

# Contribution n°2

## du groupe de réflexion éthique de l'Adapeila

Analyse d'une situation de  
contraception définitive au regard  
des principes éthiques

INTRODUCTION .....	3
LA SITUATION PRÉSENTÉE.....	6
1 La contribution .....	6
2 Interrogations et enjeux éthiques identifiés au sein du GREA.....	7
3 Un contexte et une histoire sensible sur le sujet de la contraception définitive .....	7
3.1 Le contexte réglementaire .....	7
3.2 Le contexte historique .....	8
3.3 Quand L'ONU dénonce .....	8
LA DISCUSSION SELON LES PRINCIPES DE BEAUCHAMP ET CHILDRESS .....	10
1 Le principe de respect de l'autonomie.....	10
1.1 Respecter l'autonomie et ses méprises .....	10
1.2 La personne et le consentement à ce soin .....	10
1.3 Le consentement de la personne était-il libre ? .....	11
1.4 La validité du consentement de la personne .....	12
2 Le principe de Bienfaisance.....	12
2.1 Quelle bienfaisance et quels bénéfices selon les professionnels ? .....	13
2.2 Une indication médicale qui repose sur des présupposés .....	13
2.3 Le médecin peut-il reconnaître la capacité de savoir ce qui est bien pour elle ?.....	14
2.4 La Bienfaisance : pilier de la circulaire du 5 juillet 2021 .....	15
3 Le principe de non-malfaisance .....	16
3.1 Une balance bénéfico-risque .....	16
3.2 Respect des droits et de l'intégrité en cas de contraception définitive .....	16
3.2.1 La place de la consultation d'éthique clinique dans la réflexion .....	17
3.2.2. La clause de conscience .....	17
3.3 L'absence de rétroaction possible et son caractère définitif.....	18
4 Le principe de Justice .....	19
4.1 Enjeu d'accessibilité .....	19
4.2 La place de la norme en promotion de la santé sexuelle. ....	19
4.3 La place de la contraception définitive chez les hommes et les femmes.....	20
4.4 Notion de Liberté .....	21
Conclusion.....	21
Bibliographie .....	22

Cette contribution a été travaillée en séances de l'année 2025. Elle a été soumise à la relecture du Groupe de Réflexion Ethique de l'Adapeila du 15 novembre 2025, date à laquelle elle a été validée.

Cette version se veut à destination des professionnels de l'Adapeila et également du grand public. Elle est disponible sur le site <https://adapeila.fr/>.



## INTRODUCTION

Nous nous appuyons sur les 4 principes éthiques de Beauchamp et Childress qui sont le respect de l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice [\(1\)](#).

Le principe de Respect de l'autonomie s'appuie sur l'évaluation et la considération des capacités de la personne à exercer son autonomie.

- Autonomie au sens étymologique du terme: Auto: auto et nomos : règles : être en capacité de régir ses propres règles. Expression et capacité d'autogouvernance: respect de ses droits, sa capacité propre, sa compréhension.
- Etre autonome, c'est le fait de ne pas être contraint, c'est user d'une capacité d'autorégulation libre, c'est le fait de ne pas être contrôlé par les autres.
- C'est aussi pouvoir agir intentionnellement, c'est être capable de délibérer et d'agir selon ses propres choix, ses propres projets.
- C'est la capacité de prendre ses propres décisions.
- Le respect de l'autonomie impose donc une information claire, compréhensible, adaptée, précise et loyale.
- Les professionnels doivent également s'assurer de la bonne compréhension des informations et du caractère volontaire du choix de la personne.

Le principe de non malfaisance est porté par l'idée et le désir de ne pas faire de mal, ne pas nuire à quelqu'un à travers l'accompagnement comme le soin.

- Ne pas faire le mal
- Primum non nocere « premièrement ne pas nuire »
- Peser les risques et les bénéfices

C'est la juste proportionnalité des accompagnements et des soins : les contreparties liées aux accompagnements ou aux soins ne doivent pas être supérieures aux bénéfices attendus. Il s'agit d'étudier la balance bénéfice-risque.

Le principe de Bienfaisance explore l'idée de favoriser le bien-être de l'autre.

- Vouloir faire le bien
- Agir pour le bien d'autrui
- Agir dans l'intérêt de la personne
- Aider activement, pas seulement éviter de nuire

Il s'agit d'être vigilant avec ce principe de ne pas imposer nos propres représentations, conceptions et normes du bien.

- Il est essentiel de déterminer **ce qui constitue le bien POUR la personne.**



Le principe de Justice (équité) n'est pas la notion de justice dans le cadre juridique (tribunal, droit) mais de la juste redistribution des ressources disponibles (humaines et matérielles).

- Il porte sur l'impératif de réduire les facteurs d'inégalité.
- La personne reçoit les soins, propositions, accompagnements au regard de ses besoins et possibles.
- Les personnes sont traitées de façon équitable.

C'est un principe souvent questionné lors des accompagnements collectifs : répartition des moyens humains, techniques et en termes de temps.

Lors des études de situations, il y a très souvent des tiraillements :

- Autonomie vs bienfaisance
- Bienfaisance vs non-malfaisance
- Intérêt individuel vs justice collective

C'est là que le dilemme apparaît.

Lors d'un dilemme éthique, les principes entrent en tension et semblent en opposition. Le dilemme survient lorsque la situation présente un conflit de valeur, un conflit moral, lorsqu'elle peut sembler aux limites de la loi, qu'elle présente des doutes et incertitudes. La démarche éthique n'a pas vocation à trouver une solution mais est consultée pour analyser tous les versants possibles.

Devant un dilemme éthique, il faut trouver un équilibre entre les principes ou donner préséance à l'un d'eux, tout en sachant qu'on ne peut pas satisfaire pleinement tous les principes en même temps.



Résumé et conclusion concernant l'accompagnement de la demande et de la réalisation d'une contraception définitive chez une personne accompagnée en établissement non médicalisé.

Pour accompagner une personne concernée et sa famille dans une telle démarche :

**1. Associer la personne concernée :**

- S'assurer que la personne dispose d'outils adaptés favorisant son information, sa compréhension et son expression qu'elle dispose d'un espace pour exprimer son avis.
- Utiliser des techniques de CAA (Communication Alternative et Améliorée) tels que des outils visuels (pictogrammes, supports imagés) pour expliciter les étapes et implications de la procédure.
- Permettre à la personne de s'interroger sur ses connaissances concernant la contraception définitive.

**2. Favoriser le dialogue préalable :**

- Organiser des échanges constructifs avec la personne concernée et la famille pour s'assurer qu'ils disposent d'une information éclairée, qu'ils ont connaissance des conséquences possibles, qu'elles soient médicales et psychologiques.
- Adopter une approche préventive dans les échanges autour de la contraception car la discussion peut être plus vaste : santé sexuelle, représentation de la vie intime, affective et sexuelle, antécédents médicaux ou de violences sexuelles.
- Recueillir le travail qui a déjà été réalisé par la personne lors de ses accueils précédents en structures de l'enfance comme celui qui a été réalisé par les proches : place du consentement aux soins, des informations et du choix du traitement.
- Permettre aux acteurs de s'interroger sur leurs propres représentations concernant la contraception définitive.

**3. Collaborer avec les partenaires :**

- Mobiliser le médecin traitant, le psychologue et d'autres professionnels pour éclairer les enjeux.
- Transmettre un écrit professionnel à la personne, son représentant légal et, selon la situation, au juge des tutelles pour garantir que les besoins et intérêts de la personne soient pris en compte.

**4. Sensibiliser sur les alternatives thérapeutiques :**

- S'assurer que la personne, les professionnels et les proches aidants disposent de toutes les informations favorisant le choix de tel ou tel moyen de contraception.
- S'assurer que la personne soit entourée de praticiens ou ressources favorisant son suivi gynécologique ou des moyens contraceptifs adaptés indépendamment des représentations professionnelles ou des proches.
- Garantir tous les moyens possibles pour que la personne puisse accéder à toutes les informations dont elle a besoin : égalité d'accès aux soins et prévenir les risques d'inégalités liées à la situation de handicap.
- Faire confiance au système médical comme juridique qui doivent également garantir et respecter les droits de la personne concernée

**5. Prendre en compte les conséquences :**

- Anticiper et accompagner les suites post-opératoires qu'elles soient physiques, psychologiques et émotionnelles.
- Anticiper un suivi rapproché si cela s'avère nécessaire et s'assurer que la personne puisse être entourée pour aider à la réadaptation (partenaires médicaux, paramédicaux, proches).
- Evaluer et objectiver les besoins pour que la personne puisse vivre le mieux possible les suites de son intervention.



## LA SITUATION PRÉSENTÉE

### 1 La contribution

Le GREA et la consultation d'éthique clinique de Jules Verne ont engagé un partenariat depuis décembre 2023. Ce partenariat permet à un membre du GREA d'assister à une consultation d'éthique clinique lorsque celle-ci concerne une personne en situation de handicap pour apporter ses connaissances des personnes en situation de handicap. Il permet à un membre de la CEC de participer à une réunion du GREA afin d'apporter son expertise sur des sujets telle que la contraception qu'elle soit définitive ou non.

Le GREA a recherché des exemples rencontrés dans la pratique ou dans l'histoire de chacun. Le GREA a travaillé à partir d'une situation rencontrée, alimentée par les expériences vécues de chaque membre. Cette situation relève donc d'une auto-saisine. Les éléments sont anonymisés, approximatifs et rapportés par un professionnel. Il n'y a pas eu la recherche du concours de la personne concernée ni de ses proches. La situation est support à la réflexion et permet de s'interroger sur les enjeux éthiques potentiellement ou possiblement rencontrés. Il s'agissait de trouver une situation d'une personne, habitant d'un établissement médico-social type foyer de vie et qui avait vécu une intervention de contraception définitive.

Une jeune femme diagnostiquée TSA est hébergée en foyer de vie. Elle a une relation depuis plusieurs mois avec un jeune homme. La famille décide un jour d'accompagner cette jeune femme sur une contraception définitive.

La situation a été étudiée au prisme des éléments suivants :

- Le sexe et l'âge de la personne
- Le type de la structure d'accueil
- La situation familiale de la personne
- Son diagnostic médical
- Ses habitudes de vie
- L'information de la proposition de contraception définitive
- Le vécu de l'équipe éducative à l'annonce de cette demande
- Les conséquences post-opératoires, dont des perturbations émotionnelles, des pertes de repères, une altération des comportements
- L'articulation entre les professionnels, les proches aidants, la personne accompagnée
- Le projet de la personne
- La fluidité de la communication entre l'équipe et la famille
- Le maintien des échanges par email pour garantir traçabilité et clarté des communications.



## 2 Interrogations et enjeux éthiques identifiés au sein du GREA

Voici une synthèse des interrogations et enjeux identifiés au sein du GREA :

Quelles tensions entre :

- Le **respect de l'autonomie** de la personne (sa capacité de décider et son désir de choisir de façon éclairé et libre le soin proposé),
- Le **principe de bienfaisance** (liberté d'une vie sexuelle s'il n'y a pas désir d'enfant),
- Le **principe de non-malfaisance** (conséquence de réaliser ou ne pas réaliser cette intervention chirurgicale),
- Le **principe de justice** (les enjeux autour de l'accès aux soins, le contexte, la technique).

## 3 Un contexte et une histoire sensible sur le sujet de la contraception définitive

### 3.1 Le contexte réglementaire

Le livret d'information sur la stérilisation à visée contraceptive, édité par le ministère de la Santé précise que :

La stérilisation féminine ou masculine est un acte chirurgical, réalisé par un médecin en établissement de santé public ou privé (hôpital ou clinique). C'est une méthode contraceptive qui se distingue profondément des autres méthodes existantes car son objectif est d'empêcher de manière définitive la procréation. Il convient de la considérer comme irréversible. Il est indispensable de rappeler que ni la stérilisation féminine, ni la stérilisation masculine, ne protègent des infections sexuellement transmissibles et notamment du Sida [\(2\)](#).

Cette intervention médicale est encadrée par des textes réglementaires.

L'Article L 2123-2 du Code de la Santé Publique dispose que :

La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales a justifié l'instauration d'une mesure de protection juridique que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement.

L'intervention doit être autorisée par le juge des tutelles saisi par la personne concernée, les père et mère du mineur ou, si la personne concernée fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure. Le refus de la personne protégée fait obstacle à la saisine du juge.

Le juge se prononce après avoir entendu la personne concernée. Si elle est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui a été donnée une information adaptée à son degré de compréhension. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement.



Le juge entend les père et mère du mineur ou la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile.

Il recueille l'avis d'un comité d'experts composé de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de personnes handicapées. Ce comité apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que ses conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique [\(3\)](#).

Suite à un contact téléphonique et mail, entre la Direction Qualité de l'Adapeila et l'ARS Pays de La Loire, l'information suivante a été transmise :

Pour notre région, le comité régional d'experts peut être saisi par le juge des tutelles via l'ARS Pays de Loire : Comité régional d'experts, Christophe LIGNAC – Direction de l'Autonomie et de la Santé Mentale (DASM) / [ars-pdl-dasm@ars.sante.fr](mailto:ars-pdl-dasm@ars.sante.fr)

La stérilisation a été largement utilisée au XX<sup>e</sup> siècle comme outil d'eugénisme négatif, visant à empêcher la reproduction de personnes jugées inaptes. Légalisée d'abord aux États-Unis, puis en Allemagne nazie et en Scandinavie, elle a concerné principalement des personnes handicapées mentales, malades ou marginalisées, souvent sans consentement, et a touché majoritairement les femmes. Des centaines de milliers de personnes ont été stérilisées dans ce cadre.

La France n'a jamais adopté de loi eugéniste, mais des pratiques illégales ou discutables ont existé, notamment envers des personnes handicapées mentales ou lors de certaines pratiques médicales prophylactiques. La loi de 2001 encadre désormais strictement la stérilisation, en mettant le consentement et le contrôle judiciaire au centre du dispositif [\(4\)](#).

### 3.3 Quand L'ONU dénonce ...

L'Organisation des Nations Unies (ONU) a exprimé sa position sur l'interdiction de la stérilisation des femmes handicapées sans leur consentement à travers plusieurs documents et déclarations clés [\(5\)](#). Voici les principales sources reflétant cette position :

#### 1. Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH)

La CDPH est une commission de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées. En 2006, elle stipule que les États parties doivent garantir que les personnes handicapées puissent exercer leurs droits en matière de procréation sur la base de leur libre et plein consentement. En particulier, l'article 23 de la convention aborde le respect du domicile et de la famille. Celui-ci stipule que « *Les personnes handicapées, y compris les enfants, conservent leur fertilité, sur la base de l'égalité avec les autres.* » [\(6\)](#).

#### 2. Observations générales du Comité des droits des personnes handicapées

Le Comité des droits des personnes handicapées, organe chargé de surveiller la mise en œuvre de la CDPH, a publié des observations générales clarifiant les obligations des États parties. Dans son Observation générale n°3 (2016) sur les femmes et les filles handicapées, le Comité exprime des préoccupations concernant les stérilisations forcées et souligne la nécessité pour les États de protéger les droits reproductifs des femmes handicapées [\(7\)](#).



### 3. Rapports et déclarations d'experts de l'ONU

Des experts des Nations Unies ont également abordé la question. Par exemple, lors de la présentation de son rapport au Conseil des droits de l'homme, la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées a dénoncé les politiques visant à interdire aux personnes atteintes de handicap mental ou de déficience intellectuelle d'avoir des enfants, mettant en lumière les risques accrus de stérilisation forcée auxquels ces femmes sont exposées [\(8\)](#).

Dans un article du magazine Faire-Face, Pascale Ribes, la présidente d'APF France handicap comme Marie Rabatel s'expriment sur ce sujet [\(9\)](#). Pascale Ribes, demande la modification de cette disposition de la loi de 2001. Elle explique que c'est « contraire aux articles 6, 15 et 17 de la Convention internationale des droits des personnes handicapées. La stérilisation des personnes handicapées ne devrait pouvoir être envisagée que si l'intéressée en formule explicitement la volonté ou si sa vie est en danger. C'est une évidence et pourtant... »

Selon Marie Rabatel, experte sur le sujet des violences faites aux enfants et femmes en situation de handicap et présidente de l'association francophone des femmes autistes des femmes, le Gouvernement doit suivre la recommandation Du Comité des droits des personnes handicapées (CDPH) des Nations Unies.

En septembre 2021, ce comité a demandé au Gouvernement français d' « interdire la stérilisation des femmes handicapées qui n'en expriment pas la volonté. Y compris à la demande des membres de la famille, des tuteurs (...) ou avec le consentement de tiers. »

Si la personne ne peut choisir pour elle-même alors de fait l'accès à ce soin sera limité à cette personne. La limitation de ce soin serait automatique alors qu'il est une option thérapeutique possible pour tout le reste de la population. Cela pose un enjeu d'égalité d'accès non négligeable.



## LA DISCUSSION SELON LES PRINCIPES DE BEAUCHAMP ET CHILDRESS

### 1 Le principe de respect de l'autonomie

#### 1.1 Respecter l'autonomie et ses méprises

Les interrogations du GREA relatives au principe de respect de l'autonomie ont été nombreuses dans cette situation telles que :

- La personne a-t-elle bénéficié d'une information adaptée ?
- A-t-elle consenti librement et de façon éclairée au soin ?
- Etait-ce possible pour elle de consentir ?
- Quelles alternatives thérapeutiques à la contraception définitive ?
- Des contraintes s'exerçaient-elles sur le choix de la personne. Si oui, lesquelles ?
- La crainte d'une grossesse était-elle la seule motivation parentale ?
- Qu'est-ce qui justifiait médicalement cette intervention ?
- Quelle technique a été proposée à la personne et quelles conséquences sur sa santé sur le court, moyen et long terme ?

Ce n'est pas l'autonomie totale de la personne qui est abordée dans ce principe mais le respect de son autonomie pour cette décision de contraception définitive en particulier et dans ce contexte singulier. Il convient ici de soutenir la parole de la personne. Il y a un fort risque lorsque le principe de respect de l'autonomie est évoqué de ne pas observer la personne dans sa globalité. La discussion peut par extension s'étendre sur des notions telles que la « réalité » de l'autonomie et ses représentations comme « son authenticité » ? Sommes-nous tous autonomes tout le temps et pour tout ? Quels biais dans le respect de l'autonomie de la personne accompagnée et son évaluation ?

Quelle est la place à l'autodétermination ? Quelle est la capacité de réaliser ce choix pour cette personne ? Elle est perçue vulnérable, ce qui influe sur la posture des proches et des professionnels. Parfois un mot ou une posture professionnelle peuvent induire une réponse différente selon les professionnels. Alors comment accompagner avec la crainte d'influencer et les risques possibles associés aux décisions ? Quelle part active du professionnel ? Comment le négocier dans l'accompagnement dans le quotidien ?

#### 1.2 La personne et le consentement à ce soin

Une information loyale a-t-elle été communiquée à la personne afin qu'elle puisse donner son consentement de manière libre et éclairée ?

La personne doit exprimer son consentement, après avoir reçu des informations adaptées sur l'intervention et les conséquences de celle-ci.

Connaître les capacités de la personne, son niveau de compréhension, ses outils de communication et d'expression permettent de s'assurer que son choix, son avis ainsi que son consentement seront libres et éclairés.



Habituellement, l'équipe a la possibilité de préparer en amont la consultation avec la personne. L'équipe s'appuie sur des outils de communication Alternative et Améliorée (CAA) utilisés dans le quotidien. Or, dans ce cas précis, l'équipe n'a pas eu le temps nécessaire pour travailler cette démarche, bien que la jeune femme ait exprimé son souhait de ne pas avoir d'enfant. Un doute persiste : le consentement peut-il être considéré comme « éclairé » ?

De nombreux modes de contraception sont aujourd'hui envisageables. A-t-on donné à la personne les informations suffisantes à ce sujet ? Et pourquoi n'aurait-elle pas eu accès à ceux-ci ?

Comment accompagner au mieux la personne tout en respectant le rôle et les limites professionnelles ? Il est essentiel de trouver un équilibre entre soutien et confiance pour valoriser l'autonomie de l'autre.

L'équipe semble regretter un manque de dialogue et s'interroger sur la manière dont le consentement de la jeune femme a été réellement recueilli.

### 1.3 Le consentement de la personne était-il libre ?

Si le consentement a été obtenu dans des conditions satisfaisantes quant aux questions qui précèdent, il reste à déterminer s'il a été donné dans des conditions que l'on pourra considérer comme compatibles avec une liberté de choix.

Les membres du GREA comprennent que des parents soient convaincus qu'une contraception définitive soit la meilleure proposition contraceptive selon la situation ou qu'elle soit la moins mauvaise des contraceptions possibles chez leur fils ou leur fille. Ils savent qu'il peut s'exercer une forte tension sur le sujet de la contraception comme de la parentalité de leur fils ou leur fille en situation de handicap. Ils savent qu'il peut être ardu de soutenir l'expression d'un consentement de leur enfant dans ce choix sans l'exprimer à la place de celui-ci et sans être trop pressant à l'égard de celui-ci.

La compréhension est plus difficile à mesurer, la personne reste perçue comme vulnérable, en lien avec ceux qui l'accompagnent que ce soit le professionnel ou la famille.

L'équipe nomme les difficultés de travailler la question du choix avec la personne. Est-elle en capacité de choisir pour elle-même ? Des contraintes peuvent s'exercer sur son choix. Elles peuvent être nombreuses : forme de dépendance, de conflit de loyauté, de soumission ou encore de désirabilité.

La relation entre la personne et sa mère comme entre l'équipe et la mère de la personne peuvent mettre en tension la capacité de la personne à faire un choix.

La même remarque peut être valable s'agissant de pressions émanant d'une institution ou de positionnement professionnel et parfois très individuel. Ce sont des conditions qui peuvent influencer sur la décision et la liberté de la personne confrontée à un choix.

C'est pourquoi l'on peut penser que les parents ou les institutions ne sont pas toujours les meilleurs défenseurs des intérêts et des droits légitimes de la personne en situation de handicap. En effet, leur forte implication dans la vie quotidienne peut les conduire à ne plus distinguer clairement leurs propres intérêts de ceux de la personne qu'ils accompagnent.

La question du désir et de l'envie serait-elle plus simple à aborder avec la personne que celle du besoin ? Quelle place peut être laissée à ces notions de désirs et d'envie dans cette situation ? Pouvons-nous nous autoriser à l'aborder sous ces angles-là ?



## 1.4 La validité du consentement de la personne

Qui est légitime pour soutenir sa parole ?

La validité du consentement dépend à l'évidence de la capacité de la personne en situation de handicap à comprendre la nature et les conséquences de l'acte de contraception définitive qui lui est proposé.

Ceci suppose qu'elle ait tout au moins une idée du lien entre acte sexuel, grossesse et maternité, qu'elle comprenne la différence entre un état de fertilité et de stérilité, et qu'elle puisse se représenter ce qu'est dans la réalité la charge d'un enfant réel.

Mais ceci dépend en premier chef de la possibilité de bénéficier d'une information claire, simple et précise, adaptée à son niveau intellectuel supposé, et dispensée par un interlocuteur prêt à l'effort nécessaire pour se faire comprendre.

Si l'ensemble de ces notions, assez difficiles, paraissent raisonnablement accessibles à la personne en situation de handicap, on peut admettre que le consentement (ou le refus) qu'elle exprime a de bonnes chances d'être valable [\(10\)](#).

## 2 Le principe de Bienfaisance

Rappelons que cette situation relève d'une étude de cas et non d'une saisine en conséquence, il manque des données pour étudier tous les principes dont celui de bienfaisance. La personne ainsi que sa famille n'ont pas été rencontrées, ce qui n'a pas permis de croiser les regards et se décaler de l'observation et des représentations de l'équipe.

Ce principe de bienfaisance s'appuie donc sur des hypothèses et sur des interrogations telles que :

- Cette technique est-elle bienfaitante pour elle ?
- L'aidante est-elle à sa juste place ?
- Les professionnels sont-ils à leur juste place dans l'accompagnement ?
- Quelle influence et représentation de la part de chacun pour soutenir ce projet de façon bienfaitante ?
- Quelle articulation serait plus juste dans l'accompagnement d'un tel projet ?
- Quel éclairage médical possible auprès de l'équipe éducative ?
- Quels biais potentiels dans l'observation de cette situation et l'analyse de l'équipe ?
- Quelle autre articulation possible entre l'équipe éducative, la famille de la personne ?
- Quelle place à l'éducation et l'accompagnement de la vie intime affective et sexuelle dans cette situation ? Quel levier ?

Des membres du groupe soulignent la nécessité du lien médecin-patient indépendante de la situation rencontrée.

« Sans écoute, on ne peut pas bien soigner ».



## 2.1 Quelle bienfaisance et quels bénéfices selon les professionnels ?

Les professionnels s'interrogeaient quant aux bénéfices concrets associés à l'intervention.

Une divergence était perceptible entre la position de la famille et le ressenti de l'équipe. Il pouvait être légitime de s'interroger aussi sur la place du médecin ayant pratiqué l'intervention : sa responsabilité demeurait entière et cet acte représentait un véritable engagement.

L'une des missions des établissements et services est d'accompagner la personne dans l'exercice de ses droits.

Était-ce le cas dans cette situation ? Comment expliquer le ressenti inverse des professionnels ? Quelle était la légitimité de l'équipe dans cet acte et cet accompagnement ? Le médecin aurait-il pu être sollicité par l'équipe de l'établissement, avec l'accord de la personne et de ses parents et / ou tuteur légal ?

Aurait-il été pertinent et légal d'organiser une rencontre avec tous les acteurs concernés afin de recueillir leurs témoignages, en veillant à distinguer les faits des jugements, des représentations et des a priori ?

Il est essentiel de garantir une écoute sans jugement. L'objectif est d'accueillir pleinement la parole de chacun en réunissant tous les protagonistes dans un cadre bienveillant et constructif.

L'équipe regrette qu'aucun bilan éducatif ne lui ait été demandé pour présenter la personne au juge des tutelles, comme réalisé régulièrement pour des bilans d'orientation MDPH par exemple.

## 2.2 Une indication médicale qui repose sur des présupposés

La discussion autour d'une demande de contraception définitive soulève plusieurs questions :

- De nombreuses représentations entouraient la figure maternelle dans cette situation, influençant les perceptions et les échanges avec l'équipe éducative.
- Il est important d'anticiper ces discussions et d'échanger en amont de la décision comme de l'acte chirurgical afin de favoriser une réflexion éclairée et permettre à l'équipe de soutenir aussi bien que possible la personne dans cette situation comme dans les suites post-opératoires.
- Une démarche visant à lever les tabous favoriserait un dialogue plus ouvert et apaisé.

En l'occurrence, la technique proposée à la personne pour la contraception définitive comme l'indication réelle n'est pas connue. En effet, plusieurs indications peuvent être pensées pour justifier de cette seule option thérapeutique.

Cette indication de contraception définitive est pensée car les bénéfices sont plus grands que les risques de la chirurgie. Mais comment savoir si cela représente le bien de la personne ?

On ne peut pas toujours savoir en amont si la décision sera bénéfique. Il est nécessaire de rester modeste et s'apercevoir après coup qu'on a fait le bon choix. Il est difficile de toujours savoir à l'avance ce qui sera bien ou bon pour l'autre. Il s'agit d'une hypothèse.



### 2.3 Le médecin peut-il reconnaître la capacité de savoir ce qui est bien pour elle ?

Dans leur article « Démarche éthique dans les demandes de contraception définitive de femmes majeures de moins de 35 ans sans handicaps et sans problèmes médicaux majeurs », B. Branger et Al expliquent le principe de bienfaisance :

Selon le principe de bienfaisance, la contraception définitive doit apporter un bien être aux femmes, avec le soulagement de la peur d'une grossesse, et une harmonie dans les relations sexuelles : "Je veux retrouver une légèreté pour moi et mon couple" (32 ans), "Mon mari veut retrouver sa femme" (34 ans). Il s'agit ici d'amélioration de la santé, ou plus généralement de la qualité de vie revendiquée par les femmes. Les professionnels ne semblent pas très sensibles à ce principe, et cette absence de rencontre sur ce principe avec les femmes et les couples, le plus souvent liée à l'absence d'écoute, est une des sources d'incompréhension [\(11\)](#).

Cette demande est-elle celle de la personne ? Cette stérilisation répondra-t-elle à ses préoccupations quotidiennes sur le sujet ? A quels besoins répond-elle ?

LE GREA s'interroge car les professionnels ne disposent que d'informations parcellaires, c'est un sujet qui semble tabou et source de représentations individuelles qui peuvent être liées à l'histoire de chacun.

La contraception définitive va empêcher une future grossesse, mais n'aura pas d'impact sur la problématique des cycles menstruels (règles abondantes, douloureuses, difficiles à vivre ou inconfortables...). La contraception définitive n'a pas d'effet sur l'équilibre hormonal, le désir et le plaisir sexuel [\(12\)](#).

La crainte des professionnels est que l'hystérectomie soit totale, c'est-à-dire que l'utérus et le col (hystérectomie totale) ainsi que les trompes de Fallope et les deux ovaires (annexectomie) soient retirés chirurgicalement. Cette chirurgie est radicale et conséquente. Elle est indiquée dans le cadre d'une pathologie (maladie, affection, trouble). Les conséquences post-opératoires doivent être anticipées et discutées avec la personne. Cette intervention entraîne une infertilité et des conséquences sur le plan hormonal (ménopause anticipée).

Dans la situation de la personne, l'équipe n'a pas connaissance de l'indication médicale ni de la nature de l'intervention. L'équipe ne peut s'appuyer que sur ce qu'elle voit et ce qu'elle accompagne chez la personne (son comportement, son vécu et son expression).

Le principe de bienfaisance s'intéresse à la personne concernée par l'action ou la décision. Il est nécessaire de s'interroger et de préciser « qui est la patiente ? ». L'intervention est-elle pensée pour faire le bien de la personne ou de son entourage ?

Dans cette situation, la crainte est-elle la survenue d'une grossesse non désirée ? Toutes les alternatives ont-elles été discutées ? Quelle place à l'accompagnement de la vie affective et sexuelle dans cette situation et dans cette décision ? Quid de la relation de couple ?



## 2.4 La Bienfaisance : pilier de la circulaire du 5 juillet 2021

La circulaire « DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences a notamment pour objectif :

L'accompagnement des professionnels doit également permettre de sensibiliser les personnes à leur santé sexuelle : suivi gynécologique et urologique, choix de la contraception, habilités sociales, prévention, groupe de parole, consentement, interruptions de grossesse, **choix et consentement à des stérilisations à visée contraceptive**, accompagnement à la parentalité. Ce socle de connaissances, et cette sensibilisation permettront de lutter et de prévenir les violences physiques, psychologiques et sexuelles. L'accès à cette connaissance est un levier pour lutter contre les faits de violence à l'encontre des femmes en les armant contre les phénomènes d'emprise et en libérant leur parole. (...)

Il convient également de soutenir ce droit en prévenant les violences physiques, psychologiques et sexuelles dont les personnes handicapées peuvent faire l'objet. A cet égard, il conviendra également de lutter contre toutes les formes de violences gynécologiques dont les femmes en situation de handicap peuvent faire l'objet (**contraceptions imposées, stérilisations à visée contraceptives non consenties**, absence de suivi gynécologique permettant les dépistages des cancers génitaux ou mammaires etc.) [\(13\)](#).

Et elle rappelle :

L'accès à une vie affective, relationnelle, intime et sexuelle des personnes en situation de handicap est un droit garanti aux personnes accueillies et accompagnées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) prévu par l'article 7 de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (article L311-3 du code de l'action sociale et des familles). Ce droit à une vie affective, relationnelle, intime et sexuelle doit être soutenu par les équipes dirigeantes et les professionnels.

L'exercice de la vie intime, affective et sexuelle représente un enjeu majeur sur la santé globale de la personne comme le précise la stratégie Nationale de santé sexuelle 2017-2030 [\(14\)](#). Plusieurs attentions particulières sont portées à la personne présentant une situation de handicap :

- Développer l'éducation en santé sexuelle pour tous les jeunes en dehors d'un cursus scolaire ou universitaire.
- Renforcer la formation des professionnels de santé, du médico-social intervenant dans le champ de la santé sexuelle et de l'éducation à la sexualité.
- Améliorer le parcours médical en termes de prévention des infections sexuellement transmissibles et le VIH ainsi que pour les personnes vivant avec le VIH (accès aux droits, lutte contre la stigmatisation, vieillissement...).
- Améliorer l'accès aux contraceptions.

La vie intime affective et sexuelle des personnes en situation de handicap soulève de nombreuses questions qui touchent à leur condition, variable selon les individus et les situations, et où entre en jeu le respect de leurs droits. La complexité est telle que l'on tend parfois à réduire leur vie intime, affective et sexuelle à la seule discussion de la sexualité, la parentalité, la contraception et à l'opportunité d'une stérilisation. La vie intime, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap comme de toutes personnes est un champ plus vaste que ceux-ci.



### 3 Le principe de non-malfaisance

#### 3.1 Une balance bénéfice-risque

Dans la situation de la personne, les membres du GREA s'interrogent :

Quelle part de malfaisance représentait l'intervention pour elle et pour son entourage ?

La balance bénéfice/risque au soin avait-elle été travaillée ? Etait-elle juste ?

Le principe de non-malfaisance s'intéresse d'abord à un principe de non-nuisance : ne pas nuire à travers l'acte, la thérapeutique ou l'accompagnement proposé. La balance bénéfice - risque doit être réalisée afin de s'assurer qu'elle sera positive et que l'acte présentera le moins de malfaisance possible.

Pour cela, il existe des garde fous qui peuvent être sollicités dans ce type de situation. Cependant cela ne semble pas être le cas, selon les professionnels même si le doute persiste faute d'élément.

Le GREA peut s'appuyer sur l'idée que le processus a été respecté afin de garantir que réaliser une stérilisation présentait moins de malfaisance que de ne pas la faire.

Des membres du GREA rappelle que la formation initiale des professionnels de santé dont les médecins leur permet de prendre en compte la situation.

La relation thérapeutique, c'est-à-dire la relation qui s'exerce entre le patient ou la patiente et le praticien ou médecin est fondamentale dans toute prise en charge médicale indépendamment de la situation de handicap rencontrée par la personne ou non. Le médecin comme la personne concernée a des obligations à l'égard de l'un et de l'autre pour veiller à ce que la relation soit la plus juste possible et respectueuse. Le médecin réalise une balance bénéfice/risque entre faire et ne pas faire, prescrire et ne pas prescrire, agir et ne pas agir. Les risques sont mesurés et anticipés.

Il peut demeurer des réserves et des représentations des professionnels de santé qui peuvent rendre difficiles l'accueil et les soins de la personne en situation de handicap. Différentes modalités et propositions visent à tenter d'agir sur celles-ci telles que des journées de séminaires, l'accueil des étudiants en deuxième année de médecine au sein des établissements médico-sociaux ou encore des modules de formation au handicap. D'autres moyens permettent de les réduire : lien domicile-hôpital qu'il soit soutenu par le médecin généraliste, les proches ou les professionnels médico-sociaux ou paramédicaux, les plateformes d'adaptation aux soins, les équipes mobiles.

#### 3.2 Respect des droits et de l'intégrité en cas de contraception définitive

Le GREA rappelle l'existence d'une commission régionale animée par l'ARS qui statue 2 fois par an sur l'autorisation de stérilisation définitive (cf. page 9).

L'ARS d'Ile de France rappelle que la stérilisation :

Elle est réglementairement encadrée afin de favoriser l'exercice de son droit à une vie affective et sexuelle et éviter toute stérilisation forcée. Le respect de la vie affective et sexuelle des personnes sous mesure de protection a pour corollaire la réflexion autour de la contraception.

Pour éviter toute stérilisation forcée et favoriser l'exercice de leur droit à une vie affective et sexuelle, la loi prévoit des **précautions particulières pour les majeurs protégés** (sous tutelle ou sous curatelle) :



La stérilisation ne peut être pratiquée sur une personne majeure protégée, sous tutelle ou curatelle, que s'il existe une **contre-indication médicale** absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement ([15](#)).

L'intervention est subordonnée à une **décision du juge des tutelles**. Celui-ci est saisi par la personne concernée, les pères, mères ou représentants légaux de la personne concernée. Le juge saisit le comité d'expert régionaux afin d'avoir leur avis sur l'intervention. L'avis peut être donc en faveur ou défaveur de l'intervention.

### 3.2.1 La place de la consultation d'éthique clinique dans la réflexion

Une consultation d'éthique clinique peut être sollicitée. Le médecin peut demander une Consultation Ethique Clinique, dont l'objectif est d'apporter un éclairage pour aider à la décision.

Sur le département de Loire-Atlantique, il en existe trois : au CHU de Nantes, à la Clinique Jules Verne et au Centre Hospitalier de Saint Nazaire. Prenons l'exemple de la consultation d'éthique clinique de Jules Verne ([16](#)).

La CEC Jules Verne peut intervenir pour des situations ne relevant pas d'un suivi à la clinique Jules Verne.

Exemple de celle de la clinique Jules Verne, à Nantes, qui précise :

Une consultation d'éthique clinique peut être demandée par tout soignant (médecin, sage-femme...) qui se trouve confronté à un problème où une décision éthique est en jeu (interruption médicale de grossesse, acte chirurgical, contraception définitive, prolongement de vie, arrêt de soins...).

### 3.2.2. La clause de conscience

Lors d'une rencontre avec un membre de la CEC, un rappel de la clause de conscience a été réalisé. La clause de conscience permet à certains professionnels de santé de disposer de la possibilité de refuser la réalisation d'un acte de soin, d'un acte médical ou technique ou seulement d'y participer. Elle est définie ainsi dans le code de la santé publique et donc le code de déontologie :

Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ([17](#)).

Le médecin sollicité peut faire valoir sa clause de conscience. Son fondement et ses conditions reposent sur des textes législatifs ou réglementaires précis.

Toutefois, les textes distinguent deux types de clause de conscience : la clause de conscience générale et la clause de conscience spécifique ([18](#)).

« La clause de conscience spécifique ne s'applique qu'à un acte particulier. Dans notre législation actuelle, il n'existe que trois situations où elle est prévue :

- L'interruption volontaire de grossesse : article L.2212-8 du Code de la santé publique (CSP) ;
- La stérilisation à visée contraceptive : article L.2123-1 du CSP ;
- La recherche sur les embryons : article L.2151-7-1 du CSP. »



### 3.3 L'absence de rétroaction possible et son caractère définitif

La contraception définitive des majeurs protégés soulève des aspects éthiques en termes de non-malfaisance. Elle a un caractère définitif chez les femmes avec une absence de rétroactivité possible.

Cependant, la femme ayant bénéficié d'une contraception définitive peut être enceinte à la suite d'une stérilisation définitive en entrant dans un processus de procréation médicalement assisté [\(19\)](#).

Dans les représentations collectives et historiquement, elle peut être observée comme une forme de mutilation. Elle est définie ainsi selon le centre national de ressources textuelles et linguistiques : « *Retranchement, perte d'un membre ou de quelque autre partie du corps* ».

L'avis 49 du comité national consultatif d'éthique précise de nombreux enjeux éthiques relatifs à la stérilisation définitive chez les majeurs protégés [\(4\)](#) :

La question de la stérilisation de personnes handicapées mentales est très chargée émotionnellement, pour toutes sortes de raisons qui tiennent souvent aux particularités de chaque cas, renvoyant à l'histoire des familles. En outre, elle traîne de lourdes charges idéologiques, dans la mesure où l'histoire de la stérilisation a souvent croisé celle des politiques eugénistes, y compris dans leurs dérives les plus graves. Certes, ces actes de stérilisation ont été réalisés avant l'introduction de méthodes hormonales fiables de contraception, mais ceci ne justifie pas le caractère discutable, voire clairement abusif d'un grand nombre de ces interventions. (...).

C'est dans ce contexte que se pose le problème ci-dessus évoqué de certaines personnes handicapées mentales, dont les comportements sexuels peuvent inciter les parents ou les professionnels à proposer des interventions de stérilisation tubaire, alors que du fait de leur handicap, on juge impossible d'obtenir leur consentement, voire de prendre en considération leur accord ou leur refus. Ces stérilisations sont souvent désignées dans la littérature médicale comme stérilisations non volontaires ou non consensuelles.

La réalisation d'une contraception définitive peut être refusée sur différents critères dont celui de l'âge en pratique. En effet, selon une enquête réalisée en 2007 de la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale indiquait que 43% des gynécologues interrogés pratiquant la contraception définitive pouvaient refuser de la réaliser sur critère d'âge, absence d'enfants ou nombre d'enfants insuffisant [\(20\)](#). Le GREA a rencontré un gynécologue obstétricien à la retraite expliquant que le chiffre pouvait s'élever à 90% de refus. Les raisons expliquant le refus sont nombreuses comme évoqué dans un article intitulé Etes-vous sûre ? elles peuvent être encore considérées pour certaines comme paternalistes (demande d'accord au conjoint, regret, savoir ce qui est bon pour l'autre) [\(21\)](#).

Ce qui pose des questions relatives à l'égalité d'accès aux soins sur le territoire français, ces questions étant abordées dans le principe de Justice.



## 4 Le principe de Justice

### 4.1 Enjeu d'accessibilité

Pour ce principe, le GREA discute de la question de l'accessibilité des personnes accompagnées, comme tous citoyens français, aux soins, aux thérapeutiques mais également aux informations et aux formations. Il s'intéresse au « vivre ensemble » et à l'accompagnement individuel dans des espaces collectifs et parfois avec des moyens humains restreints et contraints.

Il se pose cette question : Quelle tension éthique dans l'accès à ce type de contraception définitive chez les personnes accompagnées par l'association ?

Concernant les enjeux d'accès comme la réflexion éthique, il existe des leviers possibles déjà à l'œuvre dans des établissements et services, comme parmi les familles et les personnes concernées :

- Penser la formation avec les personnes et les familles, leur proposer des places, associer les familles à des temps communs sont autant de leviers possibles dans la promotion de la contraception.
- Partager les tensions éthiques perçues dans l'accompagnement de la vie intime, affective et sexuelle peut permettre d'avancer dans les représentations de chacun et de lever le silence pour éviter les tabous.
- Le café famille, tel que proposé dans certaines structures, peut permettre d'aborder des sujets et des thématiques larges sans situation et cas particuliers en dehors d'une problématique aigüe.
- Avoir une approche préventive pour discuter de ce type de sujet, c'est aussi mettre des mots plus précis sur les parcours et les histoires de chacun.

Les membres du GREA expliquent que les professionnels sont là pour un temps et que les familles sont « là » pour tout le temps. Les familles peuvent se dire souvent mobilisées en cas de problème à défaut d'être sollicités en amont. Il est nécessaire d'apprendre à réfléchir ensemble ce sujet, d'arrêter la distinction sachant non sachant. Il est nécessaire de partager ses doutes et ses réserves qui entourent ce sujet et de faire preuve de beaucoup d'humilité partagée.

Les personnes concernées sont expertes de leur situation et notamment de leur situation de handicap. Les parents ont l'expertise de leur proche.

Les personnes accompagnées n'ont pas accès aux mêmes enseignements, elles ne peuvent pas confronter leurs connaissances parfois.

Par ailleurs, afin de favoriser l'accès aux informations et limiter les représentations, il est nécessaire d'observer la personne accompagnée dans différents environnements, dans différents espaces, dans différentes interactions afin de limiter les représentations sur la personne, sur ses besoins et sur ses réelles capacités. Avec moins d'a priori et plus d'ouvertures, des champs des possibles peuvent être explorés.

Exemples de représentations limitantes : « c'est son intimité, cela ne doit pas être évoqué avec les parents », « ce n'est pas possible qu'il ait de vie sexuelle compte tenu de sa situation ».

### 4.2 La place de la norme en promotion de la santé sexuelle.

Dans la situation de la personne, l'équipe évoque les interactions qu'elle observe au sein du couple illustrant leur relation telle que « elle se limite à se tenir la main et s'embrasser ». Le GREA rappelle qu'il n'y a pas de limite à l'expression ni de l'affection, ni de la sexualité. Il n'y a pas de norme à celle-ci. C'est essentiel d'avancer sur ce point pour avancer dans l'approche et la considération du sujet



dans notre secteur et au niveau sociétal. Les représentations évoluent et se modifient, le déni de sexualité comme l'angélisme ne font plus partie des représentations prépondérantes des professionnels accompagnants. La promotion de la santé sexuelle des personnes accompagnées est accueillie avec davantage de bienfaisance, de bienveillance, de normalité et de nécessité mais des réserves demeurent parfois dans la capacité de la promouvoir, dans la méthodologie, dans l'outillage, etc. Il existe des écarts de représentations en fonction des établissements et services, de leur médicalisation et des corps de métier, par exemple travailleurs sociaux et professionnels de santé. Ces résultats sont issus d'un travail de recherche en éthique réalisé par Elise ROCTON dans l'association en 2022-2023 [\(22\)](#).

Il y a une différence entre sexualité et génitalité.

Sexualité ne doit pas être associée à la pénétration sexuelle qui reste une observation très normative : rapport homme/femme et procréation. Il y a autant d'expression de sexualité que de personnes, de rapport singulier à son corps, de rapport à son couple ou plus. C'est l'enjeu d'accompagner la vie intime, affective et sexuelle et ici l'enjeu de transmettre au mieux aux personnes concernées les informations entourant leur sexualité.

Les moyens de contraception auxquels les personnes accompagnées peuvent prétendre sont nombreux. Ils se déclinent au féminin comme au masculin. Dans la situation, si la contraception définitive est pensée pour la personne, la même proposition a-t-elle été faite à son partenaire ?

### 4.3 La place de la contraception définitive chez les hommes et les femmes

La contraception définitive est en hausse chez les hommes et celle réalisée chez les femmes est en baisse. Cette donnée est indiquée sur le site de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [\(23\)](#).

Grâce aux données du Système National des Données de Santé (SNDS), l'étude réalisée par EPI-PHARE montre que **le nombre de vasectomies a fortement augmenté depuis 2010 en France, avec un taux annuel multiplié par 15 en 12 ans** (de 1 940 en 2010 à 30 288 vasectomies en 2022).

Dans le même temps, **le nombre de stérilisations féminines** (stérilisation tubaire par ligature des trompes de 2010 à 2022, ou pose d'implants avant 2017) **a été divisé par deux entre 2013 et 2022** (de 45 138 stérilisations en 2013 à 20 325 en 2022) après une augmentation initiale entre 2010 et 2013.

Pour la première fois en France, en 2021 et 2022, il y a eu davantage de stérilisations masculines que de stérilisations féminines. En 2022, **trois stérilisations masculines ont été pratiquées pour deux stérilisations féminines**.

En faisant un tour de table du GREA, rares sont les situations de contraceptions définitives d'homme rencontrées dans la pratique, l'accompagnement et le soin du quotidien chez les professionnels ou les proches aidants. Ce qui peut nous permettre de légitimer cette question « quelle place de l'information de la contraception définitive chez les hommes accompagnés ? Quelle proportion par rapport à la population globale ? Quel écart ? Quel accès à ce soin ? La contraception est-elle davantage à la charge des femmes comme dans la population en général ?



## 4.4 Notion de Liberté

La liberté a été explorée lors de l'évocation du principe de respect de l'autonomie mais elle est ici évoquée dans le principe de justice.

Le GREA partage l'idée que les personnes accompagnées peuvent être contraintes par la vie collective.

Répondre aux besoins individuels, respecter la temporalité de chacun, la place du suivi quotidien et les tensions en ressources humaines sont parfois autant de facteurs contraignants empêchant l'exploration approfondie des situations individuelles.

En l'occurrence, cette situation méritait du temps et de l'anticipation. L'équipe accompagnante regrettait de n'avoir pas participé aux discussions précédant le geste. Elle a dû accompagner les conséquences post-opératoires et soutenir la personne concernée.

Son approche a été curative : « **panser** » **les suites plutôt que les « penser »**, ce qui peut être couteux humainement pour l'équipe, la personne concernée et sa famille.

Une suite post-opératoire peut être vécue différemment si la personne est informée et éclairée et si son choix est libre. Pour les personnes accompagnées, c'est un travail qui demande du temps.

## Conclusion

Concernant l'accompagnement de la demande et de la réalisation d'une contraception définitive pour une personne accompagnée en établissement non médicalisé. Il semble pertinent de :

### 1. Associer la personne concernée :

- S'assurer que la personne dispose d'outils adaptés favorisant son information, sa compréhension et son expression qu'elle dispose d'un espace pour exprimer son avis.
- Utiliser des techniques de CAA (Communication Alternative et Améliorée) tels que des outils visuels (pictogrammes, supports imagés) pour expliciter les étapes et implications de la procédure.
- Permettre à la personne de s'interroger sur ses connaissances concernant la contraception définitive.

### 2. Favoriser le dialogue préalable :

- Organiser des échanges constructifs avec la personne concernée et la famille pour s'assurer qu'ils disposent d'une information éclairée, qu'ils ont connaissance des conséquences possibles, qu'elles soient médicales et psychologiques.
- Adopter une approche préventive dans les échanges autour de la contraception car la discussion peut être plus vaste : santé sexuelle, représentation de la vie intime, affective et sexuelle, antécédents médicaux ou de violences sexuelles.
- Recueillir le travail qui a déjà été réalisé par la personne lors de ses accueils précédents en structures de l'enfance comme celui qui a été réalisé par les proches : place du consentement aux soins, des informations et du choix du traitement.
- Permettre aux acteurs de s'interroger sur leurs propres représentations concernant la contraception définitive.



### 3. Collaborer avec les partenaires :

- Mobiliser le médecin traitant, le psychologue et d'autres professionnels pour éclairer les enjeux.
- Transmettre un écrit professionnel à la personne, son représentant légal et, selon la situation, au juge des tutelles pour garantir que les besoins et intérêts de la personne soient pris en compte.

### 4. Sensibiliser sur les alternatives thérapeutiques :

- S'assurer que la personne, les professionnels et les proches aidants disposent de toutes les informations favorisant le choix de tel ou tel moyen de contraception.
- S'assurer que la personne soit entourée de praticiens ou ressources favorisant son suivi gynécologique ou des moyens contraceptifs adaptés indépendamment des représentations professionnelles ou des proches.
- Garantir tous les moyens possibles pour que la personne puisse accéder à toutes les informations dont elle a besoin : égalité d'accès aux soins et prévenir les risques d'inégalités liées à la situation de handicap.
- Faire confiance au système médical comme juridique qui doivent également garantir et respecter les droits de la personne concernée.

### 5. Prendre en compte les conséquences :

- Anticiper et accompagner les suites post-opératoires qu'elles soient physiques, psychologiques et émotionnelles.
- Anticiper un suivi rapproché si cela s'avère nécessaire et s'assurer que la personne puisse être entourée pour aider à la réadaptation (partenaires médicaux, paramédicaux, proches).
- Evaluer et objectiver les besoins pour que la personne puisse vivre le mieux possible les suites de son intervention.

## Bibliographie

1. Beauchamp T, Childress J. Les Principes de l'éthique biomédicale. 2008.
2. Direction Générale de la Santé. Livret d'information : Stérilisation à visée contraceptive [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la femme; 2025 février p. 29. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Livret\\_sterilisation\\_visee\\_contraceptive.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Livret_sterilisation_visee_contraceptive.pdf)
3. République Française. Article L2123-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Code de la Santé Publique. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721178](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721178)
4. Comité Consultatif National d'Éthique. Avis 49 sur la contraception chez les personnes handicapées mentales | Comité Consultatif National d'Éthique [Internet]. [cité 12 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-49-sur-la-contraception-chez-les-personnes-handicapees-mentales>
5. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities : Concluding observations on the initial report of France [Internet]. 2021 sept. Disponible sur: <https://www.banquedesterritoires.fr/sites/default/files/2021-09/Rapport%20final%20comit%C3%A9%20ONU.pdf>



6. Nations Unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées | OHCHR [Internet]. 2006 déc [cité 12 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
7. Comité des Droits et Personnes handicapées. Convention relative aux droits des personnes handicapées. ONU; 2016 nov. Report No.: 3.
8. FRPlanète NNU. Risques accrus de stérilisation forcée des femmes handicapées, selon une experte [Internet]. OnePlanete. 2025 [cité 15 mai 2025]. Disponible sur: <https://oneplanete.com/actualite-en-continu/risques-accrus-de-sterilisation-forcee-des-femmes-handicapees-selon-une-experte/>
9. Seuret F. Faut-il changer la loi autorisant la stérilisation des femmes handicapées ? [Internet]. Faire Face - Toute l'actualité du handicap. 2023 [cité 15 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.faire-face.fr/2023/11/25/changer-loi-autorisant-sterilisation-femmes-handicapees/>
10. Comité National Consultatif d'Ethique. Avis 136 L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin | Comité Consultatif National d'Ethique [Internet]. 2021 avr [cité 5 janv 2025]. Report No.: Avis 136. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/Avis%20136.pdf>
11. Branger B, Dabouis G, Berthiau D, Durand GG, Barre M, David P. Démarche éthique dans les demandes de contraception définitive de femmes majeures de moins de 35 ans sans handicaps et sans problèmes médicaux majeurs. 7 juill 2020;
12. Elsan [cité 12 août 2025]. Hystérectomie : Définition, déroulement et suites. Disponible sur: <https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladies-gynecologiques/hysterectomie-definition-traitements>
13. Direction Générale de la Cohésion Sociale. CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/2021/147 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences. [Internet]. 2021 [cité 26 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45220>
14. Stratégie Nationale de santé sexuelle 2017-2030. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé ; 2017.75 p. [en ligne] [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_sante\\_sexuelle.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf). Consulté le 2 février 2023.
15. Stérilisation à visée contraceptive des personnes majeures protégées : le Comité d'experts régional [Internet]. 2025 [cité 12 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sterilisation-visee-contraceptive-des-personnes-majeures-protegees-le-comite-dexperts-regional>
16. Clinique Jules Verne. Consultation d'Ethique Clinique [Internet]. [cité 12 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.cec-clinique-jules-verne.fr/a-propos>
17. République Française. Article R4127-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Code de la Santé Publique. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006912860](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912860)
18. République Française. Article R4127-47 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Code de la Santé Publique, Article L2123-1 Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006687388](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687388)
19. Pacouret O. Ligature des trompes : la contraception dont on parle (trop) peu ? [Internet]. Kiffe ton Cycle. 2022 [cité 12 août 2025]. Disponible sur: <https://www.kiffetoncycle.fr/ligature-des-trompes/>
20. Serfaty D, Letombe B, La stérilisation féminine en France : qu'en pensent les gynécologues ? Résultats de l'enquête Stéri-Gyn. Genesis ; Novembre 2008, n°135, pp 20-22.
21. Sabbah F, Bonanni N, Foutre N von. « En êtes-vous bien sûre ? » : Difficultés d'accès à la contraception définitive en France. Z : Revue itinérante d'enquête et de critique sociale. 2016;10(1):168-73.
22. Rocton E. Promotion de la santé sexuelle des personnes en situation de handicap mental vivant en institution. Quels enjeux éthiques pour les professionnels du secteur médico-social? [Nantes]: Nantes Université; 2023.
23. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. ANSM. 2024 [cité 12 mai 2025]. Actualité - Le nombre de vasectomies a été multiplié par 15 en 12 ans en France, depuis 2021 il dépasse le nombre de stérilisations féminines. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/le-nombre-de-vasectomies-a-ete-multiplie-par-15-en-12-ans-en-france-depuis-2021-il-depasse-le-nombre-de-sterilisations-feminines>

