

## Avis et recommandations de la Commission d'Éthique Clinique au sujet de la stérilisation des jeunes femmes nullipares

---

La Commission d'éthique clinique a été saisie concernant le thème susmentionné.

Ci-après l'énoncé du contexte retenu par la Commission (I), un rappel du cadre légal applicable (II), puis un exposé des différents enjeux éthiques que ce contexte révèle (III), et enfin nos conclusions et recommandations (IV).

### I. Contexte

La problématique examinée concerne le traitement des demandes de stérilisation faites par des personnes majeures – femmes ou hommes – a priori capables de discernement, n'ayant pas encore eu d'enfant, étant précisé que ces demandes sont formulées au motif de leur volonté de bénéficier d'une contraception pérenne/définitive après avoir exclu d'autres moyens de contraception hormonaux ou mécaniques. Les raisons invoquées sont relatives à un choix de vie sans enfant (désir de ne pas avoir d'enfant biologique) et la volonté d'une contraception définitive, c'est-à-dire sans aucun motif médical autre que celui de rechercher une contraception alternative à une contraception hormonale à long terme, à un stérilet ou autre. Le but poursuivi peut également être une optimisation de soi, permettant de s'épanouir dans la vie, sans enfant (mouvement *childfree*). Dans une société, où la famille constitue encore un pilier de l'organisation sociale, la stérilisation définitive chez de jeunes personnes sans enfant tend à la remettre en cause. De plus, la difficulté résulte du caractère définitif de la stérilisation, confronté au caractère potentiellement fluctuant du désir d'enfant au cours de la vie, aussi bien chez les hommes que chez les femmes durant l'âge de procréation.

Le traitement sollicité consiste en une intervention invasive, pour les femmes en principe une ligature des trompes, et pour les hommes une vasectomie qui est à considérer comme une contraception définitive selon la loi. La réversibilité de ces interventions dites de reperméabilisation n'est pas ou peu envisageable dans la mesure où les chances de succès des traitements chirurgicaux pour retrouver une fertilité sont imitées, ce d'autant plus lorsqu'un long délai s'écoule entre la stérilisation et la reperméabilisation. Cette dernière est chirurgicale, considérée comme possible, mais difficile et d'efficacité incertaine. En-dehors de raisons de santé (physique) qui justifieraient médicalement la stérilisation et la rendraient nécessaire, un tel traitement est d'autant plus problématique lorsque la demande de stérilisation est faite par une personne jeune et/ou sans enfants, à l'instar de votre patiente de 22 ans dont la demande a été délibérée avec l'Unité d'éthique clinique.

Le fait de ne pas avoir eu d'enfant et/ou le jeune âge des personnes concernées qui demandent une stérilisation soulève différents questionnements éthiques, que nous proposons d'analyser ci-après, dans la suite de la présentation du cadre légal applicable.

### II. Cadre légal

Le cadre légal applicable est déterminé, d'une part, par les principes généraux applicables en droit médical et, d'autre part, par la réglementation légale spéciale relative à la stérilisation.

De manière générale en droit suisse, toute atteinte à la personnalité d'une personne physique - par exemple par un traitement médical invasif - doit être justifiée par son consentement, par un intérêt prépondérant privé ou public ou par la loi, sous peine d'être illicite. En droit médical, ce principe général est concrétisé par le cadre légal (cantonal) régissant les relations entre patients et soignants, lesquelles

sont déterminées autant dans les droits des patients et les devoirs des professionnels de la santé, que dans la définition des compétences et rôles des médecins. Selon cette définition, le médecin a seul qualité pour notamment déterminer ou apprécier l'état physique ou psychique d'une personne, prescrire un traitement et en déterminer l'indication médicale, sous réserve des compétences attribuées aux autres professionnels de la santé. Une personne majeure ou mineure peut consentir à un traitement médical invasif propre à atteindre son intégrité corporelle de manière libre et éclairée pour autant qu'elle soit capable de discernement. La capacité de discernement est composée, d'une part, de la faculté intellectuelle d'agir et de décider raisonnablement et, d'autre part, de la faculté d'exprimer librement sa volonté, toute personne majeure, non atteinte de déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables étant présumée capable de discernement.

La loi fédérale sur la stérilisation règle plus spécialement les conditions auxquelles une stérilisation est autorisée à des fins contraceptives, ainsi que la procédure applicable. Au sens de la loi, la stérilisation consiste à supprimer de manière permanente, par une intervention médicale, les facultés reproductrices d'une personne, excluant de cette définition les interventions de nature thérapeutique qui ont pour effet secondaire inévitable de supprimer les facultés reproductrices de la personne. La stérilisation ne peut être pratiquée que par un médecin.

La stérilisation est interdite sur les personnes mineures, même capables de discernement, de même que sur les personnes majeures passagèrement incapables de discernement. Elle est possible sur une personne majeure capable de discernement avec son consentement libre et éclairé donné par écrit et le médecin doit consigner au dossier médical les éléments qui ont fondé son appréciation de la capacité de discernement. L'intervention sur les personnes majeures capables de discernement sous curatelle de portée générale obéit à une condition supplémentaire, soit celle de recueillir l'approbation de l'autorité de protection de l'adulte avant l'intervention, cette autorité se prononçant sur la base d'un second avis médical et, si nécessaire, sur une expertise psychiatrique portant sur la capacité de discernement de la personne sous curatelle. Enfin, la stérilisation d'une personne âgée de plus de 16 ans et durablement incapable de discernement est par principe interdite, sous réserve d'une autorisation exceptionnelle à des conditions restrictives prévues par la loi.

Comme on l'a vu, le médecin bénéficie dans le cadre de ses attributions légales d'une marge d'appréciation, que ce soit dans l'établissement d'un diagnostic et de l'indication médicale du traitement ou la prescription d'une thérapie et il porte la responsabilité d'effectuer la stérilisation dans le respect des conditions légales et des règles de bonnes pratiques. Par ailleurs, le Tribunal fédéral a reconnu à plusieurs reprises la liberté de choix et d'appréciation du médecin et il a précisé que « (...) le patient n'est certes jamais tenu d'accepter un traitement dont il ne veut pas, mais [que] cette liberté ne lui confère aucunement en pareil cas le droit d'exiger, au contraire, un traitement déterminé ».

En synthèse, le cadre légal prévoit une prise de décision conjointe du patient et du médecin qui évalue la demande de stérilisation et qui pratique l'intervention; il en découle une responsabilité partagée dans des champs respectifs. Le cadre légal prévoit ainsi de respecter l'exercice de l'autonomie reconnue au patient capable de discernement, mais également la responsabilité médicale relative au respect des bonnes pratiques dans l'appréciation de la capacité de discernement, de la situation thérapeutique, du recueil du consentement libre et éclairé et, bien-sûr, dans la réalisation de l'intervention en soi. Bien qu'il s'agisse d'une mesure invasive et médicale, la stérilisation n'a pas une finalité thérapeutique puisqu'elle a pour but la contraception. Il s'agit par conséquent d'une décision éminemment personnelle de la personne concernée où, par définition, l'appréciation médicale est limitée.

Dans la mesure où la stérilisation doit être considérée comme définitive et qu'elle procède d'un acte médical, une tension éthique peut survenir entre, d'une part, la liberté de choix de la personne concernée de bénéficier de ce type de contraception par procédure chirurgicale découlant de l'autonomie des patients et, d'autre part, le malaise du médecin face à ce choix définitif et sa crainte,

déoulant du principe déontologique de ne pas nuire, de supprimer une fonction physiologique du corps et/ou d'induire chez son/sa patient/e un regret à terme de ne pas pouvoir procréer.

### III. Enjeux éthiques

#### 1. Autonomie

Comme on l'a vu ci-dessus, une personne peut prendre des décisions médicales la concernant, à condition d'avoir sa capacité de discernement. Au sens usuel, la personne peut donc exercer son autonomie, à condition d'avoir reçu l'information adéquate à sa compréhension, d'avoir compris l'information délivrée, d'être capable de faire un choix raisonné et motivé, et de le démontrer. Pour consentir, elle devra de plus être libre de toute contrainte.

La décision doit pouvoir être motivée par la personne concernée mais cette motivation peut reposer sur des choix de vie et un système de valeurs qui n'ont pas à être partagés par les professionnels de la santé. En termes de risques/bénéfices qu'implique la procédure médicale, plus celle-ci comporte de risques pour la personne concernée, plus la décision devrait être légitimée par des bénéfices proportionnels et cohérente dans son système de valeurs.

S'agissant des arguments présentés lors d'une demande de stérilisation contraceptive par des personnes relativement jeunes et sans enfant, la littérature cite notamment celui de ne pas vouloir mettre au monde un enfant par crainte de ne pas être à la hauteur de cette responsabilité (raisons matérielles, professionnelles, psychologiques) ou parce que le monde actuel ne leur semble pas propice pour élever un enfant, ou un choix par absence d'alternatives idéales, ainsi que l'expression d'une liberté fondamentale de décider pour son propre corps et pour sa propre vie (slogan « *mon corps, mon choix, mon droit* »).

##### i. Place de la souffrance dans le respect de la décision autonome

Lorsque la personne concernée évoque une souffrance passée ou actuelle comme motif de stérilisation - par exemple une jeunesse difficile avec une histoire familiale problématique -, la question du rôle de cette souffrance dans l'exercice de l'autonomie peut se poser. Dans ce cas, un risque existe que la souffrance motivant la volonté de ne pas procréer soit le motif principal de la demande de stérilisation et que la personne puisse regretter sa décision ultérieurement si cette souffrance venait à disparaître ; par voie de conséquence, le motif justificatif tomberait également.

Cependant, il faut souligner que lorsqu'une personne motive sa décision, il n'y a pas de motifs plus louables ou acceptables que d'autres dès lors qu'ils sont licites. La souffrance en général est un motif reconnu pour beaucoup d'interventions médicales. La structure psychologique d'une personne est inhérente à son passé et elle est propre à influencer toutes ses décisions. Si elle ne remet pas en soi la question de la capacité de discernement, une souffrance avérée peut néanmoins justifier l'offre d'une aide professionnelle pour mieux la gérer, indépendamment de la décision de stérilisation.

Il pourrait alors être proposé d'effectuer un accompagnement de cette souffrance évoquée par la personne, dans le but de séparer l'aide relative à cette souffrance de la décision de stérilisation, la personne restant dans tous les cas libre d'accepter ou non cette offre.

## ii. Autonomie et temporalité

Chaque personne évolue tout au long de sa vie. Les perspectives et expériences de vie ne sont pas les mêmes à 20 ans qu'à 30 ou 40 ans. Il est d'autant plus intéressant de relever que les valeurs et les projets de vie se forment et se modifient passablement entre 20 et 30 ans (catégorie des «young adults»). Les représentations, certitudes et incertitudes relatives aux perspectives d'évolution dans leurs parcours de vie diffèrent en fonction de l'âge des personnes et des événements de la vie. Reste que l'autonomie de prendre ses propres décisions et d'en assumer les conséquences semble être un élément important de développement à toute âge.

Ainsi, la préoccupation principale des médecins concernant les demandes de stérilisation par des personnes de jeune âge et/ou sans enfant est celle de la persistance de leur choix dans le temps, même s'ils peuvent être convaincus de l'autonomie actuelle de la personne concernée au sujet de leur demande de stérilisation. Cette préoccupation est légitime dans la mesure où les études sur le sentiment de regret après stérilisation tubaire estimée comme définitive, montre que la fréquence du regret et/ou des demandes de reperméabilisation/FIV (de l'ordre de 10 à 20%) est directement corrélée avec le jeune âge de la femme au moment de la décision et le nombre d'années écoulées depuis la stérilisation. Par contre, même si ça peut sembler surprenant, il semble que les jeunes femmes nullipares soient moins sensibles au sentiment de regret que celles ayant déjà eu des enfants au moment de la stérilisation. Du côté masculin, la littérature montre que le sentiment de regret est également une réalité chez les hommes ayant choisi la vasectomie. Une étude belge estime à 7,5% le nombre d'hommes qui demandent une chirurgie restauratrice.

Est-ce que le souci médical de protéger la personne concernée contre des risques futurs de regrets si on devait accéder à sa demande pourrait dès lors constituer un des motifs pour refuser la demande de stérilisation ? Effectivement, les valeurs et projets de vie - en tant que facteurs majeurs définissant notre autonomie - se modifient au cours de notre vie. En contrepartie, notre liberté décisionnelle inclut toujours la possibilité que notre choix actuel ne corresponde plus à notre choix futur. Il faut toutefois admettre que ce risque fait partie de notre liberté du moment présent, d'autant plus quand la personne concernée exprime en avoir conscience et vouloir assumer maintenant des potentiels regrets futurs et leurs conséquences. De plus, il semble un ingrédient essentiel pour la maturation d'un jeune adulte de pouvoir assumer des risques pour sa propre vie et même d'être autorisé à faire des erreurs.

La question qui se pose alors, et qui reste sans doute ouverte, est celle de savoir qui, des médecins ou de la personne concernée, sait maintenant ce que cette dernière voudra plus tard. Dans le principe du respect de l'autonomie de la personne concernée, on doit admettre qu'elle se connaît a priori mieux que quiconque, y compris dans une perspective de son soi futur.

Ainsi, à l'instar de tout traitement médical, la possibilité du regret fait partie intégrante du consentement éclairé et doit faire l'objet d'une information circonstanciée de la part de tous les professionnels de la santé qui interviennent en lien avec la demande de stérilisation. Sur cette base, la décision éclairée de la personne concernée et ses éventuelles conséquences à terme relèvent de sa responsabilité.

## iii. Autonomie et jeune âge

Alors que la loi donne théoriquement la possibilité à toute personne majeure capable de discernement d'accéder à une stérilisation contraceptive, la question de l'âge minimum ou de la maturité suffisante pour ce faire est régulièrement soulevée. Cette question peut être légitime au vu de l'âge moyen constaté en Suisse auquel les femmes et les hommes ont leur premier enfant, à savoir 32 ans pour les femmes et 35 ans pour les hommes.

En termes de capacité de discernement, cette question ne se pose pas puisqu'elle ne dépend pas de l'âge, mais de la complexité de la décision à prendre, de la faculté de la personne à en saisir ses enjeux, ses risques et conséquences, qu'ils soient à court, moyen ou long terme. Cette capacité de discernement dont découle un consentement éclairé pour un acte comportant un certain nombre de risques implique de fait la capacité de se projeter dans le futur et postule, non pas pour assurer qu'il n'y aura pas de sentiment de regret, que la personne est aujourd'hui consciente qu'elle devra assumer les conséquences de sa décision le cas échéant.

A l'égard de l'âge de la personne concernée pour prendre des décisions ayant des conséquences définitives, des parallèles doivent être faits avec d'autres interventions médicales : est ainsi par exemple admis l'accès à l'avortement à une jeune femme de 16 ans capable de discernement (même s'il ne s'agit pas d'une décision irréversible sur son corps mais d'une décision de responsabilité accrue sur un autre être humain) ou l'accès à la chirurgie esthétique à certaines conditions aux majeurs capables de discernement.

Il est donc relevant de s'assurer que la personne sollicitant la stérilisation soit informée du risque de regret ultérieur de ne plus jamais pouvoir concevoir d'enfant, particulièrement au vu de l'âge actuel moyen en Suisse des personnes ayant leur premier enfant et des études sur le risque de regret lorsque la stérilisation est effectuée avant l'âge de 30 ans.

Sur cette base et partant de l'idée qu'une personne - bien informée et capable de discernement en regard des bénéfices et risques attendus qu'elle se dit prête à assumer - peut consentir librement et de manière éclairée, lui interdire l'accès à la stérilisation à but contraceptif au motif d'un âge inférieur à 30 ans pourrait procéder d'une condescendance et d'un paternalisme injustifiés. A priori en effet, il n'y a aucune raison que le désir futur d'enfant correspondra mieux aux intérêts de la personne que son désir actuel de ne jamais en avoir.

## **2. Bienfaisance de l'acte médical et intérêts présumés de la personne concernée**

Contrairement au paternalisme par lequel le médecin agit selon ce qu'il croit être les intérêts de la personne concernée (selon ses propres valeurs et croyances), le principe de bienfaisance présume que le médecin agit dans l'intérêt de son patient en prenant en compte le système de valeurs de ce dernier. La stérilisation met en conflit les bénéfices actuels qu'offre une telle contraception pour la personne concernée de ne pas avoir d'enfant biologique avec le risque que ces bénéfices disparaissent si elle devait un jour regretter la stérilisation. On ne saurait partir du principe que répondre à un éventuel désir futur est plus légitime que d'accéder à la volonté actuelle de la personne concernée. De même, on ne peut déduire que la réponse aux hypothétiques désirs futurs est dans le meilleur intérêt de la personne concernée que sa volonté actuelle.

Si l'on doit se référer aux statistiques sur l'âge auquel les personnes ont leur premier enfant en Suisse et le nombre de femmes et d'hommes qui regrettent d'avoir été stérilisés, le médecin impliqué doit s'assurer de l'information complète de la personne à ce sujet et définir avec elle et sur la base des motifs invoqués quel est son meilleur intérêt actuel, d'une part, et futur, d'autre part. Pour ce faire, un temps de réflexion raisonnable, suivant le parcours et la situation de la personne de 2 à 6 mois au plus après l'entretien, peut s'avérer justifié et être recommandé, dès lors que les autres conditions sont remplies.

## **3. Non malfaisance de l'acte médical**

La stérilisation de personnes jeunes et/ou sans enfant met en tension l'autonomie de la personne concernée et le souci du médecin que l'acte médical qu'il va pratiquer n'induisse, avec une certaine

probabilité, un regret de ne plus pouvoir procréer, et partant, une souffrance chez son patient. De plus, dans cette hypothèse de regret ultérieur, le médecin pourrait se sentir complice de sa survenance, en ayant mal interprété la pertinence du désir de stérilisation. Cela étant, le risque existe également que le refus du médecin de donner suite à la demande motivée d'une personne engendre une souffrance, actuelle et/ou future également. Il n'est de même pas exclu qu'une grossesse non désirée après un refus de stérilisation provoque de graves problèmes, notamment de nature psychologique, chez la personne concernée.

Le principe de non-malfaisance incite les professionnels de santé à minimiser tout risque et dommage pour le patient et à justifier les risques et dommages inévitables par leur proportionnalité avec les bénéfices escomptés. Sous l'angle de ce principe, une stérilisation à but contraceptif constitue l'abolition irréversible d'une fonction physiologique et peut, du coup, être perçue comme une atteinte majeure et grave à l'intégrité corporelle. Il y a une certaine similarité avec d'autres personnes en bonne santé qui demandent, pour des raisons personnelles, une intervention médicale pour supprimer une fonction du corps, par exemple une amputation d'un membre ou une intervention pour rendre la personne sourde ou aveugle. Dans un certain contexte social, ces interventions pourraient promettre un bénéfice psychologique pour la personne (p.ex dans une famille et communauté de sourds ou d'aveugles). Cependant, la contraception est généralement considérée comme une forme de suppression d'une fonction physiologique socialement acceptée et pratiquée à large échelle et qui n'est ni visible ni mutilante. De plus, la procréation est une fonction physiologique qui est moins essentielle pour la vie quotidienne de l'individu - et à laquelle renoncent beaucoup de gens librement - que les fonctions de la marche, de l'ouïe et de la vue.

Sachant que la stérilisation à des fins contraceptives est une intervention médicale – qui, rappelons-le, est considérée par l'ASSM comme une atteinte grave à l'intégrité physique et psychique de la personne - et que la prise en compte de la souffrance potentiellement associée à court comme à long terme à cet acte fait partie intégrante du soin, il revient au médecin et aux soignants concernés de porter sur cet aspect de la question une attention clinique particulière. La prise de décision dans le cas de toute demande de stérilisation volontaire à but contraceptif et ce indépendamment de l'âge de la personne, devrait s'inscrire dans un processus de « décision partagée ».

Néanmoins, le médecin a le droit de refuser un mandat d'intervention médicale en raison d'un conflit de valeurs personnelles que l'acte susciterait. Ce cas de figure peut être assimilé à une forme d'objection de conscience et ne constitue pas une décision clinique ; dans ce cas, la personne doit être référée à un autre praticien afin que sa demande soit traitée en toute objectivité. En tant qu'hôpital public et service de l'Etat, le CHUV doit assurer qu'un remplaçant soit trouvé au sein de l'établissement pour ne pas priver l'accès à la stérilisation si les conditions sont remplies. Une telle organisation est d'autant plus aisée que l'acte est effectué de manière élective.

#### **IV. Conclusions et recommandations**

En conclusion, il existe un droit reconnu aux femmes et aux hommes majeurs et capables de discernement de demander une stérilisation à des fins contraceptives. Sur le terrain, on peut toutefois observer actuellement certaines différences de pratiques et de conditions de mise en œuvre d'une demande de stérilisation qu'elle soit faite par une femme ou un homme. Au sens des éléments présentés, aucun critère éthique ne permet de justifier une éventuelle discrimination de sexe et/ou de genre entre les personnes qui sollicitent une stérilisation contraceptive.

Comme tout acte invasif, et ce d'autant plus en raison du caractère estimé comme définitif de la procédure médicale considérée, un processus particulièrement soigné du recueil de consentement libre et éclairé doit être mis en place. Les personnes demandant une stérilisation doivent ainsi être informées sur les différents risques relatifs à la procédure médicale en soi et sur les risques de regret de ne

pouvoir procréer ressenti à terme. L'information doit également porter sur les alternatives de contraception et sur les statistiques concernant l'âge moyen auquel, en Suisse, les personnes ont leur premier enfant, ainsi que sur le risque de regret mis en évidence pour les personnes âgées de moins de trente ans lors de la stérilisation. Pour s'assurer de la constance de la demande et de la persistance des motivations de la personne concernée, un délai d'attente et de réflexion s'avère judicieux, cela indépendamment de l'âge mais pour s'assurer que la décision est mûrement réfléchie.

Sur la base des éléments présentés ci-dessus, notre commission fait les recommandations suivantes.

Toute stérilisation à des fins contraceptives devrait être précédée des étapes suivantes:

**a) une consultation initiale comprenant :**

- une anamnèse, incluant notamment le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pour les femmes, l'utilisation antérieure d'autres méthodes contraceptives.
- une discussion sur les motifs de la demande.
- une discussion permettant de s'assurer que la volonté de la personne est libre, motivée et délibérée. Les éléments permettant d'établir la capacité de discernement doivent être documentés au dossier médical.
- une information orale et écrite sur les méthodes contraceptives alternatives, les techniques de la stérilisation envisagée (modalités de l'intervention, efficacité, irréversibilité, risques et complications, avantages de la vasectomie [efficacité supérieure et risques moindres]), le risque de regret ultérieur, notamment chez les personnes de jeune âge.
- afin de renforcer la capacité décisionnelle de la personne, une proposition - au besoin et non systématiquement - d'un accompagnement pour l'aider à prendre sa décision devrait être faite, plus particulièrement si une hésitation est sous-jacente ou si une souffrance passée se révèle être à l'origine de la demande (planning familial, psychologue, voire psychiatre).

**b) un délai de réflexion**

- prévoir un délai de réflexion, suivant le parcours et la situation de la personne, de 2 à 6 mois au plus.

**c) une consultation préopératoire comprenant**

- une confirmation écrite de la personne portant sur sa volonté, libre et pleinement éclairée (risques, effets, regrets éventuels), d'accéder à l'intervention à visée de stérilisation.

Les démarches énumérées ci-dessus devraient être toujours menées dans le respect du principe de l'autonomie de la personne concernée en matière de contraception. Elles doivent également être documentées à son dossier médical.

Dans la mesure où une stérilisation ne procède pas d'un acte fait en urgence, l'institution doit s'assurer de respecter une éventuelle objection de conscience exprimée par les professionnels impliqués tout en garantissant une prise en charge de qualité et respectueuse de la personne concernée.

En vue de la mise en œuvre de ces recommandations, la Commission suggère de mettre à jour les documents d'information et de consentement à la stérilisation/vasectomie à l'attention des patient-e-s.

Professeur Gian Domenico Borasio  
Président  
Commission d'éthique clinique  
Octobre 2020

## Bibliographie

Académie Suisse des Sciences Médicales / Fédération des médecins suisses, Bases juridiques pour le quotidien du médecin. Un guide pratique, 2020

CC article 16.

Code civil suisse du 10.12.1907, article 28 (CC, RS 210).

Emma Tillich, « Libérées, délivrées ! » : stérilisées et sans enfant, Presses universitaires de France « Ethnologie française », 2019/4 No 176, p. 787 à 801.

HAS, Fiche mémo, Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et la femme, avril 2013, mise à jour juillet 2019; The American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee opinion, No 695, avril 2017.

Laurence Charton. Le recours à la stérilisation contraceptive, quelques considérations éthiques. Revue des Sciences Sociales, 2008, n° 39, « Éthique et santé ».

Loi fédérale sur les conditions et la procédure régissant la stérilisation de personnes du 17.12.2004, article 1 (Loi sur la stérilisation, RS 211.111.1).

Loi sur la stérilisation articles 2 à 7 et suivants

Loi vaudoise sur la santé publique du 29.05.1985, chapitre III, spécialement article 21 Droit à l'information et article 23 Consentement libre et éclairé (LSP, BLV 800.01).

LSP article 21 alinéa 1.

LSP article 94.

MANAĭ, p. 70 et Arrêt du 16.01.1998, SJ 1998 269, 273-274.

P. Nervo et al. Regrets après sterilization tubaire. Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction, 2000;29:485-491.

Kathryn M. Curtis et al. Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. Contraception 73, 2006, 205-210.

Piers Benn, Martin Lupton, Sterilisation of young, competent, and childless adults, Ethics in practice, BMJ 2005 ;330 :1323-5, p. 1324.

U. Valerie et al. Pregnancy after vasectomy: surgical reversal or assisted reproduction?. Human Reproduction, Vol.33, No.7, 2018