésie générale[12]	Négligeable	Aucune	1 femme sur 100 000 décèdera suite à des complications cardiovasculaires[13]	Négligeable	Aucune
Regret	70 à 100 hommes sur 1000[21,22,23,24]	20 à 130 femmes sur 1000[25]	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun

* Voir Glossaire (p.16) pour la définition des termes.

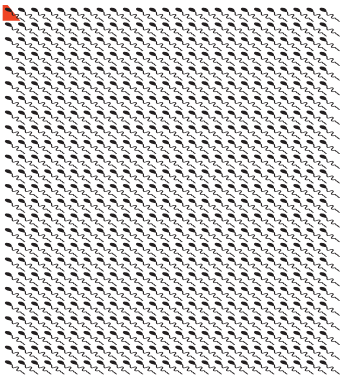
** Grossesses en dehors de l'utérus : 2-3 pour 100 grossesses.

Les graphiques suivants vous aideront à mieux visualiser l'efficacité des méthodes de contraception les plus utilisées chez 1000 personnes pendant une année d'utilisation.

1 spermatozoïde ( ) représente 2 personnes

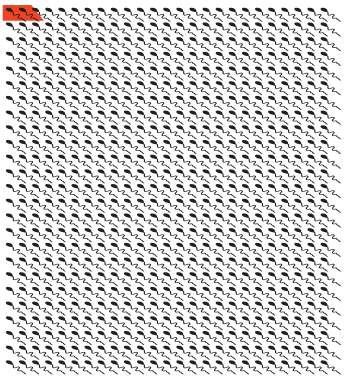
VASECTOMIE

Grossesse
1/1000



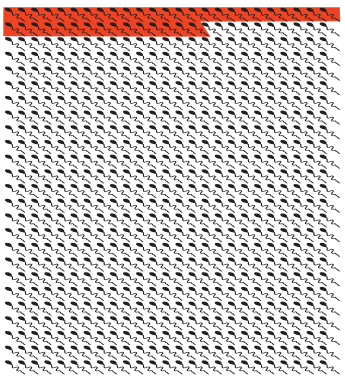
LIGATURE DES TROMPES

Grossesse
5/1000



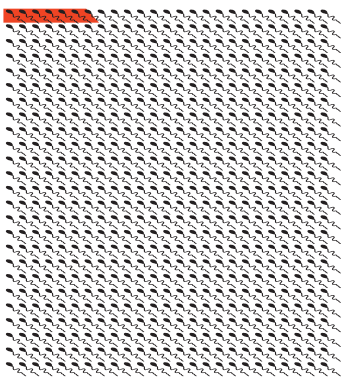
CONTRACEPTIFS ORAUX

Grossesse
80/1000



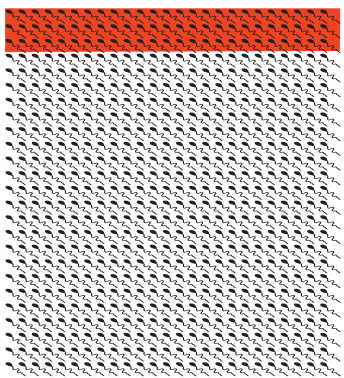
STÉRILET

Grossesse
13/1000 Nova T
1/1000 Mirena



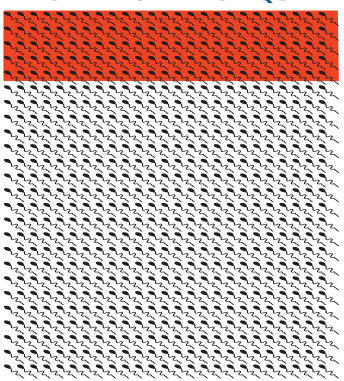
CONDOM MASCULIN

Grossesse
150/1000



COÏT INTERROMPU[+] ABSTINENCE PÉRIODIQUE[++]

Grossesse
[+]250/1000
[++]250/1000



Étape 4 : Réfléchissez à ce qui est le plus important

Les questions suivantes portent sur les différentes caractéristiques des méthodes contraceptives les plus utilisées. Vos réponses devraient vous aider à identifier ce qui est le plus important pour vous et les méthodes correspondant le plus à vos valeurs.

1. Efficacité d'une méthode contraceptive
   Je désire que l'efficacité de ma méthode contraceptive soit :

   ☐ **Très élevée**
   vasectomie, ligature des trompes, stérilet Mirena

   ☐ **Élevée**
   contraceptifs oraux, stérilet Nova T

   ☐ **Moyenne**
   condom masculin

   ☐ **Faible**
   abstinence périodique, coït interrompu

   ☐ **Absente**
   aucune méthode

2. Complications liées à une méthode contraceptive
   Je suis prêt à accepter pour moi ou ma conjointe les complications suivantes associées à ma méthode contraceptive :

   ☐ **Aucune**
   abstinence périodique, coït interrompu

   ☐ **Complications mineures**
   vasectomie, condom masculin, stérilet

   ☐ **Complications graves**
   ligature des trompes, contraceptifs oraux

3. *Possibilité de regret liée à la stérilisation versus une méthode contraceptive réversible :*

   ☐ **Oui**
   vasectomie, ligature des trompes

   ☐ **Non**
   contraceptifs oraux, condom masculin, abstinence périodique, coït interrompu

4. Chirurgie/anesthésie liée à une méthode contraceptive
   Je suis prêt à accepter pour moi ou ma conjointe le recours à une méthode contraceptive qui nécessite une chirurgie avec anesthésie :

   ☐ **Aucune chirurgie**
   contraceptifs oraux, condom masculin, abstinence périodique, coït interrompu, stérilet

   ☐ **Anesthésie locale**
   vasectomie

   ☐ **Anesthésie générale**
   ligature des trompes

5. *Je suis prêt à accepter de ne plus avoir d'enfants quelque soit ma situation future (décès d'un enfant ou nouvelle conjointe) :*

   ☐ **Oui**

   ☐ **Non**

6. Permanence vs réversibilité d'une méthode contraceptive
Je désire que ma méthode contraceptive soit :

☐ **Permanente**
vasectomie, ligature des trompes

☐ **Réversible**
contraceptifs oraux, condom masculin, abstinence périodique, coït interrompu, stérilet

7. Coûts d'une méthode contraceptive
En choisissant une méthode contraceptive, les coûts à long terme que je suis prêt à accepter sont :

☐ **Aucun**
abstinence périodique, coït interrompu

☐ **Faibles**
vasectomie, ligature des trompes, stérilet

☐ **Élevés**
condom masculin, contraceptifs oraux

8. Protection contre les ITS et le virus du SIDA
Je désire que ma méthode contraceptive puisse me protéger contre les ITS et le virus du SIDA :

☐ **Oui**
condom masculin

☐ **Non**
vasectomie, ligature des trompes, contraceptifs oraux, abstinence périodique, coït interrompu, stérilet

9. Contraintes d'utilisation
J'accepte que ma méthode contraceptive soit difficile à utiliser :

☐ **Non**
vasectomie,
ligature des trompes,
stérilet

☐ **Oui**
condom masculin : *porté à chaque relation et mis en place durant la relation sexuelle*
contraceptifs oraux : *prise quotidienne d'une pilule*
abstinence périodique : *limite les relations sexuelles aux périodes fertiles et nécessite que la femme connaisse bien son corps*
coït interrompu : *nécessite que l'homme connaisse bien son corps pour interrompre la relation sexuelle en cours de route*

En analysant vos réponses et les méthodes contraceptives qui s'y rapportent :

- Si la vasectomie est votre solution en réponse à la majorité des critères, il s'agit peut-être d'une bonne méthode de contraception pour vous.
- Si la vasectomie n'est pas la solution à la majorité des critères ou si vous choisissez une autre méthode de manière répétitive, la vasectomie n'est peut-être pas le meilleur choix pour vous.

Étape 5 : Réfléchissez au soutien que vous recevez et à votre rôle dans le processus décisionnel

Avez-vous discuté de la vasectomie avec votre conjointe ?	☐ Oui	☐ Non
Avez-vous discuté de la vasectomie avec d'autres personnes ?	☐ Oui	☐ Non
Ma conjointe et/ou ces personnes me conseillent-elles la vasectomie ?	☐ Oui	☐ Non
Ma conjointe et/ou ces personnes exercent-elles une pression sur moi ?	☐ Oui	☐ Non
Ma conjointe et/ou ces personnes me supportent-elles dans ma décision ?	☐ Oui	☐ Non

Précisions : _____

Quel rôle aimeriez-vous jouer personellement concernant la décision d'avoir ou non une vasectomie ?

☐ Je préfère choisir seul après avoir considéré l'opinion d'autres personnes.

☐ Je préfère partager ma décision avec _____

☐ Je préfère qu'une autre personne prenne la décision à ma place.

Cette personne est : _____

Étape 6 : Êtes-vous prêt à faire votre choix ?

Suite à ma réflexion, j'arrive à la conclusion suivante :

- ☐ Je suis certain que la vasectomie est la meilleure méthode de contraception dans mon cas.
- ☐ Je suis certain que la méthode de contraception suivante est la meilleure dans mon cas :
  - ☐ Condom masculin
  - ☐ Coït interrompu
  - ☐ Ligature des trompes
  - ☐ Contraceptifs oraux
  - ☐ Stérilet
  - ☐ Abstinence périodique
  - ☐ Autre
- ☐ Je ne suis pas certain de la meilleure méthode de contraception dans mon cas, mais je penche vers l'option suivante :

_____

_____

_____

_____

➡ Si vous n'êtes pas certain de votre décision, poursuivez à la page 14 et 15 pour réfléchir à ce qui rend votre décision difficile et aux moyens pour répondre à vos besoins.

Si vous n'êtes pas certain de la meilleure méthode de contraception pour vous, le tableau suivant peut vous aider à cibler ce qui rend votre décision difficile et vous suggérer des moyens pour répondre à vos besoins. Cochez ce qui s'applique à vous.

Ce qui rend ma décision difficile	Ce que je suis prêt à faire
☐ Pas assez d'information sur les autres méthodes contraceptives et sur leurs avantages et leurs désavantages.	☐ Dresser une liste de mes questions. ☐ Dresser une liste des ressources que je peux utiliser pour trouver l'information désirée (ex. : professionnel de la santé, Internet, etc.).
☐ Pas assez d'information sur la probabilité que des évènements considérés comme des avantages ou des désavantages de la vasectomie surviennent dans mon cas.	☐ Demander l'avis de mon professionnel de la santé sur la probabilité que les évènements qui représentent un avantage ou un désavantage surviennent dans mon cas.
☐ Pas certain du nombre d'enfants que je veux avoir.	☐ Discuter du nombre d'enfants désiré avec ma conjointe.
☐ Pas certain quels avantages ou désavantages sont les plus importants pour moi (par exemple, le désir de ne plus avoir d'enfans versus la « peur » de l'intervention chirurgicale).	☐ Discuter avec mon professionnel de la santé de la décision des autres hommes d'avoir la vasectomie. ☐ Lire les témoignages faits par d'autres hommes qui ont eu à décider d'avoir la vasectomie (ex. sur Internet). Quel témoignage ressemble le plus à ma situation ? ☐ Parler avec des hommes qui ont eu à décider d'avoir la vasectomie. Ces personnes sont : _____ _____

☐ Manque de soutien ou de ressources.	☐ Dresser une liste des ressources ou de l'aide dont j'ai encore besoin. ☐ Demander l'avis d'un professionnel de la santé ou d'une personne en qui j'ai confiance. Cette personne est : _____. ☐ Amener quelqu'un avec moi lors de mes rendez-vous médicaux ou séances d'informations pour prendre des notes.
☐ Pression de la part de mon entourage pour prendre une décision spécifique.	☐ Partager mes réponses et mes réflexions suscitées par cet outil d'aide à la décision avec d'autres personnes. Ces personnes sont : _____ _____. ☐ Demander aux personnes de mon entourage d'utiliser cet outil d'aide à la décision. Identifier les sections où nous sommes d'accord et celles où nous avons des opinions différentes (les gens sont habituellement d'accord sur les faits, mais diffèrent sur ce qui compte le plus pour eux). Ce sont les valeurs de la personne affectée par la décision qui comptent le plus. ☐ Trouver une personne « neutre » pour m'aider à trouver des solutions aux désaccords que j'ai avec les personnes de mon entourage.
☐ Autres facteurs qui rendent cette décision difficile.	☐ Dresser une liste de tout ce dont j'ai encore besoin pour m'aider à prendre la décision face à la vasectomie.

Partagez vos réponses avec votre médecin

Il est conseillé de partager vos réflexions et vos opinons sur les différentes méthodes contraceptives avec votre médecin. Celui-ci pourra vous conseiller et répondre à des questions additionnelles que vous pourriez avoir si vous choisissez la vasectomie. Il pourra aussi vous référer à un médecin qui pratique cette intervention chirurgicale.

Annexe A : Glossaire

Bistouri : petit couteau chirurgical servant à faire des incisions dans la chair.

Canal déférent : canal qui conduit le sperme des testicules jusqu'au pénis.

Épididyme : organe en forme de croissant situé sur la partie supérieure et postérieure du testicule, recueillant les spermatozoïdes qui proviennent du testicule et les déversant par le canal déférent.

Épididymite congestive : gonflement douloureux de l'épididyme.

Épidurale : anesthésie au niveau de la colonne vertébrale qui enlève toute sensation au niveau du bassin et des jambes sans endormir le patient.

Fertilité : possibilité pour un homme ou une femme de concevoir un enfant.

Granulome : petit nodule, parfois douloureux, sur le canal causé par l'accumulation de sperme.

Ligature des trompes : intervention chirurgicale chez la femme. Elle consiste à bloquer le passage de l'ovule à travers les trompes de Fallope pour la rendre stérile.

Maladie cardiovasculaire : maladie du cœur et des vaisseaux sanguins.

ITS : infections transmisibles sexuellement.

Scrotum : sac contenant les testicules.

Spermogramme : examen de laboratoire qui analyse la composition du sperme et détecte la présence de spermatozoïdes.

Stérilisation : intervention chirurgicale suite à laquelle un homme ou une femme ne peut plus avoir d'enfants.

Stérilité : impossibilité pour un homme ou une femme de concevoir un enfant.

Vasovasostomie : technique microchirurgicale par laquelle les canaux déférents sont reconnectés pour permettre à nouveau le passage des spermatozoïdes chez les hommes qui ont eu la vasectomie.

NOTE :

Bibliographie

[1] Labrecque M. Vasectomie sans bistouri. 2002. Mise à jour le 01/11/2005, consulté le 27/03/2007. Disponible à partir de: http://www.vasectomie.net.

[2] Image adaptée de World Health Organization. La vasectomie: ce que les agents de santé doivent savoir. Première partie: Comment la vasectomie agit-elle? Figure 1. Family planning Departement of Reproductive Health and Research. 1994. Consulté le 02/03/2007. Disponible à partir de: http://web.archive.org/web/20060321012432/www.who.int/reproductive-health/publications/French_FPP_94_3/FPP_94_3_chapter1.fr.html.

[3] Weiss RS, Li PS. No-needle jet anesthetic technique for no-scalpel vasectomy. J Urol 2005;173:1677-80.

[4] Labrecque M, Dufresne C, Barone MA, St-Hilaire K. Vasectomy surgical techniques: a systematic review. BMC Med 2004;2:21.

[5] Hatcher RA, Trussel J, Stewart F, Nelson AL, Cates WJr, Guest F, et al. Contraceptive Technology.18th Revised Edition. New York: Ardent Media Inc; 2004.

[6] Wang D. Contraceptive failure in China. Contraception 2002;66(3):173-178.

[7] Nazerali H, Thapa S, Hays M, Pathak LR, Pandey KR, Sokal DC. Vasectomy effectiveness in Nepal: a retrospective study. Contraception 2003;67:397–401.

[8] Hieu DT, Luong TT, Anh PT, Ngoc DH, Duong LQ. The acceptability, efficacy and safety of quinacrine non-surgical sterilization (QS), tubectomy and vasectomy in 5 provinces in the Red River Delta, Vietnam: a follow-up of 15,190 cases. Int J Gynaecol Obstet 2003;83(Suppl 2):S77–85.

[9] Schwingl PJ, Guess HA. Safety and effectiveness of vasectomy. Fertil Steril 2000;73(5):923-36.

[10] Rusen ID, Liu S, Sauve R, Joseph KF, Kramer MS.La mort subite du nourrisson au Canada : tendances relatives aux taux et aux facteurs de risque,1985-1998. Agence de santé publique du Canada. 2004 ;25(1). Consulté le 21/04/2007. Disponible à partir de: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/25-1/a_f.html.

[11] Black A, Francoeur D, Rowe T. Consensus canadien sur la contraception, partie 1. Directives cliniques de la SOGC. J SOCG 2004;143:158-174. Consulté le 21/04/2007. Disponible à partir de: http://www.sogc.org/guidelines/public/143F-CPG1-Fevrier2004.pdf.

[12] Hendrix NW, Chauhan SP, Morrison JC. Sterilization and its consequences. Obstet Gynecol Surv 1999;43:766.

[13] Farmer RDT, Lawrenson RA, Todd J-C, Williams TJ, MacRae K. New epidemiological studies. Oral contraceptives and venous thromboembolic disease. Analyses of the UK General Practice Research Database and the UK MediPlus Database. Hum Reprod Update 1999;5:688-706.

[14] Gillium LA, Mamidipudi SK, Johnston SC. Ischemic stroke risk with oral contraceptives. A meta-analysis. JAMA 2000;284:72-8.

[15] Burkman R, Schlesselman JJ, Zieman M. Safety concerns and health benefits associated with oral contraception. Am J Obstet Gynecol 2004;190(4 Suppl):S5-22.

[16] Chasan-Taber L, Willett WC, Manson JE, Spiegelman D, Hunter DJ, Curham G, et al. Prospective study of oral contraceptives and hypertension among women in the United States. Circulation 1996;94:482-9.

[17] Woods JW. Oral contraceptives and hypertension. Hypertension 1988;11(3 Pt 2):II 1 1-5.

[18] Medline Plus. Drug Information. Estrogens and Progestins Oral Contraceptives (Systemic). Consulté le 17/04/2007. Disponible à partir de: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/medmaster/a601050.html.

[19] National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Preventing allergic reactions to natural rubber latex in the workplace. (DHHS Publication No. 97–135). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

[20] Varma R, Gupta JK. Failed sterilization: evidence-based review and medico-legal ramifications. BJOG 2004;111:1322-32.

[21] Holden CA, McLachlan RI, Cumming R, Wittert G, Handesman DJ, de Krester DM, et al. Sexual activity, fertility and contraceptive use in middle-aged and older men: Men in Australia, Telephone Survey (MATeS). Human Reprod 2005;Advance Access published September 19.

[22] Miller WB, Shain RN, Pasta DJ. The pre-and poststerilization predictors of poststerilization regret in husbands and wives. J Nerv Ment Dis 1991;179:602-8.

[23] Pitaktepsombati P, Janowitz B. Sterilization acceptance and regret in Thailand. Contraception 1991;44:623-37.

[24] Rungby JA, Dahl HB, Krogh J, Kvist E. Vasectomy: who regret it and why? Ugeskr Laeger 1994;156:2377-80.

[25] Chi IC, Jones DB. Incidence, risk factors, and prevention of poststerilization regret in women: an updated international review from an epidemiological perspective. Obstet Gynecol Surv 1994;49;722-32.

[26] Service d'information en contraception et sexualité de Québec. Consulté le 17/04/2007. Disponible à partir de: http://www.sicsq.org/contraception/contraDIU.htm#action.

Figure de la page couverture tirée de: http://www.marinurology.com/handler.cfm?event=practice,template@se=/&cpid=11366&cpid=11366&ppe=Abstract%20%2D%20vasectomy.

Éditeurs du contenu :

Michel Labrecque MD, PhD, professeur titulaire, Département de médecine familiale, Université Laval
France Légaré MD, PhD, professeur agrégée, Département de médecine familiale, Université Laval
Ioana Plesu, étudiante en médecine, Faculté de médecine, Université Laval
Alexandra-Cristina Paunescu, étudiante en épidémiologie, Faculté de médecine, Université Laval

Comité de révision :

Nadine Allain-Boulé MSc, MBA ; Édith Guilbert MD, MSc ; Sylvain Ouellet MSc, technopédagogue; Dawn Stacey RN, PhD ; Michel Thabet MD

Fonds : Unité de recherche évaluative de l'Hôpital Saint-François-d'Assise, Québec, (Qc), Canada

Le format est basé sur le Guide personnel pour la prise de décision de l'équipe d'Ottawa
© O'Connor, Stacey, Jacobsen, 2004 et les International Patient Decision Aid Standards, 2005..

Date : 3 mai 2007
Prochaine mise à jour prévue : 2010

© Labrecque, Légaré, Plesu, Paunescu, 2007

uOttawa
L'Université canadienne
Canada's university

CHUQ
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC

UNIVERSITÉ LAVAL