



**Scarlett-May
FERRIÉ**

Maître de conférences en droit et chargée
de mission au Centre d'éthique clinique
de l'AP-HP



**Nicolas
FOUREUR**

Médecin et responsable du Centre d'éthique
clinique de l'AP-HP

RJPF 307-13

Enfants « intersexes » : l'éthique clinique comme pont entre une législation nouvelle et une pratique médicale traditionnelle ?

Mots clés : • Enfant • Éthique • Intersexe • Liberté d'expression
• Liberté syndicale

Faisant figure de réponse à une demande militante, la loi bioéthique d'août 2021 a bouleversé la pratique médicale établie pour la prise en charge des enfants dits « intersexes »⁽¹⁾. Jusqu'alors, l'habitude consistait à intervenir dès leur plus jeune âge pour gommer les marqueurs de leurs différences⁽²⁾. L'objectif de la loi est exactement inverse en tendant à éviter des interventions médicales sur des enfants en très bas âge lorsque celles-ci ne répondent à aucune nécessité médicale afin de permettre au mineur de consentir – ou non – à l'intervention quand il le pourra.

Si la loi a pris le soin de ne pas utiliser l'expression d'*intersexe* pour lui préférer celle d'enfants porteurs d'une *variation du développement génital*, cette expression reste néanmoins parlante en ce qu'elle évoque immédiatement la particularité de l'entre-deux (« inter ») sexes et de ce que cela engage dans la société actuelle, encore régie par la binarité des sexes incompatible avec l'« inter » catégories⁽³⁾. Il serait en revanche inexact de considérer que toute forme d'intersexuation implique que

le doute sur le sexe de l'enfant soit tel qu'il ne puisse pas être déclaré à l'état civil comme étant de sexe féminin ou masculin⁽⁴⁾. L'intersexuation revêt en effet des formes diverses telles que l'hypospade postérieur ou l'hyperplasie congénitale des surrénales. Ainsi existe-t-il différentes étiologies qui renvoient à un *continuum* de variations du développement génital et l'aspect des organes génitaux est donc plus ou moins inhabituel au regard des représentations du féminin et du masculin⁽⁵⁾. Selon, le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), reprenant les termes du Haut-commissariat aux droits de l'homme des Nations unies, « les personnes intersexes sont nées avec des caractères sexuels (génitaux, gonadiques ou chromosomiques) qui ne correspondent pas aux définitions binaires types des corps masculins ou féminins »⁽⁶⁾. La définition du Conseil de l'Europe est encore plus complète : « on qualifie d'intersexes les personnes, qui, compte tenu de leur sexe chromosomique, gonadique ou anatomique, n'entrent pas dans la classification établie par les normes médicales des corps dits masculins ou féminins. Ces spécificités se manifestent par exemple au niveau des caractéristiques sexuelles secondaires, comme la masse musculaire, la pilosité, la stature, ou des caractéristiques primaires telles que les organes génitaux internes et externes et/ou la structure chromosomique et hormonale »⁽⁷⁾.

Afin de dépathologiser l'intersexuation, le législateur a banni les termes de « pathologie » ou même d'« anomalie » pour adopter une expression jugée neutre, celle de « variation » du développement

(1) Les militants dans le domaine ont alerté des risques de « traumatismes » de procédures médico-chirurgicales précoces et (trop) répétées. Des personnes présentant des VDG peuvent se plaindre des effets secondaires de la prise en charge médicale précoce : infections urinaires à répétition, douleurs lors de rapports sexuels, nombre d'interventions chirurgicales, souffrance psychologique (personnelle ou familiale), troubles de l'image du corps (« anormal » voire « monstrueux »); voir not. Moron-Puech B., Le droit des personnes intersexuées. Chantiers à venir, La Revue des droits de l'homme, 2017, p. 11 et s.

(2) En pratique, il s'agissait après une assignation de sexe, de modifier l'anatomie de la personne pour que celle-ci soit « conforme » à la vision commune et binaire des sexes : fabrication et élargissement de vagin, réduction de clitoris, redressement ou extension de verge, exérèse de gonades ou d'utérus, etc.

(3) Le Sénat fait explicitement le lien entre les deux expressions en définissant les personnes intersexes comme les « personnes concernées par des variations du développement sexuel », voir Rapp. Sénat, Variations du développement sexuel : lever un tabou, lutter contre la stigmatisation et les exclusions, 2017.

(4) Sur la déclaration à l'état civil, qui peut être retardée mais reste marquée par la binarité des sexes, voir les articles 55 et 57 du Code civil.

(5) L'arrêté de bonnes pratiques du 15 novembre 2022 vise des « organes génitaux atypiques » (A. 15 nov. 2022, NOR : SPRP2232078A, art. II-3).

(6) CCNE, avis n° 132, 19 sept. 2019, Questions éthiques soulevées par la situation des personnes ayant des variations du développement sexuel.

(7) Rapp. commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, Droits de l'homme et personnes intersexes, 2015.

génital (VDG)⁽⁸⁾. Le changement engagé par la loi n'est bien sûr pas seulement terminologique et la dépathologisation passe avant tout par la réduction des interventions médicales⁽⁹⁾.

L'entrée en vigueur de la loi de bioéthique de 2021 a propulsé sur la scène médicale pédiatrique le paradigme de l'autodétermination dans laquelle la personne est libre de choisir comment disposer de son corps : libre de préserver son intégrité corporelle comme libre d'y porter atteinte. Si le droit à l'autodétermination avait déjà reçu plusieurs applications en matière médicale (en particulier dans le cadre des demandes d'aide au suicide), il n'avait que peu de résonance en pédiatrie⁽¹⁰⁾. En effet, par principe, l'autorité parentale gouverne les décisions relatives aux mineurs car ils sont frappés par le Droit d'une incapacité d'exercice, incapacité juridiquement présumée en raison de l'immaturité de leur volonté⁽¹¹⁾. Dès lors, ils sont presque naturellement exclus de la sphère de l'autodétermination, en particulier les nouveau-nés, et confiés à la volonté de leurs parents qui décident, en concertation avec les médecins, de l'intérêt de pratiquer une intervention réparatrice sur un pied bot ou même des oreilles décollées. Tout au plus, le consentement du mineur doit-il être systématiquement recherché s'il est « apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision »⁽¹²⁾. Dans le cadre des enfants porteurs de VDG, la situation créée par la loi est hybride : les nouveau-nés n'ont bien sûr aucune capacité d'autodétermination, aucune aptitude à choisir pour eux-mêmes, mais la loi impose de reporter toute intervention médicale non nécessaire au jour où ils pourront consentir. Elle impose ainsi une sorte de mise en veille le temps que l'enfant développe son autonomie. Pendant cette veille, les enfants ne peuvent encore décider pour eux-mêmes, les parents sont exclus du dispositif, seul reste le consensus médical. En effet, d'après l'article L. 2131-6 du CSP, il revient désormais aux médecins très spécialisés dans les VDG de se réunir au sein d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) nationale pour établir un diagnostic afin de vérifier si la situation clinique du patient entre dans le champ d'application de la loi puis, dans l'affirmative, d'évaluer la nécessité médicale pour faire une proposition thérapeutique en application du principe de proportionnalité. Le principe est classique mais son rappel exprès dans

cette situation témoigne de la volonté du législateur de diminuer les interventions aux conséquences irréversibles sur les organes génitaux des enfants. La loi va en outre plus loin que le simple rappel du principe. Elle énonce explicitement que la proposition thérapeutique peut constituer en une abstention et promeut de rechercher systématiquement le consentement du mineur « s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ». Ce sont en particulier les actes médicaux effectués pour « corriger » l'apparence des organes génitaux qui sont visés⁽¹³⁾.

En pratique, différents points de blocage font échec à ce que la mise en œuvre de la loi transforme les mentalités et soit à la hauteur de son ambition de dépathologisation. Au contraire, il semblerait qu'elle ait contribué à figer les oppositions entre ceux qui – fidèles à leur logique réparatrice – sont favorables à une intervention médicale précoce et ceux qui – suivant l'esprit de la loi nouvelle – prônent l'abstention de la médecine avant d'obtenir le consentement du patient. Chacun défend des arguments reposant sur des principes divergents et la discussion, si elle a lieu, ressemble à un dialogue de sourds (I). Dans ce contexte tendu, l'éthique clinique peut-elle permettre de dépasser ces oppositions (II) ?

I – Constater les oppositions

Afin d'étudier le retentissement des nouvelles dispositions légales sur les prises de décisions médicales, le Centre d'éthique clinique de l'AP-HP (Cec) a mis en place une étude qualitative et multidisciplinaire auprès de parents d'enfants porteurs de VDG et de professionnels de santé spécialisés. La tenue de quatorze RCP a également été observée⁽¹⁴⁾. Les résultats témoignent de plusieurs niveaux de blocage dans l'application de la loi. Il y est chaque fois question de responsabilité. Les professionnels rencontrés mettent en avant que leur responsabilité est de ne pas faire perdre de chance médicale aux enfants concernés en réparant leurs « malformations » génitales. Les parents rencontrés se sentent écartés de leur responsabilité parentale en étant exclus du processus décisionnel, ils craignent que des abstentions thérapeutiques trop incertaines placent leurs enfants dans une situation de « cobaye ». Quant au consentement de l'enfant, certains pensent que c'est une responsabilité qu'il ne doit pas porter car celui-ci serait factice (trop influencé par la vision de son entourage) ou immature (insuffisant pour juger de son meilleur intérêt). Ces éléments se retrouvent dans le cadre des RCP et on assiste davantage à une confrontation de deux logiques opposées qu'à une véritable discussion. Schématiser les points de vue révèle que deux logiques les fondent : une logique médicale dite « classique » d'une part et une logique nouvelle que l'on pourrait qualifier d'« autodétermination » d'autre part.

(8) Voir not. Catto M.-X., La loi de bioéthique et les intersexes, *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, 2020, n° 25, p. 64.

(9) La nouvelle législation s'inscrit dans la droite ligne de l'avertissement adressé par la Cour européenne des droits de l'homme – dans une affaire relative à l'intersexuation – selon lequel « la stérilisation d'une personne pratiquée sans finalité thérapeutique et sans son consentement éclairé » est constitutive d'un traitement inhumain et dégradant et qu'« il en va de même des mutilations génitales [...] notamment pratiquées sur un enfant », CEDH, 26 avr. 2022, n° 42821/18, *M. c/ France*.

(10) Voir en particulier CEDH, 29 avr. 2002, n° 2346/02, *Pretty c/ Royaume-Uni*; CEDH, 20 janv. 2011, n° 31322/07, *Haas c/ Suisse*; CEDH, 5 juin 2015, n° 46043/14, *Lambert et autres c/ France*.

(11) Elle est définie par l'article 371-1 du Code civil comme « un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant ».

(12) CSP, art. L. 1111-4. Outre cette possibilité d'être associé au consentement, le mineur bénéficie d'une certaine sphère d'autonomie qui concerne les actes liés à la sexualité et à la procréation. La majorité sexuelle étant fixée à 15 ans (C. pén., art. 227-25), il serait peu cohérent que les mineurs de cet âge ne soient pas autorisés à gérer leur possibilité contraceptive. Le droit à la contraception est reconnu à toute personne (CSP, art. L. 5134-1). Une mineure peut pratiquer une interruption volontaire de grossesse sans le consentement de ses représentants légaux (CSP, art. L. 2212-7, al. 2). S'inscrivent dans cette perspective, les transitions de genre où la voix du mineur guide la pratique médicale.

(13) Un arrêté de bonnes pratiques du 15 novembre 2022 est venu compléter la loi. Il précise en particulier que, si intervention il y a, elle ne doit pas avoir pour seule finalité de conformer « des organes génitaux atypiques de l'enfant aux représentations du féminin et du masculin » (A. 15 nov. 2022, NOR : SPRP2232078A, art. II-3).

(14) Pour un aperçu de ces résultats voir Foureur N. et Ferrié S.-M., *Variation in genital development : three ethical limiting contradictions*, in *Am J Bioeth.* 2025 Jul; 25(7) : 118-120. Les résultats de ce protocole ont été publiés dans *La revue du Praticien*, Foureur N., Ferrié S.-M., Gross M. et Messenger D., *Enfants présentant des variations du développement génital : quels enjeux éthiques après la loi de 2021 ?* ; un résumé est également disponible sur le site du Cec : <https://ethique-clinique.aphp.fr/les-etudes-terminees-et-leurs-publications>.



Une logique « médicale »	Une logique d'« autodétermination »
Le meilleur intérêt des enfants peut passer par le traitement précoce de leur VDG, dans le but de réparer une anomalie pouvant leur porter préjudice ultérieurement et dont la prise en charge en bas âge semble plus optimale.	Le meilleur intérêt des enfants consiste à s'abstenir médicalement afin de laisser la personne, enfant ou adulte, choisir comment elle veut vivre avec ses organes génitaux, sachant que les traitements, notamment chirurgicaux, seront toujours possibles ultérieurement.
La « nécessité médicale » comprend des arguments fonctionnels (ex : uriner au bout de la verge) et psycho-socio-familiaux (existence d'une fratrie, lieu de vie, contexte éducatif).	La « nécessité médicale » se limite aux impondérables médicaux (sauver la vie, préserver la fertilité, etc.).
Le consentement du patient est lié au respect de son intégrité corporelle, classique en médecine (et il peut donc relever de l'autorité parentale).	Le consentement du patient est en fait lié à une demande de la personne, au nom du droit à disposer de son corps.
Une grande place donnée aux parents dans les décisions médicales se justifie car : - c'est ce qui fait la spécificité de la pédiatrie : on ne prend pas en charge un enfant sans ses parents ; - leur « façon de faire famille » fait la singularité de chaque décision médicale ; - le dispositif existant autour de la prise de décision médicale (en RCP) leur est trop malaisant et contraire aux règles de l'autorité parentale.	Donner peu de place aux parents dans les décisions médicales se justifie car : - les parents ne sont pas forcément les mieux placés pour juger du meilleur intérêt de leur enfant ; - c'est un leurre de penser qu'ils décident vraiment (influences multiples) ; - ils peuvent difficilement décider et pour leur enfant, et pour leur famille et pour le futur adulte que sera leur enfant.

Alors que les RCP auraient pu être le terrain de prédilection de discussions approfondies sur la teneur et la portée de la nécessité médicale dans ce contexte, elles ont surtout pris des allures de débat médico-légal au-dessus duquel plane la menace – peu propice à la discussion – d'être accusé de vouloir conformer. Les discussions sur la stratégie thérapeutique s'y trouvent donc limitées, d'autant plus que le consensus y est entendu comme l'unanimité. Si cela peut suffire aux situations de grande incertitude sur le développement génital de l'enfant dans lesquelles l'abstention fait facilement l'unanimité, les situations plus sibyllines peuvent pâtir d'un manque de confrontation des points de vue des différents professionnels, sans compter sur les possibles divergences portées par les voix des parents non représentés en RCP. Tel est le cas de la situation de Charles⁽¹⁵⁾.

Charles a deux ans et demi, il est porteur d'une variation du développement génital : un hypospade postérieur associé à une cryptorchidie. Il se manifeste de manière sévère par un micropénis, une verge courbée, un scrotum pouvant apparaître bifide et l'urètre qui ne va pas jusqu'au bout de la verge. Les parents veulent absolument que Charles reçoive un traitement

hormonal visant à faire grandir sa verge et qu'il soit opéré au plus tôt afin de redresser la verge et de lui permettre d'uriner debout. Ils font état des moqueries dont Charles va devoir faire face à son entrée à l'école, du traitement d'ores et déjà différencié qu'il reçoit et de leur profonde incompréhension – voire révolte – contre la nouvelle législation. En effet, le père de Charles a lui-même été opéré d'un hypospade postérieur il y a 30 ans et a vécu, selon ses dires, une vie sexuelle très épanouie. Il vit comme une injustice le sort réservé à son fils. Le cas a été présenté une première fois en RCP nationale où l'abaissement chirurgical des testicules a été acté. Puis le dossier a été à nouveau présenté car l'équipe se demandait si la situation particulière de cette famille ne justifiait pas une prise en charge chirurgicale précoce.

En pratique, le consensus est très difficilement atteignable car les deux paradigmes qui s'opposent en RCP sont inconciliables. Face à une telle divergence, comment trancher ? Les parents sont exclus et la médecine est divisée. Il est alors tentant d'avoir recours au caractère coercitif de la loi pour décider. Néanmoins, le cercle a tout l'air d'être vicieux car le critère posé par la loi est celui de la nécessité médicale, or c'est précisément ce qui

Selon la logique médicale, il est possible d'opérer Charles dès maintenant	Selon la logique identitaire, Charles ne doit pas être opéré sans l'avoir lui-même demandé
Le meilleur intérêt de Charles est de l'opérer tôt pour lui éviter une perte de chance médicale.	L'hypospade est sévère, l'atteinte à l'intégrité corporelle est trop importante pour se passer du consentement de Charles.
Charles évolue dans un milieu où il est moqué en raison de l'apparence de son pénis et de son aspect dysfonctionnel, il est élevé par une mère angoissée et un père furieux donc il existe une nécessité médicale.	Il n'y a aucun risque vital à reporter l'intervention donc pas de nécessité médicale.
L'autorité parentale du père est d'autant plus appuyée qu'il a vécu la même chose que son fils.	Les parents projettent leurs vécus sur celui de leur enfant et ne sont pas les mieux placés pour décider.

(15) L'exemple de Charles est tiré d'une consultation d'éthique clinique menée au Cec. Pour une complète compréhension de la méthode utilisée voir Fournier V. et Foureur N., Aide-mémoire. Éthique clinique, Dunod, 2021 et <https://ethique-clinique.aphp.fr>.

fait débat. S'il est inscrit juridiquement que « conformer n'est pas nécessité », *quid* de réparer un organe ? Préserver une fonction ? Intégrer dans la société ? Sans consensus médical, le mystère de la teneur de la nécessité médicale reste entier.

II – Dépasser les oppositions

Le renversement de la pratique médicale initié par la loi n'est pas évident à asseoir dans les faits, et ce car la clinique ne saurait se limiter à des positions dogmatiques. La dialectique entre la situation particulière des enfants porteurs de VDG et des considérations d'ordre général illustre la difficulté à faire évoluer la prise en charge des VDG dans le paysage sociétal, médical et parental. Dans cette perspective, les outils de l'éthique clinique pourraient permettre de dépasser certaines oppositions. Que penser de la prise en charge des VDG au regard des principes d'autonomie, de bienfaisance et de non-malfaisance ou de justice ⁽¹⁶⁾?

Au regard du principe d'autonomie, la promotion de l'abstention médicale à l'égard des enfants porteurs de VDG en attendant leur « consentement » laisse penser qu'il serait possible pour eux de choisir *in fine* d'évoluer avec des organes génitaux non conformes aux représentations du masculin et du féminin, voire de se placer en dehors de la binarité sexuelle. À défaut, cela reviendrait à « reculer pour moins bien sauter » étant donné que les chirurgies chez un enfant n'ayant pas encore acquis l'âge de la propreté sont présumées plus faciles ⁽¹⁷⁾. Attendre permettrait à ces enfants de décider de la manière dont ils veulent disposer de leur corps. Accorder ce crédit au principe d'autonomie permet donc d'être plus à l'aise avec une éventuelle perte de chance médicale à ne pas intervenir très tôt. Cela suppose aussi d'assumer que, derrière la loi, il y a l'idée que tous les sexes sont possibles, que le genre ne dépend pas de l'anatomie et que chacun doit être en mesure de faire usage de son libre arbitre, pas seulement pour consentir mais, au-delà, pour s'autodéterminer. Ce n'est pas sans incidence sur la nature même de l'intervention médicale car, s'il n'y a pas de nécessité médicale *stricto sensu* à intervenir avant la demande du patient, c'est que l'intervention ultérieure répond à une demande et non plus à une nécessité médicale. C'est la fonction même de la médecine qui évolue ici avec la prise en charge des VDG.

Au regard du principe de bienfaisance, ne plus « réparer » ce qui pourrait pourtant l'être est source de questionnement. Cela revient à remettre en cause une vision de la bienfaisance médicale qui serait synonyme de réparation, voire à admettre que réparer à tout prix peut contrevenir au principe cardinal du *primum non nocere*. Cela suppose d'évaluer les bénéfices et les risques en s'éloignant des repères médicaux habituels qui dictent de préserver la fertilité ou d'avoir un sexe conforme aux stéréotypes du genre. Là aussi, la fonction de la médecine est mise à l'épreuve.

Au regard du principe de justice, la mise à l'écart des parents est surprenante tant du point de vue de la pédiatrie qui a pour habitude de valoriser le lien parents-enfant que de celui du droit qui place l'enfant sous l'autorité de ses parents. Cela présume irréfragablement, à tort ou à raison, que les parents

ne sont pas les mieux à mêmes de juger de l'intérêt de leur enfant. En revanche, cela n'interdit pas de prendre en compte le contexte parental pour apprécier l'opportunité d'une intervention médicale : des parents très angoissés à l'idée que leur enfant soit moqué, qui ont déjà dû épargner un autre membre de la fratrie contre des moqueries, qui revendiquent un « droit à » ce que leur enfant soit opéré n'auront pas le même impact éducatif sur l'enfant que des parents pour qui une atypie génitale n'est pas un problème en soi. Si les parents se sentent pris en otage par la médecine et la loi, à quel point leur enfant le ressentira-t-il ? Sans accorder aux parents le droit de décider pour leur enfant, il est possible d'entendre leur voix pour évaluer ce qui est dans son intérêt.

La pondération de ces principes est affaire de casuistique. Dans le cas clinique de Charles par exemple, le principe de justice est très fort car les parents perçoivent le refus d'opérer comme une terrible injustice dans la mesure où le père a été opéré lui-même, avec succès. Comment le père pourrait-il accepter de ne pas offrir à son fils la chance dont il a selon lui bénéficiée ? Le principe de justice est d'autant plus prégnant que le père de Charles est légitime à faire entendre sa voix, pas seulement en tant que père mais aussi – et peut-être surtout – en tant que patient. Par ailleurs, la mère de Charles est très inquiète à l'idée que son fils aille à l'école car le personnel a déjà évoqué qu'il faudrait que Charles se cache pour uriner et qu'il serait ainsi privé de récré pour pouvoir aller aux toilettes discrètement. Il est enfin possible de minorer l'impact du principe d'autonomie en pensant que la probabilité que Charles choisisse de ne pas se faire opérer est faible s'il est élevé par un père qui, en connaissance de cause, ne jure que par ça. Dans ce contexte, opérer Charles consisterait-il à le conformer ?

La crainte de l'accusation de conformation qui plane au-dessus des discussions en RCP conduit parfois à faire un raccourci dans le raisonnement : dès qu'une VDG est diagnostiquée comme relevant du champ d'application de la loi, il y a abstention sans que la nécessité médicale ne soit discutée plus avant. Pourtant, cette appréciation de la nécessité médicale pourrait permettre d'être la porte d'entrée vers la casuistique. Elle peut se révéler soit subjective pour accueillir les demandes formulées au nom de l'autodétermination, soit relative pour sortir des dogmes médicaux, soit inclusive pour prendre en compte l'avis des parents. La nécessité médicale serait donc une notion à géométrie variable dont les contours se dessinent au cas par cas.

L'évolution médicale mais aussi sociétale soufflée par la loi et ses défenseurs ne peut se faire au même rythme pour tout le monde. Le virage est serré, il doit donc être pris en douceur afin que la société évolue en parallèle de la médecine sans que les patients, et indirectement leurs représentants au moins légaux, ne soient les jouets de pratiques médicales insuffisamment démontrées scientifiquement voire liées à des idéologies. Ce virage ne peut être pris sans un changement profond du parcours de soins, de l'accompagnement des parents voire de tous les professionnels de la petite enfance (dans les écoles par exemple). Le cas clinique de Charles est là aussi riche d'enseignements.

Alors qu'une fille avait été annoncée aux parents, lors de l'accouchement le père a attiré l'attention des sages-femmes sur les organes génitaux de son enfant. Le médecin appelé

(16) TL. Beauchamp, JF Childress, *Principles of biomedical ethics*. New York/Oxford, Oxford University Press, 1994/ TL. Beauchamp, JF Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Les Belles Lettres, 2008.

(17) S'il ne s'agit ici que d'une présomption réversible, c'est parce que les résultats des études, souvent incomparables entre elles, restent contradictoires quant aux risques et bénéfices au plan médico-psychologique des interventions en bas âge contre celles plus tardives.

a confirmé le sexe féminin en invoquant, aux dires des parents, « un surdosage d'hormones masculines pendant la grossesse et prévoyant une prise médicamenteuse à vie ». Finalement, l'échographie à J3 a indiqué un sexe masculin et permis de déclarer Charles à l'état civil. Un chirurgien a alors dit aux parents que Charles devra être opéré rapidement même si « une loi était en train de passer » (alors que la loi était déjà passée). Cette information a par la suite été contredite par d'autres praticiens.

Dans ce contexte médical teinté d'affirmations contredites et de défiance envers la loi, comment demander aux parents de rester en retrait du processus décisionnel ? Les informations qui leur sont données doivent être mesurées à l'aune de l'objectif d'abstention afin que celui-ci puisse être rempli en confiance.

Les alternatives aux interventions médico-chirurgicales pourraient ainsi être présentées par les équipes médicales sans qu'il soit dès lors nécessaire de rencontrer en premier lieu un chirurgien, puisque cette alternative n'est plus que secondaire. Ainsi, faudrait-il homogénéiser les procédures d'information à leur endroit ? Leur proposer des recours aux décisions prises en RCP ? Optimiser un suivi à long terme ? Travailler davantage avec des associations et/ou des consultations d'éthique clinique ? C'est également aux professionnels de l'éducation, de la protection maternelle et infantile, du planning familial de s'entendre pour prolonger ce nouveau discours médical et lui permettre de résister aux réalités de la société actuelle, notamment lors de la scolarisation. C'est dire que revisiter la prise en charge des enfants porteurs de VDG est un travail collectif et au long cours. ■



Le Lamy droit international privé

Maîtrisez le droit international privé pour mener vos dossiers en toute confiance !



Votre allié indispensable pour faire face avec assurance aux complexités juridiques mondiales, et offrir à vos clients des conseils d'excellence basés sur les tout derniers développements et harmonisations législatives.

Conçu pour les professionnels du droit tels que les avocats, juristes, notaires et magistrats, cet ouvrage offre une analyse approfondie des relations internationales régies par le droit privé.

LAMY LIAISONS | KARNOV GROUP

Découvrez l'offre sur
boutique.lamy-liaisons.fr



A.LDIF_170x120_F995_09-25 (PB) © AdobeStock