

# Le risque de paternalisme dans le recours à l'éthique narrative : le cas de la stérilisation volontaire chez les femmes sans enfant de moins de 30 ans

Arthur Filleul

Volume 8, Number 1-2, 2025

Numéro hors-thème & Leçons tirées de la COVID  
Open Issue & Lessons from COVID

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1117876ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1117876ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Filleul, A. (2025). Le risque de paternalisme dans le recours à l'éthique narrative : le cas de la stérilisation volontaire chez les femmes sans enfant de moins de 30 ans. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 8(1-2), 135–137. <https://doi.org/10.7202/1117876ar>

Article abstract

This text is a commentary on Masella and Marceau's article on voluntary sterilization in childless women under 30. I argue that their publication is essential for a rigorous analysis of the ethical dilemma between women's autonomy and medical paternalism. However, I also suggest that their proposal of a narrative ethics approach as a solution to the ethical dilemma opens the way to a more insidious, but no less problematic, paternalism. That is, a narrative ethics can, paradoxically, reactivate paternalistic dynamics and amplify epistemic and social injustices.

© Arthur Filleul, 2025



This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

**érudit**

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>

RÉPONSE À - ARTICLE / RESPONSE TO - ARTICLE

## Le risque de paternalisme dans le recours à l'éthique narrative : le cas de la stérilisation volontaire chez les femmes sans enfant de moins de 30 ans

Arthur Filleul<sup>a, b, c</sup>

**Texte discuté/Text discussed:** Masella MA, Marceau E. [La stérilisation volontaire chez les femmes sans enfant de moins de 30 ans : dilemme éthique et déontologique](#). *Can. J. Bioeth / Rev Can Bioeth.* 2020;3(1):58-69.

### Résumé

Ce texte est un commentaire en réaction à l'article de Masella et Marceau, portant sur la stérilisation volontaire chez les femmes sans enfant de moins de 30 ans. Je soutiens que leur publication est essentielle pour permettre une analyse rigoureuse du dilemme éthique entre autonomie des femmes et paternalisme médical. Cependant, je suggère aussi que leur proposition d'une approche d'éthique narrative comme solution au dilemme éthique ouvre la voie à un paternalisme plus insidieux, mais tout aussi problématique. C'est-à-dire qu'une éthique narrative peut, paradoxalement, réactiver des dynamiques paternalistes et amplifier des injustices épistémiques et sociales.

### Mots-clés

bioéthique, éthique narrative, injustice épistémique, paternalisme, stérilisation

### Abstract

This text is a commentary on Masella and Marceau's article on voluntary sterilization in childless women under 30. I argue that their publication is essential for a rigorous analysis of the ethical dilemma between women's autonomy and medical paternalism. However, I also suggest that their proposal of a narrative ethics approach as a solution to the ethical dilemma opens the way to a more insidious, but no less problematic, paternalism. That is, a narrative ethics can, paradoxically, reactivate paternalistic dynamics and amplify epistemic and social injustices.

### Keywords

bioethics, narrative ethics, epistemic injustice, paternalism, sterilization

### Affiliations

<sup>a</sup> Unité de recherche en éthique pragmatique de la santé, Institut de recherches cliniques de Montréal, Montréal, Québec, Canada

<sup>b</sup> Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

<sup>c</sup> Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain, Montréal, Québec, Canada

**Correspondance / Correspondence:** Arthur Filleul, [arthur.filleul@umontreal.ca](mailto:arthur.filleul@umontreal.ca)

Marie-Alexia Masella et Emmanuelle Marceau, dans leur article paru en 2020 dans la *Revue canadienne de bioéthique*, explorent le dilemme éthique et déontologique de la stérilisation volontaire chez les femmes sans enfant de moins de 30 ans (1). La première force de l'article est la précision des données médicales, fondées sur des données probantes actuelles, qui offrent un cadre clair pour évaluer les avantages et les inconvénients de la procédure de stérilisation. L'argumentation éthique repose ainsi sur trois faits médicaux consensuels : les risques pour les femmes sont faibles, la procédure est efficace, l'intervention est irréversible. Un deuxième point fort de l'article réside dans sa capacité à retracer les évolutions sociales et sociétales. Les auteures révèlent les motivations profondes qui poussent ces femmes à ne pas avoir d'enfant : se concentrer sur leur relation de couple, privilégier leur carrière professionnelle, voyager, ou simplement rechercher une plus grande liberté. L'article souligne également les raisons qui incitent certaines femmes à opter pour la stérilisation comme méthode de contraception : garantir une efficacité maximale face à la peur de l'avortement, l'intolérance aux hormones entraînant des états dépressifs ou une baisse de libido. L'article démontre que le choix de ne pas avoir d'enfant découle d'une réflexion approfondie et la décision de recourir à la stérilisation répond à des problèmes sérieux.

Enfin, les auteures décrivent les dilemmes rencontrés par les professionnels de santé, notamment la peur d'aller à l'encontre de leurs obligations déontologiques (ex. : ne pas nuire) ou de voir les femmes regretter leur décision. Ces craintes poussent les soignants à restreindre l'accès des femmes à la stérilisation définitive via des critères implicites et subjectifs pour juger de la légitimité d'une demande de ligature des trompes, tels que l'âge, le nombre d'enfants ou le statut marital (2). Or, ces critères ne sont ni médicalement ni éthiquement fondés (3,4). Les auteures montrent ainsi comment des normes sociales, particulièrement l'hétéronormativité ou l'idéologie pronataliste du « toute femme doit devenir mère », sont ancrées et peuvent justifier, sous couvert de bienfaisance, un paternalisme médical dur. Loin de nier la légitimité de ces vécus et inquiétudes de la part des médecins, cette situation nous invite à réfléchir sur ce qui est perçu comme choquant et à ne pas le confondre avec ce qui est réellement contraire à l'éthique. Cela nous pousse à distinguer les émotions suscitées par des choix jugés « hors-norme » de leur légitimité dans le débat éthique.

Ainsi, l'article présente très bien cette tension éthique qui oppose le paternalisme dur à la reconnaissance pleine de l'autonomie, ici comprise comme l'autodétermination des femmes dans leurs choix de santé. Après cette mise en lumière de la tension, les auteures proposent d'explorer le dilemme via une approche d'éthique narrative (1). Cette éthique implique une collaboration plus approfondie entre patientes et médecins, visant à concilier le respect de l'autonomie et les perspectives du

corps médical, afin d'aboutir à une décision jugée « bénéfique ». Je souhaite mettre de l'avant que l'éthique narrative possède des avantages et de nombreux champs d'applications tout à fait pertinents, mais que celui-là précisément n'en est pas un à mon sens. Dans ce cas précis, cette éthique narrative constitue une faiblesse de l'argumentation et maintient une certaine forme de paternalisme, plus douce, mais tout aussi problématique.

Dans une approche narrative, où le dialogue entre le patient et le professionnel de santé joue un rôle central dans la prise de décision, il est inévitable que les valeurs personnelles du thérapeute influencent le processus (5). Elle peut alors réintroduire une forme de paternalisme doux, où le soignant oriente subtilement, intentionnellement ou non, les décisions de la patiente selon ses propres convictions. En clair, nous serions face à ce que l'on nomme des « *nudges* » (6), ces techniques qui influencent les comportements ou les décisions des patientes, soi-disant « sans restreindre leur liberté de choix » (7). Dans le cas de la stérilisation des femmes de moins de 30 ans, si le professionnel de santé a des réserves personnelles ou professionnelles concernant cette intervention, il pourrait privilégier plus ou moins consciemment des arguments qui dissuadent la patiente. Par exemple, en n'évoquant que les risques des interventions, plutôt que les bénéfices liés à cette intervention, jouant ainsi sur la sensibilité plus forte des risques et la perte qu'aux bénéfices (8). Cette dynamique de dialogue crée une dépendance à la subjectivité du soignant, qui devient l'arbitre des valeurs et du « bien » à suivre (5). Le médecin qui jugerait une femme sans enfant trop jeune pour avoir accès à une stérilisation définitive pourrait tenter, sans la demande ou l'accord de la patiente, de faire part de son propre vécu, de comment ses enfants ont changé sa vie pour le mieux, afin de profiter de leur forte relation thérapeutique pour influencer les décisions de certaines femmes. Cela va à l'encontre du principe d'autodétermination qui devrait guider les décisions concernant des choix aussi personnels et intimes que le choix d'une méthode d'une contraception (définitive ou non).

Deuxièmement, une approche narrative peut pousser certaines patientes à devoir « séduire » (c'est-à-dire convaincre sans relâche) l'équipe médicale pour obtenir ce qu'elles souhaitent (9). Elles doivent justifier leur désir de manière à le rendre acceptable aux yeux du médecin, ce qui peut créer une dynamique verticale et maintenir un pouvoir inégalitaire. Par exemple, elle peut décider de ne pas évoquer une rupture récente par peur de faire croire au médecin que sa décision est prise à la suite de cette situation émotionnellement difficile. L'article de Masella et Marceau illustre cet enjeu lorsqu'elles évoquent le fait que le médecin doit apprendre à « discerner les forces et les faiblesses du récit du patient » (1, p.65). Plutôt que de fonder la décision sur un respect direct de l'autonomie de la patiente, le processus devient un jeu de pouvoir où il faut négocier, et renégocier en permanence, l'accès à ces services. Cette nécessité de « raconter une bonne histoire » pour obtenir l'accord peut amplifier les injustices épistémiques (10), en particulier lorsqu'il existe un déséquilibre dans les capacités de communication ou la littératie en santé entre la patiente et le professionnel. La capacité de bien formuler ses arguments, d'utiliser un langage médical ou sophistiqué, ou même de comprendre les nuances éthiques du débat peut devenir un facteur déterminant dans la prise de décision du corps médical d'accéder à la demande. Cela favorise les patientes ayant un niveau d'éducation ou de communication élevé, créant ainsi une inégalité et des injustices dans l'accès aux soins. Aussi, on peut ajouter que les femmes venant d'un milieu défavorisé, habituellement privées de pouvoirs, ou venant d'un milieu où il n'est pas reconnu légitime de contester le pouvoir médical ne pourra se confronter à l'avis du médecin. Finalement, cela revient à infliger une double peine : les personnes déjà dites « vulnérables » se voient pénalisées une seconde fois, en étant privées de l'accès aux soins qu'elles étaient venues chercher.

Finalement, comme les auteures l'indiquent, l'éthique narrative, impliquant de multiplier les consultations, risque d'allonger inutilement le processus, surtout dans un contexte de pénurie de ressources médicales. Bien qu'elles soulignent un avantage potentiel à prendre plus de temps pour la réflexion, cela pourrait davantage constituer un obstacle supplémentaire dans un parcours déjà long et complexe. Cette approche, bien que louable, semble contradictoire avec leurs arguments précédents. Si l'on considère que « le risque de regrets ou les biais personnels des médecins ne justifient pas le refus d'une stérilisation chez une femme de moins de 30 ans sans enfant, car la décision doit être centrée sur les femmes et non sur un jugement personnel » (2, p.67), quel est alors l'intérêt d'une éthique narrative? Il semble que cette approche soit davantage une réponse aux appréhensions légitimes des soignants face à ces décisions, plutôt qu'une véritable avancée dans l'autodétermination des femmes. En fin de compte, elle risque d'instaurer une dynamique de paternalisme au lieu de favoriser l'émancipation des patientes.

Ainsi, il est clair que l'article de Masella et Marceau contribue de manière importante au débat en bioéthique sur le paternalisme dans le cadre de la stérilisation volontaire des femmes. Mais je resterai prudent sur l'utilisation d'une éthique narrative dans ces situations de décisions personnelles, car elle présente le risque de diluer l'autonomie des femmes, transformant leur décision en une co-construction dont le médecin peut influencer subtilement l'issue.

**Reçu/Received:** 17/11/2024

**Remerciements**

L'auteur souhaite remercier Bryn Williams-Jones, Pauline Lemersre, Jonathan Gervais-Hupé, Sara Nollet et Camille Desforges pour les discussions et les commentaires constructifs.

**Conflits d'intérêts**

Aucun à déclarer. Le contenu de ce texte reflète les opinions de l'auteur et pas nécessairement celles des affiliations.

**Publié/Published:** 28/04/2025

**Acknowledgements**

The author would like to thank Bryn Williams-Jones, Pauline Lemersre, Jonathan Gervais-Hupé, Sara Nollet and Camille Desforges for discussions and helpful feedback.

**Conflicts of Interest**

None to declare. The content of this text reflects the opinions of the author and not necessarily those of the affiliations.

**Édition/Editors:** Erica Monteferrante & Aliya Affdal

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Core Practices](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Core Practices](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

**RÉFÉRENCES**

1. Masella MA, Marceau E. [La stérilisation volontaire chez les femmes sans enfant de moins 30 ans : dilemme éthique et déontologique](#). Canadian Journal of Bioethics/Revue Canadienne de Bioéthique. 2020;3(1):58-69.
2. Amer A. [Barriers to women's access to voluntary sterilization in Canada](#). Undergraduate Research in Natural and Clinical Science and Technology Journal. 2022;6(9):1-7.
3. [Canadian Contraception Consensus Chapter 6 Permanent Contraception](#). Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2015;37(11):S25-39.
4. [Permanent Contraception: Ethical Issues and Considerations: ACOG Committee Statement No. 8](#). Obstetrics & Gynecology. 2024;143(2):e31.
5. Balint M. Le médecin, son malade et sa maladie. Paris: Payot; 1996.
6. Thaler RH, Sunstein CR. Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness. Penguin; 2009.
7. Grüne-Yanoff T. [Old wine in new casks: libertarian paternalism still violates liberal principles](#). Social Choice and Welfare. 2012;38(4):635-45.
8. Novemsky N, Kahneman D. [The boundaries of loss aversion](#). Journal of Marketing Research. 2005;42(2):119-28.
9. Filleul A, Drolet MJ, Hudon A. [Démasquer le paternalisme latent en santé : apports du philosophe Ruwen Ogien](#). Canadian Journal of Bioethics/Revue Canadienne de Bioéthique. 2023;6(2):107-19.
10. Fricker M. Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing. Clarendon Press; 2007.