



***“Mes enfants, je vous aime, donc je ne
vous ai pas”***

**Les personnes sans enfant par choix à
l'épreuve de la norme procréative dans
le parcours vers la contraception
définitive.**

Master 1 GEPS - Année 2016- 2017

Sous la direction de Julie JARTY

DETCART Camille

Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui m'ont fait confiance et accompagné-e dans ce travail.

Je remercie d'abord l'équipe pédagogique du Master GEPS et plus particulièrement Julie JARTY, pour sa présence, sa patience et ses conseils toujours très avisés.

Merci à Jules, Lou et Margaux pour leur relecture.

Un grand merci à Patricia, pour son soutien dans mon travail.

Et une pensée pour K. toujours présent à mes côtés.

Sommaire

Introduction

1. De la politique nataliste à la contraception : la difficulté à penser la non production d'enfants
2. Quelques chiffres au sujet de la contraception définitive
3. La contraception définitive en France : de la clandestinité à la légalisation
4. Les méthodes de stérilisation à visée contraceptive : éléments de définitions
5. Le choix de la thématique : de la pression sociale à la résistance à la norme

Partie 1 : problématisation, enjeux, hypothèses

1. La démarche
 - 1.1. L'enquête exploratoire
 - 1.2. L'entretien semi-directif: un outil qualitatif adapté
2. Problématisation : quelles sont les résistances et les dépassements des normes autour de la stérilisation à visée contraceptive des personnes sans enfant par choix?
 - 2.1. Revue de littérature : à l'intersection de la psychologie et de la sociologie
 - 2.2. Cadre sociologique : définitions
 - 2.3. Europe : la France sur le podium de la natalité
3. Construction du désir d'enfant
 - 3.1. Définition : le désir d'enfant comme symbole de l'essentialisation des compétences féminines
 - 3.2. Désir ou projet d'enfant : de l'imaginaire à la réalité
 - 3.3. La pression sociale : illustration de la norme procréative
 - 3.4. Typologie du désir d'enfant selon TILMANT
 - 3.5. Le non désir d'enfant

Partie 2 : développement des hypothèses

1. Hypothèse 1 : l'accès à la stérilisation est plus facile pour les couples avec enfant(s) d'un certain âge
2. Hypothèse 2 : la stérilisation n'est pas pensée pour les personnes sans enfants car hors normes
3. Hypothèse 3 : les personnes recherchent des informations sur la stérilisation en passant par des réseaux parallèles

Partie 3 : analyse des résultats

1. Science, nature et culture au service des médecins
 - 1.1. À la recherche du profil idéal : l'expression de la norme procréative
 - 1.2. La stérilisation, une affaire de parents : la politique nataliste s'invite dans les cabinets médicaux

- 1.3. Cadre légal et risque juridique : des disparités entre la théorie et la pratique
- 1.4. L'accès à l'information : circuit classique et réseaux alternatifs
- 2. Des représentations à la communication : l'enjeu de la contraception définitive du côté des patientes
 - 2.1. Ne pas désirer d'enfant : une démarche construite sur le long terme
 - 2.2. À la recherche du profil idéal : les patientes à l'épreuve de la norme procréative
 - 2.3. La stérilisation, une affaire de parents
 - 2.4. L'accès à l'information : circuits conventionnels et alternatifs à l'épreuve des ressources individuelles

Conclusion générale

Bibliographie

Annexes

À propos de l'écriture inclusive

J'ai choisi de rédiger ce mémoire en utilisant l'écriture inclusive. Le Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes en fait la recommandation dans son *Guide pratique pour une communication sans stéréotype de sexe* (page 15).

Je fais ici le choix d'utiliser des terminaisons en utilisant le trait d'union plutôt que le point. D'abord, pour la symbolique, ce tiret soulignant l'union des deux sexes et non pas leur séparation. Ensuite, pour une raison pratique : les logiciels de lecture pour malvoyant-e-s reconnaissent mieux ce tiret typographique que le point.

Enfin, d'un point de vue féministe, il me paraît pertinent de ne pas utiliser de langage "masculin neutre" afin de ne pas invisibiliser les femmes, premières concernées par le choix de la maternité.

Introduction

En 2015, l'IVG a fêté ses 40 ans. Sujet hautement politique, les manifestations à cette occasion ont replacé cette question au cœur du débat public. En effet, l'IVG, avec la contraception, constitue une avancée considérable des droits des femmes, ouvrant la voie à la maîtrise de la fécondité et donc son corps et de sa sexualité. Néanmoins, l'IVG et la contraception existent prioritairement afin de permettre d'entrer en parentalité au moment opportun. Il s'agit bien davantage de planifier les naissances et non de les refuser, comme en témoigne l'appellation du Mouvement Français pour le Planning Familial. Des évolutions récentes montrent l'impact capital de l'accès à l'IVG sur la vie des femmes, par exemple le retrait du délai de réflexion de 7 jours par la loi N°2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Le décret du 5 Juin 2016 permettant aux sages-femmes de pratiquer l'IVG médicamenteuse. L'avancée constituée par ce décret pourrait cependant être discutée. En effet, sous couvert de facilitation de l'accès à l'IVG, on pourrait y voir une manœuvre économique reposant sur la réduction des impacts financiers de l'IVG : l'IVG médicamenteuse coûtant entre 191€ (médecine de ville) et 250€ (établissement de santé) alors que l'IVG chirurgicale coûte entre 437 et 644€, intégralement remboursée (depuis 2013) quelle que soit la méthode, son financement repose donc sur la sécurité sociale.

Ainsi, maîtriser sa fertilité revêt un enjeu politique alors que le fait de ne pas produire d'enfant n'est que peu considéré. L'enjeu central se trouve donc dans la liberté de choisir la maternité, puisqu'il est socialement attendu des femmes qu'elles entrent en maternité, à l'âge adéquat et avec la situation socio-professionnelle adéquate : *“depuis qu'il est possible pour les femmes de choisir et de refuser une grossesse, il s'agit de désirer un enfant et de choisir le*

“bon” moment pour le mettre au monde”¹. C’est la norme procréative, concept central de ce travail.

De plus, la production d’enfant revêt aussi un sens économique, car elle constitue la base du système social Français. En effet, les jeunes actifs sont indispensables pour le financement des retraites et des aides sociales. Or, si les femmes ne produisent plus d’enfant, comment le système peut-il se maintenir ?

En 2010, Isabelle TILMANT publie *Ces femmes qui n’ont pas d’enfant*. Elle aborde cette question d’un point de vue psychologique, plutôt éloigné de la sociologie et des études de genre. Cela apporte un éclairage intéressant à ce travail, néanmoins le fait que les inégalités de genre ne soient pas prises en compte se fait ressentir.

En 2014, Charlotte DEBEST s’est intéressée à cette question, dans son ouvrage *Le choix d’une vie sans enfant*. Cette sociologue pose la question de l’émergence du désir d’enfant et de son articulation avec une société nataliste.

J’ai fait le choix de me positionner dans la lignée de ces travaux, en explorant la question de la contraception définitive. Choisir de ne pas entrer en parentalité implique de recourir à une méthode contraceptive tout au long de sa vie féconde. Se pose alors la question d’une solution définitive. Qui sont les personnes qui s’orientent vers cette méthode contraceptive ? Considérant l’évolution historique dans l’accès à la contraception et à l’IVG et les difficultés actuellement rencontrées par certain-e-s patient-e-s pour accéder à la méthode contraceptive de leur choix, qu’en est-il en 2016 de l’accès à la stérilisation à visée contraceptive ? Quels sont les éventuels freins que rencontrent les patient-e-s dans une démarche à ce sujet ?

1. De la politique nataliste à la contraception : la difficulté à penser la non-production d’enfants.

La France est un pays qui repose sur une politique nataliste. La légalisation tardive de la contraception (1967 : Loi Neuwirth) et de l’IVG (1975 : Loi Veil) en sont des conséquences directes. Ainsi, au début du XX^e siècle, la maternité se trouvait naturalisée et il pouvait difficile, parfois même périlleux, de s’y soustraire. Sans contraception légale/efficace, sans accès libre et autorisé à l’IVG, les femmes ayant des relations avec des hommes se devaient d’embrasser un jour ou l’autre, et sans décider véritablement quand et combien de fois, leur nouvelle identité de mère. Les femmes étaient donc pensées comme étant faites pour avoir des enfants et tout était mis en place pour que leur « destin » de mère ne leur échappe pas ou si difficilement.

Après la première guerre mondiale, les Allocations Familiales voient le jour, pour les personnes qui avaient au moins deux enfants de moins de 20 ans à charge. Dans ce contexte

¹ DEBEST, 2014, p.181

démographique, le système de Sécurité Sociale va donc de pair avec une politique nataliste : le renouvellement de génération est essentiel afin de relancer l'économie.

En 1945, l'apparition du système de Quotient Familial permet aux familles avec enfants de bénéficier de réductions d'impôts.

En 1967, la légalisation de la contraception a permis de dissocier sexualité et procréation. Et par extension, dans la lignée des revendications féministes de la deuxième vague, de questionner le désir d'enfant : en choisissant quand faire un enfant, les femmes reprenaient le contrôle de leurs corps et pouvaient différer, voire refuser, la maternité. Ce nouveau contrôle de la fertilité se heurtait tout de même à une certaine forme de contrôle social, que ce soit au niveau des normes sociales ou des politiques publiques. Là où les femmes pouvaient choisir le moment de leur entrée en maternité, il était tout de même attendu qu'elles le fassent, au moment opportun, ni trop tôt, ni trop tard et de préférence en situation maritale, donc sous l'autorité du mari, qui reprenait l'autorité du père sur son épouse grâce à la "magie" du mariage. Dans ce contexte, le refus de la maternité est impensé, voire pathologisé.

Or, derrière cette légalisation de la contraception, on voit clairement la norme procréative : les médecins vont encadrer les femmes dans la recherche du meilleur moment pour entrer en maternité. Ainsi, à partir de 1975, avec l'accès à la contraception et à l'IVG, il s'agit de faire un enfant au moment opportun : *"c'est le respect de ces conditions, socialement définies, que nous nommons « norme procréative »"*². La norme procréative définit non seulement le "bon moment", c'est-à-dire l'âge en premier lieu, mais aussi la situation adéquate, à savoir la situation conjugale et professionnelle stable. *"Il s'agit d'être ni trop jeune, ni trop âgé-e [...], d'avoir terminé ses études, d'occuper un emploi correctement rémunéré [...] et d'être en couple hétérosexuel stable et cohabitant"*³. Le critère d'âge s'appliquant surtout aux femmes et celui de la rémunération s'appliquant surtout aux hommes.

Aujourd'hui encore, il est attendu des Français-e-s adultes de créer une famille, de préférence sur le modèle hétérosexuel : père + mère + enfants (un garçon et une fille de préférence). Ce modèle ne convient pas à tout le monde et certaines personnes (5% de la population⁴) font le choix de ne pas avoir d'enfant. Cependant, ce choix n'est pas sans conséquence, notamment sur le plan des relations sociales : les personnes sans enfant par choix se voient opposer des arguments remettant en cause leur choix de vie. Notons aussi que la stérilisation à visée contraceptive n'a été légalisée en France qu'en 2001 (Loi Aubry). Auparavant, elle était considérée comme une mutilation. Elle est, pour l'instant, très peu pratiquée : 3,9% des femmes et 0,3% des hommes sans enfant⁵ ou 8% des femmes, avec ou sans enfants⁶. Dans le monde, il s'agit de la première méthode de contraception utilisée : 18.9% des femmes y ont recours en 2011. Elle concerne 23.4% des femmes en Asie, 26.2% en Amérique Latine et 20.8% en Amérique du Nord. En Europe, elle concerne seulement 3.8% des femmes mais des disparités existent : 13.8% des femmes en Suisse, 14.9% des femmes en Finlande, 8% des femmes et 21% des hommes au Royaume-uni, contre 3.8% des

² BAJOS Nathalie et FERRAND Michèle, 2006

³ DEBEST Charlotte, 2014, p.34.

⁴ DEBEST Charlotte, 2014, p.44

⁵ BAJOS Nathalie et al., 2012

⁶ DEBEST Charlotte, 2014, p17

femmes en France⁷. Cette faible proportion en France pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs. D'abord, le manque d'informations ou la difficulté d'accès à cette information. Ensuite, l'accès à cet acte peut parfois être difficile, notamment chez les personnes jeunes ou sans enfant, encore plus lorsqu'elles réunissent ces deux caractéristiques. C'est sur cet aspect que je me propose de travailler.

Nous venons de voir que l'accès à la contraception a été une avancée sociale longue à obtenir. Je vais maintenant centrer mon propos sur l'accès à la stérilisation en France, d'un point de vue chronologique.

2. Quelques chiffres au sujet de la contraception définitive.

De 2002 à 2006, l'étude ESTHYME (Enquête sur la STérilisation par voie HYstéroscopique par Micro-implants selon le procédé Essure) a inclus plus de 1000 patient-e-s ayant bénéficié d'une pose d'implants Essure⁸. Elle a permis de relever que l'âge moyen des patient-e-s à bénéficier de cette intervention était de 42 ans, 92% des femmes vivaient en couple, il s'agit d'un choix personnel dans 62% des cas et d'un choix conjugal dans 33% des cas. 33% des femmes avaient connaissance de lois encadrant cette pratique.

8% des femmes ont dû attendre quelques années avant de pouvoir accéder à cette opération, mais l'étude ne précise pas combien. 83% d'entre elles ont reçu une réponse positive dès leur première demande et 9% d'entre elles se sont vues opposer un refus.

98% des femmes disent ne pas regretter cette opération.

Parmi les motifs invoqués pour avoir recours à une contraception définitive, 38% des femmes disent ne pas ressentir de désir d'enfant. Il s'agit de la première raison invoquée. L'intolérance au DIU s'élève à 20% et l'intolérance à la contraception orale à 14%.

En 2012, la Commission Nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux de la Haute Autorité de Santé s'est appuyée sur 11 études pour publier un avis consacré à la technique Essure. Elle analyse les résultats et relève un taux d'échec de 0.9% et un taux de regret à 3/884, soit 0.33%. L'âge des femmes ayant eu recours à cette technique était compris entre 34 et 41 ans.

Les taux de succès révélés par ces études varient entre 94,6% et 99,80%. À titre de comparaison, le taux de succès d'un DIU hormonal s'élève à 99,8% et l'implant à 99,9%⁹. Il s'agit des 3 méthodes contraceptives les plus efficaces, seule la stérilisation étant définitive.

Marie ROMERO, en 2010, a relevé que le premier critère cité par les médecins pour recommander une stérilisation à visée contraceptive était l'âge du patient à 59%. Pour 32,4% des médecins interrogé-e-s, le nombre d'enfants est un critère à prendre en considération. 25,1% recommande de s'assurer de la stabilité du couple et 9,8% prennent en compte l'âge du dernier enfant. Le choix des patient-e-s est cité par 34,4% des médecins interrogés, davantage lorsqu'il concerne les femmes.

⁷ Nations Unies, 2011

⁸ SCARABIN et DHAINAUT, 2007.

⁹ http://www.choisirsacontraception.fr/contraception_tableau_comparatif.htm

3. La contraception définitive en France : de la clandestinité à la légalisation

3.1. Néomalthusianisme et eugénisme : les débuts controversés de la stérilisation à visée contraceptive

En l'absence de cadre légal, tout comme ce fut le cas pour l'IVG avant 1975, les stérilisations à visée contraceptive étaient pratiquées de manière clandestine. Ainsi, le 1 Juillet 1937, la Cour de cassation se prononce sur l'affaire des "stérilisés de Bordeaux". Le Docteur Norbert BARTOSEK, appartenant au courant libertaire du Néomalthusianisme, un courant politique créé par Thomas MALTHUS prônant la réduction de la natalité, est inculpé pour avoir pratiqué des vasectomies. La Cour de cassation confirme la condamnation de la Cour d'appel : un an de prison ferme pour coups et blessures volontaires, en vertu des articles 316 et 311 du Code Pénal, au sujet de la castration et des violences volontaires¹⁰.

En 1996, on aurait compté 30000 à 40000 stérilisations en France¹¹.

Le 22 Janvier 1998, la Cour de cassation reconnaît le caractère délictueux de plusieurs stérilisations sans indication thérapeutique pratiquées par un chirurgien.¹²

En Juillet 1999, l'article 16.3 du code civil "*il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne*" est modifié. La nécessité thérapeutique devient nécessité médicale.

Stérilisation des personnes en situation de handicap

Il convient de relever que la pratique de la stérilisation à visée contraceptive était régulièrement pratiquée sur des personnes en situation de handicap. Suite à un avis du Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie en Avril 1996, "*l'intéressé(e) doit être potentiellement fertile, avoir une activité sexuelle, et être âgé(e) d'au moins 20 ans ; tout doit être fait pour rechercher son avis*"¹³.

Il faudra attendre 2001 pour que la procédure de stérilisation à visée contraceptive soit légiférée.

¹⁰ HIRSCH, 2005

¹¹ Ibid.

¹² Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 22 janvier 1998, 97-82.255

¹³ UNAPEI, 2005

3.2. Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

“Depuis 2001, toute personne majeure peut demander une intervention chirurgicale à visée contraceptive. Il faut pour cela que la personne intéressée ait d’abord reçue une information médicale claire et complète sur les conséquences de cette opération et ait ensuite exprimé sa volonté de manière libre, motivée et délibérée.

Lors de la première consultation médicale, le médecin informe sur les autres méthodes contraceptives et sur les techniques de stérilisation existantes. A l’issue de la consultation, il remet un dossier d’information à la personne.

L’intervention ne peut être réalisée qu’après un délai de réflexion de 4 mois après cette première consultation médicale.

Il n’y a pas de condition de nombre d’enfants ou de statut marital. S’il n’y a pas de limite d’âge, en revanche, la stérilisation à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure.

Seule la personne concernée par l’intervention peut faire le choix de la stérilisation, elle donne d’ailleurs son consentement par écrit.

Le médecin peut refuser de pratiquer l’intervention lui-même mais il doit en informer la personne ou le couple en demande dès la première consultation et doit les diriger vers un praticien qui la fera.”¹⁴

Je relève certains éléments qui seront cruciaux pour la suite de ce document. D’abord le critère de l’âge, ensuite le consentement libre et éclairé, enfin, la décision doit être prise par la seule personne concernée.

Stérilisation forcée pour les personnes transgenres

Il est important de relever ici que depuis 1989¹⁵, en dépit des rappels à l’ordre de la Commission Européenne des Droits de l’Homme et de l’interdiction de stérilisation des personnes transgenre par l’OMS en 2014¹⁶, la stérilisation est obligatoire pour les personnes qui souhaitent modifier leur état civil¹⁷. En effet, afin d’harmoniser leurs documents d’identité, la circulaire du 14 mai 2010 encourage les juges à “donner un avis favorable à la demande de changement d’état civil dès lors que

¹⁴ <http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/la-sterilisation-a-visee-contraceptive.htm>

¹⁵ AGUADO Ali et al., 2014

¹⁶ World Health Organization, *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization*, 2014

¹⁷ Ce changement est autorisé sans stérilisation dans de nombreux pays d’Europe - Annexe 1

*les traitements hormonaux ayant pour effet une transformation physique ou physiologique définitive, associés, le cas échéant, à des opérations de chirurgie plastique (prothèses ou ablation des glandes mammaires, chirurgie esthétique du visage...), ont entraîné un **changement de sexe irréversible**, sans exiger pour autant l'ablation des organes génitaux*". L'interprétation de l'irréversibilité varie en fonction des tribunaux impliqués. Mais, souvent, il s'agit d'une stérilisation définitive, accompagnée ou non d'une opération de réassignation sexuelle. On peut ainsi se poser la question du consentement "libre et éclairé" donné par ces patient-es au moment de leur opération, renonçant à un éventuel projet de parentalité afin de pouvoir vivre en accord avec leur identité de genre. Nous sommes ici en présence d'un double-standard : d'un côté, une personne cisgenre¹⁸, et plus particulièrement une femme, désirant se faire stériliser rencontrera des difficultés. D'un autre côté, une personne transgenre, avec un projet de parentalité, se verra dans l'obligation d'avoir recours à une stérilisation afin de mettre à jour son état civil. Cette réassignation se trouve être une étape fondamentale, les opérations du quotidien pouvant rapidement se trouver entravées par un apparence ne correspondant pas aux cases M ou F sur les documents d'identité.

Malgré une tentative de simplification du parcours¹⁹ de changement d'état-civil, la condition de l'irréversibilité de la transition n'est pas supprimée.

Nous allons à présent explorer les différentes méthodes de contraception définitive. Il s'agit de la notion centrale de ce mémoire et plusieurs techniques médicales existent aujourd'hui. J'ai choisi d'aborder les trois techniques principalement pratiquées car moins invasives : la vasectomie, la ligature des trompes et l'hystérocopie. La quatrième technique est l'hystérectomie. Cependant, elle n'est pas pratiquée dans le cadre de la recherche d'une contraception définitive. Donc, elle apparaît peu pertinente au vu de notre sujet.

4. Les méthodes de stérilisation à visée contraceptive ²⁰ : éléments de définitions

4.1. La vasectomie

Cette opération, pratiquée par un urologue, consiste à sectionner les canaux déférents sur 2mm, en passant par le scrotum. Plusieurs méthodes existent afin de bloquer le passage des spermatozoïdes : la ligature avec des agrafes ou des sutures, la cautérisation du canal et

¹⁸ Dont le genre correspond au sexe assigné à la naissance

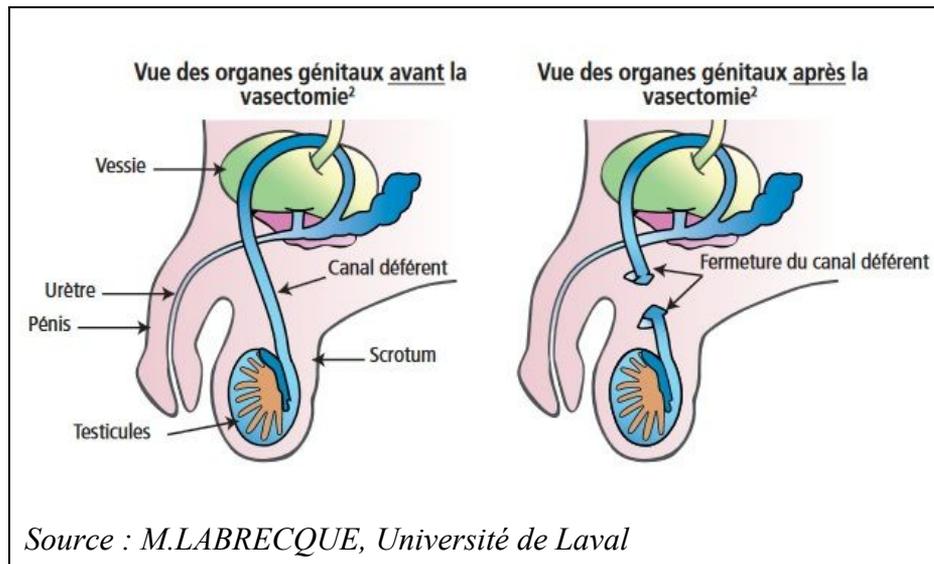
¹⁹ Amendement n°282, Art.18 quater

²⁰ <http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/la-sterilisation-a-visee-contraceptive.htm>

l'interposition du fascia, qui consiste à envelopper de tissu les extrémités coupées du canal déférent. De cette manière, les spermatozoïdes ne peuvent plus se mélanger au liquide séminal.

La vasectomie se pratique sous anesthésie locale et dure une quinzaine de minutes. Il faut compter 3 mois pour que cette méthode soit totalement opérationnelle.

La vasectomie peut être réversible, en pratiquant une vasovasostomie, mais le taux de réussite est assez faible (50% de grossesses²¹). C'est pourquoi, cette méthode de contraception est considérée comme définitive.



4.2. La ligature des trompes

Cette opération se pratique sous anesthésie générale et nécessite une hospitalisation de 24 à 48 heures. Il s'agit de sectionner puis de suturer les trompes de Fallope en passant par voie abdominale ou vaginale ou par coelioscopie. Le retrait d'une partie de la trompe rend le passage des spermatozoïdes impossible. La ligature des trompes est efficace immédiatement. D'autres techniques existent : la pose de clips de Filshie, la pose d'anneaux de Yoon, mais elles sont peu utilisées en France.

4.3. L'hystéroscopie ou Essure

Cette opération consiste en la pose d'un ressort en métal de moins d'1mm de diamètre dans les trompes en passant par le vagin. Ce dispositif va entraîner la formation d'un tissu cicatriciel, appelé fibrose, qui empêchera les ovules d'arriver jusqu'à l'utérus. Cette technique a l'avantage de ne durer qu'une quinzaine de minutes et de se pratiquer par coelioscopie et sans anesthésie. En revanche, elle n'est efficace qu'au bout de 3 mois.

²¹ Allô Docteurs, *La vasectomie : une contraception définitive*, ARTE, 2015.

“L'efficacité de la stérilisation à visée contraceptive n'est pas garantie à 100 % : elle varie en fonction des méthodes.

*Par exemple, avant l'âge de 35 ans, une ligature des trompes par clip ou anneaux est moins efficace qu'une contraception réversible. En effet, il peut y avoir des échecs de ligature des trompes dus à des **reperméabilisations spontanées** (la circulation des ovocytes dans les trompes redevient possible).*

Toutefois, la stérilisation à visée contraceptive doit être considérée comme définitive : s'il est possible de faire des réparations chirurgicales, le plus souvent, celles-ci ne rétablissent pas complètement la fécondité, et entraînent parfois des complications (grossesses extra-utérines, en particulier)”²².

J'ai choisi de relever ces deux passages car ils font particulièrement écho aux discours entendus lors d'entretiens avec des médecins. Le risque de reperméabilisation ainsi que les conséquences des opérations de réversibilité ont été abordés par les deux gynécologues. L'urologue a aussi abordé les risques de la vasovasostomie.

Effets indésirables : l'ANSM renforce sa vigilance

Le dispositif Essure est actuellement remis en question aux USA suite à des plaintes de patientes présentant des effets secondaires, probablement liés à une allergie au nickel, métal composant à 55% les implants Essure. En Septembre 2015, suite à des démarches de patient-e-s subissant des effets secondaires indésirables liés à la pose d'implants Essure aux USA, la Food and Drug Administration a constitué un comité d'experts qui a conclu à la nécessité du recueil de nouvelles données cliniques.

En Avril 2016, en France, l'Agence Nationale de la Santé et du Médicament exerce une surveillance renforcée sur ce dispositif et a mis en place une étude épidémiologique. À ce jour, la balance bénéfice/risque de ce dispositif n'a pas été remise en cause.²³

Après ce bref aperçu de la contraception, définitive ou temporaire, en France et dans le monde, je souhaite détailler ce qui m'a amenée à faire le choix de cette thématique pour ce mémoire.

²² <http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/la-sterilisation-a-visee-contraceptive.htm>

²³ ANASM, 2016

5. Le choix de la thématique : de la pression sociale à la résistance à la norme.

Dans un premier temps, j'ai souhaité me pencher sur les pressions sociales que peuvent subir les personnes qui font le choix de rester sans enfant. J'ai donc fait passer un questionnaire exploratoire via internet, à 1200 personnes, dont 80% de femmes. Dans cet échantillon, 34% des personnes interrogé-e-s pensent que le fait de ne pas avoir d'enfant les ont déjà isolé-e-s ou marginalisé-e-s. Bien que ce résultat soit significatif, j'ai fait le choix d'aborder la question de la stérilisation volontaire à visée contraceptive. Peu d'études ont été produites à ce sujet et 48% des répondant-e-s se sont déjà intéressé-e-s à la stérilisation, toutes méthodes confondues. Seulement 11.9% des personnes ont déjà entamé une démarche à ce sujet, (83.1% de femmes, 10.6% d'hommes). Parmi ces personnes, 81.7% ont entre 25 et 44 ans. Ainsi, il m'a paru plus intéressant d'aborder le sujet de la stérilisation comme une résistance à la norme plutôt que la confrontation aux pressions sociales. J'ai choisi d'analyser ce sujet avec un angle positif, choisir de résister à la norme pouvant être un choix de vie constructif.

La stérilisation à visée contraceptive est bien une méthode de contraception. L'objectif principal de cette opération est d'éviter une grossesse, en empêchant la rencontre d'un spermatozoïde et d'un ovocyte. Il s'agit d'une méthode contraceptive définitive. Et c'est son caractère définitif qui cristallise tous les enjeux.

En France, 50000 femmes auraient choisi de se faire stériliser chaque année²⁴.

C'est pourquoi, dans ce mémoire, je commencerai par présenter ma démarche d'un point de vue chronologique. Je détaillerai mon enquête exploratoire et je la confronterai au cadre sociologique en vigueur. Ensuite, je me pencherai sur le désir et le non-désir d'enfant. Je terminerai cette partie par les critères d'accès à la contraception définitive.

Dans la seconde partie, je présenterai une brève revue statistique de la contraception définitive ainsi que mes trois hypothèses centrales.

Dans la dernière partie, j'analyserai les résultats de mon enquête, d'abord du côté des médecins, puis du côté des patient-e-s. Je commencerai par les critères composant le profil idéal, j'ouvrirai sur l'influence de la parentalité dans cette démarche puis sur le cadre légal, et je terminerai par l'accès à l'information.

²⁴ Allô Docteur, ARTE, 2015.

Partie 1 : problématisation, enjeux, hypothèses

Dans cette partie, je vais commencer par détailler la démarche à laquelle j'ai eu recours tout au long de ce travail. Je détaillerai d'abord la phase d'enquête exploratoire, qui m'a permis d'avoir un premier accès au terrain et d'affiner le sujet que je souhaitais aborder. Je justifierai aussi le choix méthodologique de l'entretien sociologique dans ce travail, qui présente des atouts qualitatifs particulièrement pertinents pour comprendre en appréhender ce phénomène social faisant appel à la subjectivité et à l'intime.

Je propose ensuite une revue de littérature sur la question de la non-maternité, dans laquelle je donnerai quelques détails sur les trois ouvrages principaux sur lesquels je me suis appuyée. Je présenterai aussi un cadre sociologique à ce travail, en m'appuyant sur des concepts théoriques en rapport avec le sujet. J'ouvrirai sur la situation de la France au regard de l'Europe, notamment sur les questions de natalité.

Enfin, je propose de travailler sur les questions du désir et du non-désir d'enfant. En effet, dans une démarche de contraception définitive, il me semble important de considérer cette question du désir.

1. La démarche

1.1. L'enquête exploratoire

Lors de mon travail d'éducatrice spécialisée auprès de parents et de jeunes en difficulté, la question de la maternité a souvent été abordée, conjointement à celle de l'IVG. Ainsi, d'un point de vue professionnel, j'ai toujours abordé la maternité sous l'angle du choix. En étendant cette question hors de mon milieu professionnel, j'ai découvert le mouvement *Childfree* des personnes se revendiquant sans enfant. Ainsi, j'ai commencé à explorer cette question du choix de la maternité.

Or, le choix de la maternité, s'il repose bien-sûr sur une réflexion individuelle, s'appuie énormément sur la contraception. Ainsi, qu'elle soit hormonale ou mécanique, la contraception est surtout utilisée afin d'éviter les grossesses non désirées. Pour les personnes ne souhaitant pas ou plus avoir d'enfant, la question de suivre ce traitement médical jusqu'à disparition de la fécondité se pose. C'est là que la stérilisation à visée contraceptive prend sens. C'est une méthode contraceptive assez peu répandue dans la littérature sociologique, comme d'ailleurs, plus généralement, la question de la non-maternité.

On trouve quelques auteurs, telles qu'Elisabeth BADINTER, Edith VALLÉE, Laurence TAIN ou Charlotte DEBEST plus récemment.

J'ai donc choisi d'aller explorer cette question d'un point de vue sociologique.

En Décembre 2015, j'ai donc réalisé un questionnaire exploratoire afin de défricher cette question. En effet, je n'étais pas tout à fait sûre du sujet que je souhaitais aborder : la non-maternité ou la stérilisation? Cette démarche m'a permis de me confronter au terrain. Grâce aux premiers résultats, j'ai pu faire un premier tri dans les sujets qui étaient pertinents d'aborder sur l'échantillon de réponses.

J'ai ciblé des réseaux sociaux et des forums fréquentés par des personnes sans enfant par choix. Le questionnaire a finalement été partagé par Martin Winckler, pseudonyme du médecin Marc Zaffran, auteur et rédacteur d'un site web d'informations médicales et ancien médecin en Centre de Planification. Du fait de sa notoriété sur les réseaux sociaux, mon questionnaire a rapidement obtenu plus de 1200 réponses. J'ai fait le choix de le fermer au bout de 2 semaines, quand je me suis aperçu de cet événement inattendu.

Avec le recul, je pense que ce questionnaire comportait trop de questions ouvertes, ce qui, combiné avec le nombre élevé de réponses, le rendait difficilement traitable. J'ai donc choisi de tirer quelques chiffres des questions fermées et de contacter les personnes ayant laissé leur adresse mail pour un éventuel entretien dans un second temps.

Dans le questionnaire, je remarque une occurrence importante de la tranche d'âge 25-44 ans (49.3% avaient entre 25 et 34 ans, 24.6% avaient entre 35 et 44 ans), qui constitue la tranche d'âge qui me paraît la plus intéressante pour mon étude car elle correspond dans l'imaginaire collectif à l'âge idéal pour faire des enfants et à la réelle portion de population qui produit les deux-tiers des enfants en France²⁵.

72.8% des répondant-e-s ont un niveau de diplôme supérieur à bac +2. Il semblerait que l'accès aux études supérieures pourrait permettre de remettre en question la norme du faire famille et de se projeter sur une sphère autre que familiale.

55% des répondant-e-s vivent en couple, 35% vivent seul-e et 9,8% vivent en colocation. Il semblerait que la vie en couple impacte peu sur le choix de vie sans enfant. Néanmoins, je constate que la question est abordée dans 85% des couples et que 70% des couples sont en accord à ce sujet.

61.7% des personnes interrogées pensent ne pas changer d'avis sur leur choix de vie, 29.5% ne savent pas et seulement 2% seraient prêt-e-s à changer d'avis si c'est important pour leur conjoint-e. Il semblerait que ce choix est mûrement réfléchi, en individuel et que le fait d'être en couple n'a finalement que peu d'influence sur son évolution.

34% des personnes interrogées pensent que le fait de ne pas avoir d'enfant les ont déjà isolées ou marginalisées. Ce résultat a une portée significative non négligeable. Néanmoins, c'est le chiffre suivant qui m'a surtout marquée.

48% des personnes se sont déjà intéressées à la stérilisation, toutes méthodes confondues, alors que seulement 11,9% des personnes ont déjà entamé une démarche à ce sujet, (83,1% de femmes, 10,6% d'hommes, 5,6% de non-binaires et 0,8% d'autres). Parmi ces personnes, 81,7% ont entre 25 et 44 ans. L'occurrence de cette question, dans l'échantillon interrogé, me semble être un questionnement à privilégier.

J'ai donc contacté la cinquantaine de personnes qui avaient laissé une adresse mail. Seulement une vingtaine ont répondu aux mails que j'ai envoyé et j'ai finalement obtenu des

²⁵ DEBEST, 2010

entretiens²⁶ avec 5 personnes, dont un couple, qui sera vu ensemble et séparément. Ce petit nombre s'explique aussi par le critère géographique : beaucoup de personnes intéressé-e-s par un entretien se trouvaient loin de Toulouse. J'ai choisi de mener des entretiens à Toulouse et à Pau, car c'est une ville où j'ai un point de chute.

J'ai donc rencontré :

- Charlène²⁷, 43 ans, Bac +4, travaille dans le domaine médical²⁸, en couple non cohabitant. Nous avons fait l'entretien dans un café, alors qu'elle était de passage à Toulouse.
- Cléo, 24 ans, Bac +3, étudiant-e²⁹, en couple non cohabitant. L'entretien a eu lieu à son université, à Pau.
- Gwenaëlle, 29 ans, Bac +2, en recherche d'un emploi de secrétaire médicale, en couple cohabitant. Je me suis rendue à son domicile, à proximité de Pau, pour l'entretien.
- Marina, 28 ans, Bac +3, téléconseillère, célibataire. L'entretien a eu lieu dans un café, à Toulouse.
- Yannick, 30 ans, Bac + 2, directeur d'un service informatique, en couple cohabitant. Nous avons fait l'entretien à son domicile, dans les Pyrénées-Atlantiques.

J'ai aussi cherché à rencontrer un médecin sur Toulouse qui pratiquerait cette opération. Pour ce faire, le 16 Février, j'ai contacté par mail le Dr M. qui intervient en M2 GEPS. J'ai donc rencontré 3 médecins :

- Dr G1, un homme, gynécologue en milieu hospitalier public, trouvé sur une liste de médecins pratiquant la stérilisation.
- Dr G2, une femme, gynécologue, en milieu hospitalier privé, trouvée suite à des recherches sur le site de la sécurité sociale.
- Dr U., un homme, urologue, en milieu hospitalier public ; qui m'a été recommandé par le Dr M.

L'accès à l'information, une difficulté supplémentaire dans le parcours.

J'ai cherché sur le site de la sécurité sociale des informations au sujet de la stérilisation à visée contraceptive. Aucun résultat disponible pour : vasectomie, essure, ligature, stérilisation, hystérectomie. J'ai finalement lancé une recherche pour l'acte "chirurgie des ovaires et des trompes" à Toulouse. Cette recherche a donné 34 résultats, gynécologues obstétricien-ne-s ou chirurgien-ne-s. J'ai reconnu 2 noms de médecins figurant sur les listes de "soignant-e-s féministes". Je les ai sélectionnés

²⁶ Annexe 10

²⁷ tous les prénoms ont été changés

²⁸ elle n'a pas souhaité donner plus d'information

²⁹ Cléo est une personne non-binaire, je respecte ici son choix d'accord de genre

et j'ai enfin vu apparaître un intitulé semblant correspondre à ma recherche : **Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines par insertion de dispositif intra-tubaire, par hystérocopie. N° de l'acte JJPE01.**

Parmi les 34 praticien-nes trouvé-es par la recherche, 28 pratiquent cet acte (11 par hystérocopie, 5 par coelioscopie, 1 par laparotomie, 11 par hystérocopie et coelioscopie).

J'ai lancé une recherche pour cet acte, et j'ai trouvé le Catalogue et Index des Sites Médicaux de Langue Française, hébergé par le CHU de ROUEN. Voici les recommandations CCAM : *Indication : en cas de risque élevé de la coelioscopie ; technique irréversible.;*

Indication : Femmes majeures en âge de procréer souhaitant une stérilisation tubaire définitive et irréversible. Avant 40 ans: réservé aux femmes ayant des contre-indications majeures aux contraceptions hormonales ou dispositifs intra-utérins et ayant des pathologies contre-indiquant la grossesse.;

Recueil prospectif de données : nécessaire;

Facturation : si médicalement justifié;

Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale;

Environnement : la loi n 2001-588 du 4 juillet 2001 fixe un cadre légal à cet acte; Environnement : loi n 2001-588 du 4 juillet 2001 comprenant l'information du patient

Je note ici un contournement du dispositif légal autorisant cet acte à partir de 18 ans. Ce parti pris ne figure pas sur la fiche acte de la sécurité sociale.

Je n'arrive pas à trouver le nom correspondant sur le site ameli-direct. En revanche, sur le site du CHU de ROUEN, aucune recommandation CCAM concernant l'âge des patients.

Je note aussi une différence de tarif : 65€ pour la vasectomie et de 160 à 200€ pour la ligature des trompes. Ceci pourrait éventuellement s'expliquer par la durée des opérations ou le caractère moins invasif de la vasectomie, simple incision dans la peau contre une coelioscopie ou hystérocopie nécessitant plus de matériel.

Dans la facturation de la vasectomie ne figure que l'acte en lui-même. En effet, une demi-journée d'hospitalisation est nécessaire³⁰, facturée à environ 1200€.

Ces résultats ne garantissent pas les conditions sous lesquelles ces médecins acceptent de pratiquer cette opération.

³⁰ D'après le Dr U. Urologue, andrologue et sexologue.

1.2. L'entretien semi-directif : un outil qualitatif adapté.

Après cette enquête exploratoire, j'ai choisi d'utiliser la technique de l'entretien semi-directif. D'abord, de par mon expérience professionnelle, et bien que l'entretien social soit différent de l'entretien sociologique, c'est un outil que je maîtrise et avec lequel je me sens à l'aise.

Ensuite, d'un point de vue sociologique, j'ai choisi d'utiliser une méthode plus qualitative que quantitative. En effet, lors du questionnaire, j'ai laissé beaucoup de questions ouvertes, souhaitant recueillir des résultats au plus proche du vécu des répondant-e-s. Le nombre élevé de réponses ayant rendu ces données intraitables, l'entretien m'a paru être un choix plus adapté. D'abord par sa forme.

Le sujet de la non-maternité et de la stérilisation est un sujet intime. Même si le questionnaire permet de respecter cette intimité, il ne permet pas de capter tout l'implicite qui se joue. Un entretien physique permet d'abord de mettre l'individu-e dans une situation de confiance, en lui laissant le choix du lieu et de la date. Choisir un lieu où l'on est à l'aise libère la parole. La proximité physique ainsi que mon allure assez jeune font rapidement tomber les barrières.

J'ai aussi constaté que ces personnes étaient souvent intrigué-e-s qu'un-e universitaire s'intéresse à leur mode de vie, sans point de vue stigmatisant. Cette position défensive de prime abord était ressortie dans le questionnaire exploratoire. Pour cette raison, l'entretien a su démontrer sa place d'outil incontournable dans ce mémoire. En effet, chaque participant-e a eu l'occasion de poser des questions sur mon parcours, mon projet de mémoire afin d'être rassuré-e. Ceci, couplé à l'annonce de l'anonymat ainsi qu'à la demande d'autorisation d'enregistrement m'a permis de mettre en place un climat de confiance. Cette *"phase de lancement"*³¹ accomplie, l'entretien se déroulait de manière fluide, ces personnes se montrant souvent loquaces.

Je me suis donc inspirée de la technique de l'entretien compréhensif de Jean-Claude KAUFMAN. Choisir d'adopter une posture semi-directive était une manière de susciter la parole des enquêté-e-s, en favorisant des relances à partir de leur discours. Ainsi, je recherchais un discours, un vécu, totalement subjectif, toujours dans une optique qualitative. Pour ce faire, plutôt que d'utiliser une liste de questions pré-établies, j'ai choisi d'organiser ma grille d'entretien par thématiques, car *"la meilleure question n'est pas donnée par la grille : elle est à trouver à partir de ce qui vient d'être dit par l'informateur"*³².

En effet, KAUFMANN recommande de briser la hiérarchie de l'interaction : *"le ton à trouver est beaucoup plus proche de celui de la conversation entre deux individus égaux que du questionnement administré de haut"*³³. J'ai donc essayé d'appliquer cette méthode, tout en utilisant la technique de la relance lorsque cela me paraissait nécessaire pour approfondir un

³¹ BEAUD et WEBER, 2008, p.213

³² KAUFMAN, 2011, p.48

³³ Ibid. p. 47

élément, soit en “*reprenant une de ses expressions pour lui faire préciser ou expliquer, soit en prolongeant le sens de son propos et en suscitant son adhésion*”³⁴.

Les entretiens avec les médecins ont nécessité aussi une technique d’orientation. Ainsi, j’ai cherché dans un premier temps à obtenir des récits de pratiques afin de “*faire apercevoir la cohérence des pratiques entre elles [...] et, plus tard, la cohérence entre pratiques et opinions*”³⁵. Ces pratiques et opinions transparaissent dans des anecdotes. Cette technique a été particulièrement utile lors des entretiens médicaux. En effet, “*par son apparente banalité et son caractère sans importance [...], elle autorise l’enquête à évoquer des phénomènes au contenu sociologique sans craindre d’enfreindre la bienséance sociale. L’anecdote est aussi un très bon révélateur et analyseur de situations sociales*”³⁶. Ainsi, grâce à cette technique, j’ai pu accéder à la réalité des pratiques de certains médecins, élément incontournable pour ce travail.

2. Problématisation : quelles sont les résistances et les dépassements des normes autour de la stérilisation à visée contraceptive des personnes sans enfant par choix?

Avant de démarrer ce travail, j’ai effectué quelques recherches dans la littérature. J’ai retenu deux ouvrages et une enquête qui m’ont paru incontournables dans ma démarche. Je vais donc présenter ces trois documents dans une brève revue de littérature.

Je développerai ensuite le cadre sociologique sur lequel je me suis appuyée tout au long de ce travail.

Enfin, je propose une perspective de la natalité Française en Europe.

2.1. Revue de littérature : à l’intersection de la psychologie et de la sociologie

Charlotte DEBEST : le choix de la non-parentalité, un pas vers l’égalité entre les femmes et les hommes

Charlotte DEBEST a rédigé un ouvrage intitulé *Le choix d’une vie sans enfant*. Il s’agit de sa thèse de sociologie. Elle a choisi d’aborder cette thématique en la mettant en

³⁴ BEAUD et WEBER, 2008, p. 215

³⁵ Ibid. p.221

³⁶ Ibid. p. 222

parallèle avec le concept d'Outsider de Becker. *“Ceux et celles qui s'écartent (intentionnellement) de la norme de faire famille se placent en position d'outsiders”*³⁷.

Elle revient sur les normes de genre, conjugales et professionnelles et propose d'analyser le refus d'entrer en parentalité comme un choix de vie positif, bien que marginalisé. *“Les hommes, comme nous allons le voir ci-après, semblent subir une pression symbolique qui souligne le mode de filiation patrilinéaire (Héritier, 2002) quand les femmes subissent une pression ontologique. En ce sens, les femmes sont tenues responsables de la non-paternité”*³⁸.

Cette sociologue a fait le choix de travailler le refus d'entrer en maternité parallèlement à la division sexuée du travail. Elle s'appuie sur la notion de norme procréative. Pour elle, pouvoir choisir d'entrer ou non parentalité constitue le coeur de l'égalité femmes-hommes : *“œuvrer pour l'égalité entre les femmes et les hommes suppose d'avoir pour objectif de ne plus faire des fonctions reproductives la ligne de partage entre les sexes et d'admettre que l'organisation sociale est première à la division et à la hiérarchie entre les sexes”*³⁹.

L'enquête *FECOND* : évolution des pratiques contraceptives

L'enquête *FECOND* *“Fécondité-Contraception-Dysfonctions Sexuelles”* a été réalisée en 2012 en partenariat par l'INED et l'INSERM, sous la direction de Nathalie BAJOS et Magalie MAZUY. L'objectif de cette enquête est d'évaluer l'évolution des pratiques de contrôle des naissances en France ainsi que de l'évolution de la santé sexuelle et reproductive.

Cette enquête a été conduite à partir de 8645 hommes et femmes âgé-e-s de 15 à 49 ans, ainsi que 500 généralistes et 500 gynécologues.

La partie qui m'a intéressée était celle consacrée à la contraception, présentant l'évolution des pratiques en France par âge. On y apprend, par exemple, que l'utilisation de la pilule est en baisse entre 2010 et 2013⁴⁰ bien qu'elle reste le moyen de contraception le plus utilisé en 2013⁴¹. On relève aussi qu'en 2013, 4,3% des femmes de 15 à 49 ans avaient recours à la stérilisation à visée contraceptive, soit 2,9% des 35-39 ans, 10,4% des 40-44 ans et 11,6% des 45-49 ans⁴².

³⁷ DEBEST, 2014, p.73

³⁸ Ibid. p.85

³⁹ DEBEST, 2014, p.187.

⁴⁰ Annexe 2

⁴¹ Annexe 3

⁴² Annexe 3

Isabelle TILMANT : un point de vue psychologique sur le (non) désir d'enfant

Isabelle TILMANT, psychothérapeute clinicienne, a publié *Ces femmes qui n'ont pas d'enfants* en 2010. Elle se penche sur la maternité et plus particulièrement sur l'émergence du désir d'enfant. Elle différencie désir et projet d'enfant et propose des typologies du désir et du non-désir d'enfants. J'ai choisi d'y consacrer une partie afin de croiser les approches sociologiques et psychologiques.

Néanmoins, il convient de noter que l'ouvrage de Charlotte DEBEST et l'enquête FECOND sont les deux documents principaux sur lesquels je m'appuierai pour ce mémoire se situant dans le champ des études de genre en sociologie. .

2.2. Cadre sociologique : définitions

Ce mémoire est centré autour de plusieurs thématiques. Je vais donc définir les notions centrales qui seront abordées.

La sexualité : hétérosexualité et procréation comme outils du contrôle social.

“La «sexualité» est décrite dans la vulgate scientifique comme «l'ensemble des mécanismes et des comportements qui permettent l'échange d'une partie de son patrimoine génétique, autrement dit la rencontre de gamètes d'individus différents» (Pick & Brenot, 2009: 19).”⁴³

Ici, la sexualité est non seulement hétérocentrée mais aussi réduite à la notion de procréation.

*“La sexualité humaine concerne les usages du corps, et en particulier - mais pas exclusivement - des organes génitaux afin d'obtenir un plaisir physique et mental, dont le point culminant est appelé, par certains, orgasme. On parle de conduites, de comportements, de rapports, de pratiques et d'actes sexuels. D'une manière plus large, la sexualité peut être définie comme la **construction sociale** de ces usages, la mise en forme et en ordre de ces pratiques, qui détermine un ensemble de règles et de normes, variables selon les époques et les sociétés. [...] Les règles de l'alliance - c'est-à-dire : qui peut ou doit s'unir avec qui? - conjuguées avec l'institution de l'hétérosexualité et l'obligation de reproduction sont les autres éléments qui organisent la sexualité. **La fécondité est soumise, dans toute société, à un contrôle fort, par l'exposition au coït et la contrainte à la reproduction**”⁴⁴*

⁴³ TOURAILLE, 2011, p.56.

⁴⁴ HIRATA et al., 2000, pp.200-201.

Dans cette définition, la sexualité se centre autour du plaisir mais s'inscrit tout de même dans un contexte social défini, où le modèle prégnant est l'hétérosexualité à des fins procréatrices comme outil du contrôle social. Il est intéressant de relever que la sexualité est définie comme une construction sociale, s'inscrivant donc dans un contexte systémique et culturel.

“La sexualité n'est pas un fait naturel mais une donnée socialement construite par le contexte culturel dans lequel elle s'inscrit [...] la sexualité nécessite ainsi un apprentissage social et implique la coordination de deux actes, mental et corporel, culturellement appris”⁴⁵

On retrouve ici l'idée que la sexualité est une construction sociale, s'inscrivant dans un contexte et dans une culture. Cela fait écho aux travaux de Monique WITTIG sur la construction de l'hétérosexualité dans *La pensée straight* (2001) ainsi qu'aux travaux de Priscille TOURAILLE sur le désir de procréer (2011).

Dans ce travail, la sexualité ne sera pas réduite à la simple de procréation. Le choix d'une vie sans enfant donne aussi une place à la sexualité dans un sens de plaisir et non de reproduction.

La reproduction : les femmes face à la démographie.

“En démographie, le taux brut de reproduction est mesurée par le nombre moyen de filles engendrées par une femme”⁴⁶

Notons ici qu'en démographie, la reproduction pèse uniquement sur les épaules des femmes. Cela fait écho à une attente sociale globale : l'enfantement concerne uniquement les femmes.

La reproduction est donc le processus de renouvellement de population, au sens de renouvellement de l'espèce, passant par la naissance d'individu-e-s dans une société donnée. La reproduction est donc l'acte biologique de procréation, impliquant la rencontre de gamètes, aussi appelée fécondation et leur évolution vers le stade embryonnaire, foetal et enfin la naissance, ouvrant sur la maternité.

La maternité : l'essentialisation des compétence dites féminines.

“La maternité constitue tout à la fois une spécificité valorisée - le pouvoir de donner une vie -, une fonction sociale au nom de laquelle revendiquer des droits politiques ou des droits sociaux et l'une des sources de l'oppression”⁴⁷

⁴⁵ ALPE et al., 2010, p.299.

⁴⁶ LEBARON, 2014, p.185

⁴⁷ HIRATA et al., 2000, p.109.

La maternité revêt un premier côté valorisant : être mère, c'est être une femme par essence. Mais, d'un autre côté, la maternité se devra d'être pertinente : pas trop tôt, ni trop tard, conventions sociales obligent. De même que, sur le choix de l'éducation, les normes pèseront rapidement sur les mères autour de thématiques telles que l'allaitement, le congé parental, le mode de garde, l'habillement... On pourrait y voir ici un témoignage de l'essentialisation des compétences féminines à la maternité teintée de relents patriarcaux : la mère sait par nature ce qui est bon pour son enfant, mais le patriarcat le sait mieux qu'elle.

En amont de la maternité, s'appuyant sur l'accès à la contraception et la norme procréative, se trouve le désir d'enfant.

Le désir d'enfant : l'essentialisation de la maternité.

Isabelle TILMANT définit le désir d'enfant comme la construction d'un enfant imaginaire qui *“incarnera l'espoir d'être aimée, de faire reculer les questions existentielles, de trouver sa place, d'obtenir une forme de revanche sur la vie et sur des blessures personnelles ou familiales”*⁴⁸ Elle poursuit au sujet du non-désir d'enfant qui *“peut exprimer tout simplement une absence de désir de maternité et comporter en revanche le souhait de développer d'autres projets”*⁴⁹

Elle développe les différentes raisons du non-désir d'enfant, en commençant par la simple absence de projection dans la maternité. L'auteure étend ensuite le non-désir d'enfant comme défense contre un désir auquel les femmes ne pourraient pas accéder, dans le sens d'un passé pesant sur ce choix de ne pas entrer en maternité.

Isabelle TILMANT se penche sur le souhait d'être unique, dans le sens de conserver une position d'enfant. Position qui serait remise en question par la maternité. Elle précise aussi que *“c'est cette représentation qui est souvent invoquée pour critiquer la femme qui ne veut pas d'enfant. Mais il faut savoir que ce cas de figure, qui existe bel et bien, est cependant (en tout cas jusqu'à présent) le moins fréquent”*⁵⁰.

Selon elle, le non-désir d'enfant peut aussi se justifier par conformisme aux attentes parentales, c'est-à-dire en adhérant au discours tenu par les parents sans le remettre en question. Pour l'auteure, il ne s'agit donc pas d'un désir ou non-désir personnel.

Enfin, elle aborde le non-désir d'enfant par opposition sociale, à l'image du mouvement *childfree*. Il s'agit d'assumer et d'affirmer son existence en tant que femme et non en tant que mère, en s'identifiant à ce qu'on accomplira dans sa vie. Certain-e-s passent par la revendication voire le militantisme, comme les GINKS⁵¹, d'autres vivent ce choix sereinement, sans avoir besoin de l'extérioriser.

Ce comportement pourra éventuellement être qualifié de déviant.

⁴⁸ TILMANT, 2010, p.35

⁴⁹ Ibid, p.48

⁵⁰ p.53

⁵¹ Green Inclination No Kids : renoncer à se reproduire pour raison écologique

La stérilisation : une déviance face à l'hétéronormativité.

“Comportement qui s'écarte d'une norme”⁵²

“Transgression des normes sociales [...] infractions bénignes et/ou accidentelles aux normes sociales”⁵³

L'individu-e déviant-e s'écarte de la norme, de manière volontaire ou involontaire. Cette insubordination se trouvera rapidement relevée et l'individu-e déviant-e sera sommé-e de rejoindre les rangs et de se conformer à la norme sociale attendue de sa part. Les femmes sans enfant par choix sont un bon exemple de ce phénomène. Renvoyées sans cesse à cette naturalisation de la maternité, elles se trouvent mises en demeure de justifier leur choix de vie remettant en question l'ordre social établi.

La déviance existe donc par opposition à la norme.

La norme : premier outil du contrôle social.

“Comportement ou pratique à laquelle les comportements ou pratiques d'un individu sont tenus de se conformer et qui leur sert donc de référence”⁵⁴

“Ensemble des règles prescrivant un comportement déterminé dans une société donnée, prescription renforcée par la possibilité de sanctions en cas de transgression. [...] Les normes déterminent alors les rôles et les attentes qui conditionnent les interactions entre les individus.”⁵⁵

“Une norme constitue une règle ou un critère régissant notre conduite en société. Il ne s'agit pas d'une régularité statistique, mais d'un modèle culturel de conduite auquel nous sommes censés nous conformer”⁵⁶

“L'écart entre la norme et la pratique - entre ce que nous sommes censés faire et ce qu'en réalité nous faisons - retient immédiatement l'attention de l'observateur le moins averti.”⁵⁷

Les normes sont donc un outil du contrôle social. Il s'agit d'un comportement attendu, de manière tacite et collective. L'individu-e est sommé-e de s'y soumettre, sous le regard de ses semblables, qui la-le rappelleront à l'ordre en cas de déviance.

Les normes vont de paire avec les représentations collectives.

⁵² LEBARON, 2014, p.87

⁵³ ALPE et al., 2010, p.85.

⁵⁴ LEBARON, 2014, p.158.

⁵⁵ BOUDON, 2012

⁵⁶ VALADE, 1998, p.581.

⁵⁷ BOUDON, 2011, p.417

Les représentations collectives : la prévalence de la communauté.

*“Façons communes de perception et de connaissance bien distinctes des représentations individuelles, que recèlent un savoir qui dépasse celui de l’individu moyen”*⁵⁸

*“Les représentations collectives sont l’un des moyens par lesquels s’affirme la primauté du social sur l’individuel.”*⁵⁹

Les représentations collectives reposent sur la construction d’un imaginaire collectif, pétri de valeurs communes aux couleurs des normes sociales établies. Dans un système social donné, elles prennent le pas sur les représentations individuelles.

Après avoir posé le cadre sociologique, je vais explorer la situation de la natalité en France, dans le contexte Européen.

2.3. Europe : la France sur le podium de la natalité

En 2010, *“la femme sera en moyenne âgée de 29 ans à la naissance de son premier enfant”*⁶⁰. Depuis 1994, on constate une hausse de l’âge d’entrée en maternité, l’âge moyen se situant à 30,4 ans en 2015.⁶¹

En 2013, l’indicateur conjoncturel de fécondité en Europe s’élève à 1.6 enfant par femme. Pour cette même année, en France, il s’élève à 2 enfants par femme. La France présente l’indicateur conjoncturel de fécondité le plus élevé d’Europe. Si l’on fait le lien avec les Allocations Familiales, qui sont versées à partir du second enfant, on voit clairement une illustration du lien entre politique nataliste en sécurité sociale. En effet, avoir 2 ou 3 enfants par femme, c’est s’assurer que le renouvellement des générations sera suffisant pour que le système puisse continuer à fonctionner. À l’inverse, un seul enfant par femme ne permet pas de pérenniser ce système, ce modèle familial n’est donc pas envisagé par la pensée socio-économique néo-libérale.

Certains pays d’Europe posent le nombre d’enfants comme condition sine qua non pour bénéficier de l’attribution d’allocations familiales. Certains pays d’Europe augmentent les allocations familiales en fonction du nombre d’enfants, c’est le cas de Luxembourg (ICF 1,6), de la Hongrie (ICF 1,3), de la Finlande (ICF 1,8), de la Bulgarie (ICF 1,5), de l’Allemagne (ICF 1,4). Au Portugal (ICF 1,3), pour lesquels l’allocation augmente au delà de 2 enfants.⁶²

⁵⁸ MARCEL, 2016

⁵⁹ ALPE et al.2010, p.280.

⁶⁰ TILMANT Isabelle, 2010, p.20.

⁶¹ Annexe 4

⁶² Annexe 5

En revanche, au vu de ces données, on peut relever que la norme de l'enfant unique n'est pas très répandue en Europe. En effet, le système d'allocations familiales repose sur le fait d'avoir plusieurs enfants au sein de son foyer. De fait, plusieurs pays d'Europe encouragent les couples, et plus particulièrement les mères, à adhérer à cette norme des deux enfants, pour des raisons démographiques, à savoir le renouvellement des générations, mais aussi économiques, c'est-à-dire afin de maintenir le système du travail et des retraites.

Concernant les femmes sans enfant, elles ne sont pas prises en compte car, au delà de ne pas faire fonctionner le système de sécurité sociale, elles remettent en question les normes de genre. Ainsi, choisir de se faire stériliser, c'est entériner le refus de ces normes sociales de genre. Par extension, c'est aussi refuser de participer au système social.

Au-delà du contexte national global, il est intéressant de se pencher sur l'émergence du désir d'enfant. Est-il une construction sociale ? Est-il empreint des normes sociales de genre ? S'il existe un désir d'enfant, existe-t-il un non-désir d'enfant ?

3. Construction du désir d'enfant

3.1. Définition : le désir d'enfant comme symbole de l'essentialisation des compétences féminines.

*“Ce terme est censé expliquer des conduites qui ne sont pas ponctuelles, mais expriment ou entraînent toute une carrière, en tout cas pour les femmes. Ce terme est totalement sexué : on ne l'emploie pas pour les hommes. Cependant, jamais on ne se demande pourquoi il n'est pas employé à propos de ces derniers. Le “désir d'enfant” apparaît donc, dans son usage, comme une de ces pratiques idéologiques et culturelles qui servent à distinguer les femmes des hommes, à construire entre eux une ligne de démarcation. Ici la construction de la ligne s'appuie sur un “désir”, sur quelque-chose qui est conçu comme en deçà, en amont de la société. On a donc affaire non simplement à la constatation d'un désir, mais à une explication, partielle et essentialiste, de la “différence des sexes”.*⁶³

Pour Christine DELPHY, la notion même de désir d'enfant, limitée au champ du féminin, est une illustration de l'essentialisation : les femmes, seraient, par essence, mues par un désir irréprouvable de procréer, la procréation étant l'essence même de la féminité. Là où d'autres auteurs critiquaient une approche hétérocentrée (au delà d'un aspect biologique, gamètes mâle et femelle), Christine DELPHY déplore que cette essentialisation ne se situe qu'au niveau des femmes, la parentalité ne pesant pas sur les hommes au même titre que la maternité pèse sur les femmes, ce principe étant même peu questionné en dehors des études de genre.

Priscille TOURAILLE étend le désir d'enfant au désir de procréer. En lien avec des études éthologiques, selon elle *“autant il est possible d'affirmer que le plaisir sexuel est*

⁶³ DELPHY Christine, 2002, pp. 68-83.

«naturel», puisqu'on a la preuve que les individus de beaucoup d'espèces le recherchent, autant le désir de procréer ne peut être qualifié de «naturel». Dans le sens suivant : nul n'est en mesure d'administrer la preuve que les animaux désirent procréer, et que ce désir existe donc dans la nature⁶⁴.

Pour elle, le fait que des personnes ne ressentent pas de désir d'enfant illustre la présence d'un désir car *“les humains peuvent désirer des enfants parce qu'ils peuvent dire qu'ils n'en veulent pas”*⁶⁵. Elle fait ainsi le lien entre sexualité et reproduction en s'appuyant sur la définition de la sexualité : *“nous pouvons chercher tous les moyens de nous procurer les plaisirs infiniment polymorphes dont nous ont dotés ces gènes, en acceptant, mais aussi en évitant leurs « effets secondaires ». Plus que « l'intelligence », plus que « la culture », plus que toute autre frontière décrétée entre les humains et les « animaux », cette conscience du lien entre sexualité et procréation constitue, avec la certitude que nous avons de mourir, une spécificité incommensurable des humains dans l'univers du vivant”*⁶⁶. Ce n'est pas sans nous rappeler la bataille pour la contraception, clé de voûte d'une sexualité épanouie sans “effets secondaires”, désignant ici la reproduction.

Isabelle TILMANT distingue 3 modèles : les femmes qui désirent un enfant mais ne peuvent y parvenir, les femmes qui désirent un enfant mais n'en ont pas, et les femmes qui n'ont pas d'enfant et n'en désirent pas.

Ainsi, pour les premières, il s'agira, en quelques sortes, de faire le deuil de cet enfant si elles ne parviennent pas à devenir mère. Pour les secondes, il s'agira de se pencher sur leurs hésitations afin de différencier projet et désir d'enfant.

Elle met en lien ce désir avec le vécu de l'enfance, soit en cherchant à reproduire des souvenirs positifs, soit, au contraire, en cherchant à ne surtout pas reproduire des souvenirs négatifs en construisant sa propre expérience de la maternité. Les partenaires auront aussi leur propre vécu qui construira leur propre désir d'enfant.

Pour Charlotte DEBEST, le désir d'enfant est *“le versant culturel, mondain, de «l'instinct de reproduction» principalement décliné au féminin en «instinct maternel»”*⁶⁷. On retrouve ici la critique de l'idée de nature, au sens de la perpétuation de l'espèce. L'instinct de reproduction, et l'instinct tout court, étant une donnée difficile à mesurer, pour elle, il ne s'agit ni plus ni moins que de l'expression de la norme sociale établie : faire famille.

Ce parallèle avec la norme sociale du faire famille met en exergue la question de la différence entre le désir et le projet d'enfant.

⁶⁴ TOURAILLE, 2011, p.56.

⁶⁵ Ibid, p.58.

⁶⁶ Ibid, p.59.

⁶⁷ DEBEST, 2014, p.35

3.2. Désir ou projet d'enfant : de l'imaginaire à la réalité.

Isabelle TILMANT situe le désir d'enfant *“dans un imaginaire à la fois collectif et propre à chacun”*⁶⁸. Le désir d'enfant revêt une dimension très singulière et *“l'enfant imaginaire incarnera l'espoir d'être aimée, de faire reculer les question existentielles, de trouver sa place d'obtenir une forme de revanche sur la vie et sur des blessures personnelles ou familiales, etc.”*⁶⁹

Il s'agit donc de l'enfant fantasmé, répondant aux attentes du parent et de ses représentations, par exemple liées à son sexe : *“le désir d'enfant parle de toutes leurs espérances déposées sur l'enfant à venir”*⁷⁰.

Mais désirer un enfant ne signifie pas toujours avoir un projet d'enfant. *“Qu'elle ait ou non un enfant ne change rien en la matière : si elle n'en a pas, la femme gardera au fond d'elle un enfant rêvé idéal qui ne sera jamais terni par la confrontation à la réalité.”*⁷¹

Le projet d'enfant se situera dans la réalité et sera inscrit dans le concret de la relation parentale. Là aussi, il s'agit d'un processus individuel et subjectif, lié à son propre vécu et à l'éducation reçue. Il est caractérisé par la venue au monde de l'enfant, qu'il corresponde ou non aux désirs projetés sur lui par les parents.

Le désir d'enfant est très ancré dans la norme procréative et donc en lien avec la pression sociale.

3.3. La pression sociale : illustration de la norme procréative.

Selon Monique BYDLOWSKI, *“la pression sociale et familiale attend naturellement d'une jeune femme, un jour ou l'autre, la naissance d'un enfant, et cette pression ne s'est pas affaiblie malgré les nombreuses nouveautés dans ce domaine ni malgré le nouveau statut social accordé aux femmes. Le devoir de filiation reste impérieux, même s'il s'accommode éventuellement d'un enfant unique”*.⁷²

On retrouve aussi cette pression dans le monde du travail : *“la compétition des collègues masculins s'allume dès qu'une maternité s'annonce ; juste revanche de ceux qui ont perdu l'exclusivité de leur territoire professionnel sans rien gagner sur celui de la maternité!”*⁷³.

Priscille TOURAILLE fait le lien entre la bicatégorisation homme/femme et la reproduction. *“Et cette obligation pèse plus lourd sur les femmes que sur les hommes, du fait que, contrairement à la catégorie hommes, la catégorie femmes est strictement limitée au sexe, comme l'a amplement établi la théorie féministe (Guillaumin, 1992; Wittig, 2003).*

⁶⁸ TILMANT, 2010, p.34.

⁶⁹ Ibid, p.35.

⁷⁰ Ibid, p.37

⁷¹ Ibid. p.37

⁷² BYDLOWSKI, 2010, p.19.

⁷³ Ibid.

«Femme» – comme l’attestent les dictionnaires – n’inclut pas le cerveau, qui devient de ce fait « le seul organe tabou» pour les individus catégorisés (Causse, 2000: 301). Se désigner comme femme, c’est, au sens biologique, se désigner comme matrice, comme «incubateur vivant» [...] le « désir d’enfant», si prononcé chez bien des femmes dans nos cultures, serait le résultat quasi automatique de cette nomination»⁷⁴. Ainsi, ces notions seraient tellement ancrées dans l’imaginaire collectif que “revendiquer l’identité féminine en rejetant la maternité, c’est s’énerver comme une mouche qui pense pouvoir traverser les parois du bocal où elle est prise. L’identité féminine est consubstantielle de la procréation. Le terme femme est en lui-même une injonction à la maternité.”⁷⁵

Pour Priscille TOURAILLE, l’intégration de ces stéréotypes de genre ne permet pas réellement un choix dans le fait d’avoir un enfant ou non. Pour elle “seule la désidentification des individus à leurs appareillages reproducteurs pourrait, en réalité, garantir que le choix d’avoir un enfant relève vraiment d’un choix. [...] La catégorisation de genre, en obligeant les individus à se définir par la fonction de reproduction de leur organisme, les prive de réfléchir à la possibilité même de ce choix”⁷⁶. Elle pousse son raisonnement encore plus loin, en s’appuyant sur les travaux de Monique WITTIG “«L’hétérosexualité est une construction culturelle qui justifie le domaine entier de la domination sociale fondé sur la reproduction obligatoire pour les femmes et sur l’appropriation de cette reproduction» (2001: 102).”⁷⁷

Au-delà de la pression sociale à la reproduction, le désir d’enfant revêt plusieurs formes. Isabelle TILMANT en propose une typologie en six points.

3.4. Typologie du désir d’enfant selon TILMANT

Un enfant par attachement à la tradition.

Dans ce contexte, le désir d’enfant n’est absolument pas questionné : avoir un enfant est une évidence. Cela revêt même un caractère universel : chacun-e devrait avoir un enfant, puisque c’est naturel.

Un enfant pour donner sens à sa vie.

Il s’agirait ici de faire face à l’angoisse de mort, de laisser quelque chose de soi, une trace. Cet argument a souvent été évoqué lors des entretiens, pour illustrer les discours des personnes ne comprenant le choix de rester sans enfant.

⁷⁴ TOURAILLE, 2011, p.59.

⁷⁵ Ibid, p.60.

⁷⁶ TOURAILLE, 2011, p.60.

⁷⁷ Ibid, p.54.

Un enfant pour se sentir aimé-e.

Isabelle TILMANT fait ici référence au désir de fusion, à l'amour inconditionnel. Il s'agit de partager ce sentiment mais aussi d'être indispensable à un être dépendant et en devenir. Sans oublier que l'enfant, en grandissant, développera indépendance et subjectivité, remettant donc en question la place centrale du parent dans sa vie.

Un enfant par besoin d'appartenance.

Il s'agit de la construction de son identité et de sa place sociale, influencée par les messages ambiants autour de la maternité. Au-delà de l'identité de femme, il s'agit de conquérir l'identité de mère, afin d'être reconnue dans ce rôle. J'abandonne ici le terme neutre "parent" au bénéfice de celui de "mère", spécifiquement féminin, car il s'agit bien de cette figure de mère qui est valorisée et sublimée par les normes sociales

Un enfant pour asseoir une estime de soi.

L'enfant, et plus particulièrement sa réussite, sera valorisant pour ses parents. À l'inverse, un comportement négatif de l'enfant se répercutera sur l'image de ses parents. L'enfant sera donc l'incarnation de la réussite parentale et plus particulièrement maternelle : l'identité de mère prend le pas sur celle de femme, conformément aux attentes sociales.

Un enfant pour symboliser l'amour du couple.

Isabelle TILMANT y fait référence comme une expérience fusionnelle, le désir de construire un être 50% de l'un, 50% de l'autre. Il s'agit ici de donner une place à un tiers au sein du couple et adapter son projet de vie à cette nouvelle organisation, non plus à 2 mais à 3. Elle le met en lien avec le processus de reproduction de la tradition : *"la rencontre, la phase "lune de miel", l'engagement - officialisé ou non -, l'achat du lieu de vie et ensuite les enfants"*⁷⁸

S'il existe un désir, il existe son pendant inverse : le non-désir. Face à la norme sociale de la maternité particulièrement prégnante, assumer, voire revendiquer, son non-désir d'enfant peut être difficile. Cela peut même placer les femmes dans une remise en question de leur féminité, de leur identité, de leur utilité, pouvant les mener jusqu'à une image de "déviantes". Isabelle TILMANT propose une typologie du non-désir d'enfant qu'elle décline en 6 points.

⁷⁸ TILMANT, 2010, p.45.

3.5. Le non-désir d'enfant.

Le non-désir d'enfant, tout simplement.

Isabelle TILMANT situe le non-désir comme une sorte d'indifférence face à son objet. Il est important de reconnaître la légitimité de cette absence de désir, face, justement, à l'incompréhension qui l'entoure. Il ne s'agit pas, pour les personnes ne ressentant pas ce désir, de se positionner à l'encontre des personnes désirant avoir des enfants.

Le non-désir d'enfant comme défense.

Il s'agit d'une réaction à un vécu pesant, comme la perte de sa mère ou de trop grandes responsabilités.

Le non-désir d'enfant par conformisme aux attentes parentales.

À l'image des personnes ayant des enfants pour perpétuer la tradition, il arrive que, dans certains cas, les parents transmettent à leur enfant le message inverse : celui de ne pas avoir d'enfant. Cela peut parfois partir d'un désir d'émancipation n'ayant pu s'accomplir du fait des pressions sociales⁷⁹.

Le désir se situe là sur la relation fusionnelle aux parents.

Le non-désir d'enfant par conformisme social.

Il s'agit de la norme procréative, dans laquelle la question de l'âge est prépondérante. Avant un certain âge, la grossesse peut être mal perçue socialement, par exemple les grossesses adolescentes. Dans la prolongation des revendications féministes autour de la contraception "un enfant, si je veux, quand je veux", le "quand je veux" prend une toute autre dimension, au sens de : quand le meilleur moment socialement attendu sera venu.

Le non-désir d'enfant par opposition sociétale.

Le choix de ne pas avoir d'enfant se situe ici comme une revendication, à l'image du mouvement *Childfree*, qui se divise, soit nuancé, soit intransigeant. Ce choix revêt presque une dimension politique de remise en question des normes sociales.

⁷⁹ TILMANT, 2010, p.51.

Le non-désir d'enfant par souhait d'être l'unique.

Dernière typologie, caractérisée par le souhait de rester l'enfant. Isabelle TILMANT la met en relation avec une construction trop égocentrée, à l'image d'un enfant-roi. Elle nuance tout de même son propos en signifiant que "*ce cas de figure, qui existe bel et bien, est cependant (en tout cas jusqu'à présent), le moins fréquent*"⁸⁰

Effectivement, ce positionnement n'est pas apparu dans les entretiens que j'ai menés.

⁸⁰ TILMANT, 2010, p.53.

Partie 2 : développement des hypothèses

Dans cette partie, je me propose de développer mes hypothèses. Je commencerai par proposer une revue statistique de la contraception définitive en France. En effet, cela me semble un élément primordial pour prendre conscience du contexte national concernant la stérilisation à visée contraceptive.

Dans un second temps, je développerai les 3 hypothèses auxquelles je tenterai de répondre dans ce travail.

Je poserai 3 hypothèses dans le cadre de ce travail.

1. Hypothèse 1 : l'accès à la stérilisation est plus facile pour les couples avec enfant(s) d'un certain âge.

Pour cette hypothèse, je m'appuie sur la politique nataliste française. En effet, suite aux deux guerres mondiales, le gouvernement avait choisi d'encourager les naissances afin d'assurer une stabilité démographique, voire même de relancer la croissance démographique. D'abord pour compenser les pertes humaines mais aussi pour relancer l'économie. C'est à cette période que naissent les allocations familiales, d'abord dans les entreprises via les Caisses de Compensation. Elles seront ensuite généralisées en 1932 par la Loi Landry. La Sécurité Sociale sera créée en 1945.

Après la Deuxième Guerre Mondiale, de 1945 à 1970 arrive le phénomène du *baby-boom*⁸¹ : les taux de fécondité en France explosent, atteignant trois enfants par femme, contre 1,8 en 1940 et en 1975.

Au delà du contexte historique, le renouvellement des générations est aussi nécessaire pour le fonctionnement du système de protection sociale : retraite et sécurité sociale reposant sur les générations jeunes et actives, alors que la génération *baby-boom* se trouve aujourd'hui entre 46 et 71 ans, correspondant au phénomène de vieillissement de la population. Ainsi, la politique nataliste d'après-guerre et le *baby-boom* s'alimentent mutuellement aujourd'hui.

En proposant des aides autour de la parentalité, l'État et les Collectivités Territoriales se positionnent en soutien du processus reproductif. Par exemple, le congé parental est d'une durée d'un an, renouvelable deux fois, soit trois ans au total. Il peut être renouvelable cinq fois en cas de naissance simultanée de plus de trois enfants.

Ainsi, les personnes sans enfant ne sont absolument pas imaginées dans les politiques publiques.

Je fais l'hypothèse que ce fonctionnement se retrouvera aussi chez les médecins, d'autant plus qu'ils et elles se trouvent dans des services en lien avec la maternité.

⁸¹ Annexe 6

2. Hypothèse 2 : la stérilisation n'est pas pensée pour les personnes sans enfants car hors normes

Le taux de stérilisation en France est assez bas : 4,2% (MAZUY, 2010). Les médecins sont donc peu habitué-e-s à recevoir des demandes à ce sujet, quelle que soit la situation familiale des patient-e-s, bien qu'une situation conjugale stable et à l'âge fertile semble être un profil pour lequel cette pratique pourrait être adaptée. Cela fait de cet acte une sorte de niche, pratiquée par peu de médecins, peu recommandée et peu demandée par les patient-e-s.

Les personnes sans enfant par choix se trouvant dans un contexte "familial" hors normes, leur existence pourrait ne pas être pensée par le corps médical, plutôt habitué à recevoir des demandes de couples hétérosexuels établis ayant déjà accédé à un projet de parentalité.

Je suppose donc que les médecins n'imaginent pas que des personnes sans enfant puissent avoir fait ce choix et souhaiter avoir recours à une contraception définitive. **Je fais ainsi l'hypothèse que les médecins, ignorant le choix des personnes souhaitant rester sans enfant, sous l'influence de la norme, n'imaginent pas recevoir ce type de patient-e-s pour une demande de stérilisation, ou imaginent que ces personnes changeront d'avis.**

Sous-hypothèse : c'est encore moins pensé pour les femmes sans enfant

En France, sur fond de naturalisme et d'instinct maternel, les femmes sont sommées d'enfanter et de s'en réjouir. On le constate par exemple sur les catalogues de jouets pour filles, projetant l'enfant vers une future vie maternelle à grands coups de poupons, biberons et dînnettes.

Aujourd'hui, les femmes qui se positionnent à contre-courant de cette culture essentialiste en choisissant de ne pas faire d'enfant sont peu ou pas imaginées. D'autant plus chez les médecins, lorsqu'elles feront la demande d'une stérilisation. Ces images essentialistes de la Femme et de la Mère se trouvant entremêlées viennent perturber l'acte clinique. **La stérilisation est donc encore moins pensée chez les femmes sans enfant.**

3. Hypothèse 3 : les personnes recherchent des informations sur la stérilisation en passant par des réseaux parallèles

Ma dernière hypothèse se situe surtout au niveau des patient-e-s.

Durant ma phase exploratoire, j'ai pu constater que les informations au sujet de la contraception définitive étaient assez peu facilement accessibles. Il existe bien sûr les sites incontournables tels que *choisirsacontraception*, ou éventuellement le site d'Essure, mais cela implique tout de même d'avoir déjà une certaine connaissance du dispositif de contraception définitive et une bonne maîtrise d'internet et des outils de recherche.

Suite à cela, j'ai découvert que des réseaux parallèles au circuit de l'information classique s'étaient créés. Sur des forums, sur des réseaux sociaux, mais aussi sur des sites référençant des médecins pratiquant certains actes ou ouverts à certains types de publics. Et parfois, l'information passe aussi par des sites tenus par des médecins, diffusant des informations médicales plus fiables que les forums ou réseaux de patient-e-s.

Ainsi, je fais l'hypothèse que les personnes intéressées par une procédure de stérilisation vont plutôt avoir tendance à aller chercher de l'information sur des réseaux parallèles ou alternatifs.

Du côté des médecins, je fais l'hypothèse qu'ils et elles ne sont pas au courant de l'existence de ces réseaux.

En m'appuyant sur ma recherche et sur les entretiens que j'ai effectués auprès de médecins et de patient-e-s, je me propose de répondre à ces trois hypothèses. Au vu des résultats obtenus, j'ai fait le choix de séparer les analyses des médecins et des patient-e-s.

Partie 3 : analyse des résultats

Je me propose à présent d'analyser les données recueillies lors des entretiens et de mes lectures. Je diviserai cette section en deux sous-parties : d'abord, j'analyserai les résultats des entretiens avec les médecins pour répondre aux trois hypothèses posées. Cette sous-partie sera divisée en quatre thématiques : l'expression de la norme procréative, la prépondérance de la situation parentale dans cette procédure, les disparités entre le cadre légal et la pratique et enfin l'accès à l'information.

Dans la seconde sous-partie, je me pencherai sur les résultats des entretiens avec les patient-e-s. Je propose trois thématiques : l'expression de la norme procréative, la prépondérance de la situation parentale et la création de circuits d'information alternatifs.

1. Science, nature et culture au service des médecins.

1.1. À la recherche du profil idéal : l'expression de la norme procréative.

Dans cette partie il s'agit de tenter de répondre à la première hypothèse qui était que l'accès à la contraception définitive serait plus facile pour les couples d'un certain âge. Il s'agira d'explorer cette idée, au travers des entretiens avec les médecins. Je diviserai cette section en trois sous-parties : l'âge en premier lieu, qui est l'élément central de cette hypothèse. Je propose ensuite de considérer la situation conjugale, qui est un élément qui est ressorti lors des entretiens. Ensuite, je me pencherai sur le risque de regret. En effet il s'agit d'une donnée incontournable dans les discours des médecins.

L'âge : premier critère pour accéder à la contraception définitive.

Durant les entretiens, les trois médecins ont exprimé à leur manière, leurs critères pour une stérilisation. S'appuyant sur des critères physiques et biologiques comme sur des critères sociaux, leur vision de la chose se situe à l'intersection de la science et de la morale.

La Docteure G2, gynécologue, revient d'emblée sur le critère de l'âge :

“c'est pas forcément une histoire d'âge qui permet de limiter la pose et le bénéfice médical, il se calcule un peu différemment”.

Elle propose de calculer le coût du bénéfice et m'explique la manière dont elle procède :

“Alors l'âge auquel on a le meilleur bénéfice, c'est quand on fait une ligature à 42 ans. À peu près. L'âge moyen de la ménopause en France c'est 52, ça veut dire que le bénéfice il va être pendant dix ans. Donc on pourrait comparer, avec le coût de dix ans de pilule ou dix ans de stérilet. Mais, c'est pas tout à fait juste de faire ça comme ça, parce qu'il faut ajouter toute la comorbidité qui peut être liée à la technique qui est utilisée. Dans cette tranche d'âge, le risque de faire une phlébite, une embolie pulmonaire, d'avoir de l'hypertension, des migraines, enfin. Et dans ces cas-là on passe sur une comorbidité qui coûte beaucoup plus cher. Et un risque qui est beaucoup plus élevé. Donc c'est quand même pas tout à fait comparable en terme de coût brut. L'analyse elle est plus complexe. Mais à 36 ans oui, le risque, l'âge moyen du premier enfant en France, on doit être à 29-30 ans. Donc ça veut dire qu'à 36 ans quand même, euh, on est en plein âge "de reproduction", en France, en 2016 hein.”

En 2014, 8,3% des femmes de 36 ans ont mis un enfant au monde. On pourrait prendre en considération l'âge avec un taux de fertilité le plus élevé : entre 27 et 33 ans, entre 12 et 14% des femmes de leur tranche d'âge ont donné naissance à un enfant. Malgré les estimations de cette docteure, à 36 ans, les femmes sont plutôt à un âge où leur fécondité commence à baisser ou, en tout cas, elles commencent à moins procréer⁸².

La Docteure G2 s'exprime ensuite sur la question du transfert :

“je pense que la personne la plus jeune à qui je l'ai fait, elle avait 36 ans. Elle était à peine plus jeune que moi. J'ai mis du temps à réfléchir mais ça c'est, de mon fait, pas de son âge. C'est-à-dire quand on soigne des gens plus âgés, il y a des questions qu'on se pose pas et quand on soigne des gens qui ont votre âge, c'est difficile et il faut pas, mais on a toujours tendance un peu à se projeter. Donc voilà. Ce qui théoriquement n'est pas bien mais, ce qui est quand même complètement humain.”

Elle soulève ici un point intéressant, celui du transfert, inhérent à toute relation médicale. Ainsi, elle ne peut s'empêcher de se projeter et cela parasite son intention première, entendons ici l'intentionnalité au sens de “*la capacité de l'acteur de donner des buts à son action en fonction de ses préférences*”⁸³. Ainsi, on relève ici la rationalité limitée de cette gynécologue, rationalité limitée étant ici entendue au sens développé par Herbert SIMON, c'est-à-dire que les individu-e-s ne disposent pas toujours des informations et des capacités cognitives suffisantes pour faire un choix optimal. Dans cette situation, la gynécologue reconnaît avoir eu des difficultés à prendre en considération l'ensemble des informations dont elle disposait afin de prendre la décision la plus rationnelle possible. Néanmoins, elle a tout de même su tirer profit des informations dont elle disposait pour prendre de la distance par rapport à ses émotions et ajuster sa décision finale autour de son intention première. Son cheminement illustre bien le fait qu'une position clinique passe plutôt par l'écoute et par l'analyse de la demande des patient-e-s.

⁸² Annexe 7

⁸³ CUIN, 2001.

C'est ce que va proposer le Docteur G1 :

“c'est souvent des gens de plus de 30 ans parce-que même quand elles ont formulé la demande avant 30 ans, comme elles se sont souvent entendu non et qu'on leur a donné une barrière d'âge, ben elles reformulent la demande un peu plus tard.”

Il exprime la difficulté vécue par les patient-e-s pour accéder à une stérilisation avant l'âge de 30 ans. Puis il explique que, pour lui, l'âge n'est pas un critère exclusif :

“ça m'est arrivé d'en faire sur des femmes jeunes, moins de 30 ans je ne crois pas personnellement mais j'y ai déjà accédé à des femmes qui n'avaient pas beaucoup plus de 30 ans, en général qui avaient des grossesses. Chez des femmes sans grossesse, il ne me semble pas que j'y ai accédé avant 35 ans [...] par rapport à ce risque de regret et parce que la problématique c'est pas la stérilisation, c'est l'absence de grossesse.”

Ce médecin justifie la difficulté d'accès à cette opération par le risque de regret. J'examinerai cette piste ci-après.

Pour ce gynécologue, lorsqu'il ne lui semble pas pertinent de procéder à une stérilisation, il est important de dialoguer avec les patient-e-s :

“il faut l'étayer cette réponse, c'est pas “non je le fais pas” c'est pourquoi elles veulent quelque chose de définitif, qu'est-ce qui les motive, et c'est l'occasion de reparler contraception”.

Pour ce faire, il recommande de revenir sur le parcours de la patiente, notamment sur le recours à des IVG.

Le Docteur G1 se positionne donc dans une position d'écoute vis-à-vis de ses patient-e-s, notamment lorsqu'il recommande d'étayer la réponse et de revenir sur le parcours de vie. En adoptant cette attitude, il crée aussi une relation de confiance, qui permet d'ouvrir la communication et de mieux comprendre les motivations de ses patient-e-s.

Le Docteur U. qui est urologue, exprime son incompréhension face aux motivations de ses patient-e-s :

“souvent c'est plutôt des jeunes [...] ils avaient plutôt 20 ans quoi. 20-25 ans. [...] Leurs motivations sont jamais très très claires finalement, à chaque fois ce qui revient toujours c'est : j'ai pas envie de peupler la Terre, la Terre est déjà surpeuplée, j'ai pas envie que y ait du monde en plus”

Dans cette situation, au-delà de la justification par rapport à une motivation quelque peu obscure, je ne peux m'empêcher de relever que le premier élément qu'il avance est l'âge des personnes qui font une demande de vasectomie.

En parallèle avec l'âge, la situation conjugale est souvent avancée comme critère déterminant avant de procéder à une stérilisation.

La situation conjugale et familiale

La Docteure G2 fait part de ses craintes :

“Alors après euh, est-ce que l'âge en soi est à prendre à compte ? Hé ben j'ai envie de dire oui mais pour moi c'est pas forcément restrictif. C'est-à-dire que nous, ce qui nous fait très peur en tant que médecin c'est les...les... changements de vie”.

Elle entend ici l'évolution de la conjugalité, avec les séparations et recompositions familiales.

Elle propose un premier exemple :

“si vous avez un couple qui est ensemble depuis, je sais pas, 20 ans, avec des enfants qui ont 17 et 15 ans, même si la patiente elle a 37 ans, ce qui faut arriver à lui faire dire c'est voilà : si vous perdez votre mari ou si vous perdez un enfant, est-ce que vous êtes sûre que vous n'en referez pas ?”

Elle continue avec un second exemple :

“A contrario, si vous avez une femme, qui a 37 ans, qui a un enfant qui a 10 ans mais qui est célibataire, là c'est plus dangereux parce que, il faut dire qu'elle a cinq ans devant elle pour rencontrer quelqu'un et potentiellement refaire un enfant.”

Cette gynécologue s'appuie effectivement sur les changements de vie conjugale qu'elle met en relation avec la période de fécondité.

Le Docteur G1 adopte une position similaire et propose d'en parler avec les patient-e-s :

“en leur faisant admettre qu'il y a quand même plus de 50% des couples qui vont se séparer, des gens qui vont refaire leur vie avec un nouveau partenaire qui a pas forcément d'enfant [...] et que j'ai quand même dans l'arrière-pensée deux ou trois histoires dramatiques de femmes qui ont perdu des enfants dans des accidents et qui se sont retrouvées sans enfant et qui ont regretté leur choix.”

Il replace aussi la communication et la relation de confiance au centre de la décision :

“si je connais pas la dame, il me faut au moins deux à trois rendez-vous pour essayer de l'évaluer avant d'accéder à sa demande. [...] quand elles sont suivies et qu'elles ont eu un projet parental, mettons qu'elles ont deux ou trois enfants, qu'elles ont plus de 35 ans, qu'elles sont orientées par leur gynécologue, je les vois une fois et on fait le geste avec un délai de quatre mois entre la demande et la procédure. Sur une demande individuelle de quelqu'un qui n'aurait pas d'enfant, les quatre mois minimum c'est moi qui les revoit à quatre mois avant d'accéder au geste et même souvent je les revois une troisième fois [...] au moins que la durée dans le temps montre la motivation de la personne”

Les trois médecins démontrent bien que leur préoccupation centrale est le risque de regret après cette procédure, souvent motivée par une crainte de la modification de la structure familiale et/ou conjugale.

Le risque de regret

Finalement, la première crainte des médecins est le fait que les patient-e-s puissent regretter d'avoir eu recours à une stérilisation. Mais la Docteure G2 relativise en s'appuyant sur des études de satisfaction :

“il y avait une évaluation des échecs de procédure, de la durée de l'intervention, de la faisabilité avec ou sans anesthésie. Et les patientes étaient rappelées, il y avait des taux de satisfaction qui étaient à plus de 97%. [...] Est-ce-qu'il y a des patientes qui avaient changé d'avis, il faudrait relire et voir dans le détail si c'était lié. Il y en a forcément sans doute quelques unes qui ont dû le regretter. Après c'est difficile parce que, enfin c'est difficile, quand une femme dit qu'elle regrette et qu'elle aurait bien refait un enfant, il faut savoir à quel point cette remarque est fondée. C'est-à-dire que quelques fois il y a juste l'idée de désir de "finalement peut-être que j'aurais pu faire un petit dernier" mais en pratique, dans les faits réels, il n'y en a pas beaucoup qui vont jusqu'à reconsulter en infertilité. Il y en a quelques unes bien sûr, mais je pense que c'est des femmes qui n'ont pas été assez bien évaluées en amont.”

En s'appuyant sur une étude de satisfaction aux résultats particulièrement probants, elle relève deux éléments essentiels : la différence entre le désir et le projet d'enfant ainsi que l'évaluation par les médecins en amont. Pour ma part, je pense que l'enjeu capital du médecin se situe à cet endroit : l'évaluation de la pertinence de la demande et du risque de regret.

Le Docteur U. témoigne de processus similaires concernant la vasectomie :

“Je vois quand même très régulièrement des mecs qui reviennent parce qu'ils ont fait des vasectomies et qu'ils ont changé d'avis entre-temps et surtout qui ont changé de femme ou, enfin, donc euh, il faut quand même bien leur expliquer, il faut bien qu'ils réfléchissent. Mais le problème c'est quand ils viennent, ils sont toujours absolument convaincus. On a beau leur dire attention, non ils ont vraiment pris leur décision, c'est toujours après qu'ils changent. [...] leur femme peut décevoir, ils peuvent tromper, enfin quitter leur femme, trouver quelqu'un d'autre, il peut se passer plein de choses, donc ils peuvent toujours changer d'avis.”

Encore une fois, les changements conjugaux se trouvent au coeur du processus de regret.

Le Docteur G1, s'appuie sur une étude pour justifier la place prépondérante de la prise en compte du risque de regret dans le processus de contraception définitive des personnes sans enfant :

“sur la problématique spécifique des nulligestes, là il y a quand même plus de réticence de notre part, mais qui est pas une réticence uniquement personnelle, c'est que, on a quand même beaucoup de données sur le taux de regret après ligature de trompes [...] c'est des données américaines [...] et donc on a évalué le taux de patientes qui allaient reconsulter pour une demande de réversibilité ou un projet de grossesse. [...] 10% des femmes vont regretter leur geste [...] et le premier facteur de regret c'est l'âge. Donc la réticence chez des filles jeunes sans enfant à faire un

geste définitif existe [...] c'est plus de 10% dans la tranche d'âge des moins de 30 ans qui vont regretter leur geste”

Il continue à détailler les facteurs de regrets identifiés :

“le nombre d'enfant est pas tellement identifié comme un facteur de regret [...] par contre le délai avec la dernière grossesse avait été identifié, les délais courts”

Enfin, il explique quelle mesure il a choisi de mettre en place afin d'anticiper ce risque de regret :

“chez les patientes les plus jeunes, moi j'ai toujours comme arrière-pensée le regret [...] des fois je leur propose plutôt des clips de manière à avoir une réversibilité chirurgicale, certes pas absolument parfaite puisque ça dépasse pas 50%, mais de manière plus réversible qu'un Essure où là, la réversibilité est mauvaise”

L'étude que mentionne le Docteur G1 s'intitule CREST Study et date de 1997. Il a été évalué que dans les cinq ans après une stérilisation, 6% des patient-e-s regrettaient d'avoir eu recours à cette opération. Il a été déterminé que l'âge était effectivement le critère le plus important dans le risque de regret. Ainsi, l'étude démontre que les femmes de moins de 30 ans présentaient deux à trois fois plus de chances de regretter leur geste par rapport aux femmes entre 30 et 35 ans. En revanche, le nombre d'enfants ou le statut marital au moment de la stérilisation n'avait pas d'impact sur le regret.⁸⁴

En 2012, LEGENDRE et al. ont croisé les données de plusieurs études pour déterminer les facteurs de regret. *“Le taux de regret cumulé global était de 12,7 %. Dans l'analyse en sous-groupe par âge il était de 20,3 % chez les patientes de moins de 30 ans et de 5,9 % après trente ans . Une analyse de la même cohorte CREST rapporte un taux cumulé de demande de reperméabilisation de 14,3 % au total et de 40,4 % chez les femmes âgées de 18 à 24 ans. [...] le regret est inversement corrélé à l'âge des femmes ayant opté pour ce mode de contraception.”*⁸⁵

En 2014, LEGENDRE et al.⁸⁶ estiment qu'après 4 ans *“sur les 306 patientes étudiées, 17 ont exprimé un regret, soit 5,5 % d'entre elles (regret latent). Parmi elles, sept ont consulté en vue d'une grossesse ultérieure soit 2,3 % (regret patent). Parmi ces sept patientes, cinq ont envisagé une assistance médicale à la procréation et 2 une adoption. Aucune femme n'a à ce jour concrétisé ce projet. [...] Le taux de regret patent quant à lui est faible 2,3 % et reflète sûrement le véritable regret des patientes de notre cohorte.”*⁸⁷

Ces études viennent confirmer la crainte des médecins quant à un éventuel regret concernant la stérilisation de personnes de moins de 40 ans.

⁸⁴ CREST Study, 1997

⁸⁵ LEGENDRE et al., 2012

⁸⁶ Annexe 8

⁸⁷ LEGENDRE et al., 2014

Il existe en France le Score de Lerat, servant à identifier le risque de regret⁸⁸. Chaque item vaut un certain nombre de points, en fonction de sa pertinence dans la procédure de contraception définitive. Si le score est supérieur à 6, l'opération peut être envisagée.

La stérilisation demeure tout de même pensée pour les couples ayant déjà des enfants.

1.2. La stérilisation, une affaire de parents : la politique nataliste s'invite dans les cabinets médicaux

A présent, je me propose de répondre à la seconde hypothèse posée dans ce travail : la stérilisation n'est pas pensée pour les personnes sans enfants car ils et elles se situent hors des normes. Je m'appuie sur les discours des trois médecins interrogé-e-s afin d'alimenter une réponse.

Dans le discours de la Docteure G2, les personnes sans enfant ne sont pas envisagées. À leur sujet, elle s'exprimera en ces termes :

“alors, une femme qui aurait pas eu d'enfant, moi ça m'est déjà arrivé d'en rencontrer. Alors pareil, l'histoire de couple compte. C'est souvent des patientes qui vont arriver en consultation chirurgicale, souvent, quand même, en ayant passé 40 ans. C'est-à-dire qu'avant 40 ans, sans enfant, tous les médecins vont freiner, et même bien avant moi hein, donc euh voilà.”

Dans cet extrait, on peut relever que l'accès à la contraception définitive pour les personnes sans enfant de moins de 40 ans est entravé pour des raisons normatives et sociales. La gynécologue ne les développera pas d'elle-même. J'ai donc fait le choix de relancer à l'aide d'une question concernant la typologie des patient-e-s qui venaient en consultation pour faire une demande de stérilisation à visée contraceptive.

La Docteure G2 s'appuie donc sur ses codifications :

- “ - Sur toutes les patientes que j'ai fait, la moyenne d'âge, je vais vous dire, 42 ans exactement. Grande majorité qui sont déjà maman.
- Et pour celles qui ne sont pas maman, du coup, on est sur la même tranche d'âge?
- La minorité, celles, qui ne sont pas maman j'ai dû en faire deux. C'est une très grande minorité.
- Pourquoi du coup?
- Ben d'abord parce que la majorité des femmes sont mamans quand même .”

Cette gynécologue illustre ici le fait que les personnes sans enfant ne sont pas envisagées sur cette procédure car elles ne sont pas pensées par la médecine. On peut y voir l'expression de la norme procréative, intégrée ici par une professionnelle de santé, dans un métier consacré

⁸⁸ Annexe 9

aux femmes et à leur santé sexuelle et reproductive. Finalement, il n’y a pas ou peu de distance d’avec la norme sociale du faire famille. Dans sa dernière phrase, on ressent bien le fait que les femmes sans enfant ne sont pas ou peu imaginées, confirmant donc notre sous-hypothèse.

Pour le Docteur G1, la question se situe plutôt sur la contraception que sur la stérilisation :

“les femmes jeunes et sans enfant qui veulent une solution définitive [...] il faut s’acharner à leur trouver une contraception efficace puisque ce qu’ils veulent, c’est pas forcément une ligature, c’est pas avoir de grossesse [...] on va essayer de trouver une solution contraceptive acceptable et d’une bonne efficacité. Et on y arrive souvent.”

Dans cet extrait, le gynécologue choisit de recentrer la demande de contraception définitive vers une solution de contraception temporaire. Ainsi, à une demande de solution définitive, il répond par une proposition temporaire. Là encore, la norme procréative se profile : il ne s’agit pas de ne pas avoir d’enfant, il s’agit de repousser le moment d’en avoir. Nous verrons dans la prochaine partie que les patient-e-s témoignent aussi de cette interaction, d’un point de vue différent.

Le Dr U. adopte une position moins tranchée, il estime que son devoir est d’informer et de respecter le choix de ses patient-e-s :

“Sur un jeune qui a pas d’enfant, qui dit juste : je sais que dans 20 ans j’en voudrais jamais de toute façon. J’ai toujours un peu de mal à le comprendre. Après, comme je le disais, je les informe et ils prennent leur décision. Mais, je comprends que certains collègues ils peuvent un peu, ils peuvent un peu hésiter, surtout du fait de l’âge assez jeune”

Cet urologue prend en considération la demande des patient-e-s bien qu’il exprime ne pas la comprendre. La norme procréative se situera au coeur de cette incompréhension : pourquoi vouloir une solution définitive alors qu’on pourrait juste attendre le bon moment?

Néanmoins, il me semble pertinent de relever que ce médecin semble tout de même accéder à la demande de contraception définitive, en s’appuyant effectivement sur le cadre légal pour fixer son intervention auprès du patient : informer et recueillir le consentement.

1.3. Cadre légal et risque juridique : des disparités entre la théorie et la pratique

Nous allons maintenant faire un focus sur l’application du cadre légal autour de la contraception définitive. Les instructions sont on ne peut plus claires : toute personne majeure peut y accéder après avoir donné son consentement éclairé et après un délai de réflexion de quatre mois. Mais, de la théorie à la pratique, il peut y avoir des disparités.

La Docteure G2 exprime finalement une dernière crainte au sujet de la stérilisation des personnes jeunes :

“vous faites une ligature des trompes à quelqu'un qui a 30 ans. Cinq ans plus tard, il vous met au tribunal et il vous dit "ah oui mais on m'a pas bien expliqué que c'était irréversible", vous êtes condamné hein.”

À ma demande, elle développe en s'appuyant sur des affaires ayant fait jurisprudence :

“oui, il y a eu jurisprudence sur tous les documents qui sont à remplir en chirurgie, qui sont des consentements éclairés et des documents d'information. Tout ça, il y a pour tous des jurisprudences, où le patient a réussi à démontrer que l'information, il avait signé le papier mais on ne lui avait rien expliqué. Donc maintenant on nous dit même, qu'il faut faire des schémas, avec des annotations, gribouiller, écrire dessus, dessiner pour qu'il y ait la preuve qu'on a pris le temps, sur le schéma qu'on leur donne, d'avoir donné des explications, en plus que simplement le papier. Alors le problème c'est que la ligature, ben vous faites un trait, c'est un peu simpliste hein mais euh

- Oui donc il y a cette idée là aussi de ce qui pourrait se passer derrière d'un point de vue juridique?
- Ah ben c'est certain. Et on serait condamné mais c'est certain. A tous les coups. Ah oui c'est certain. Donc après, c'est sûr qu'on a ça en tête. Non prendre le risque, oui c'est certain.”

Au fur et à mesure des échanges, au-delà de la question de l'âge et du regret, cette gynécologue développe son point de vue du côté des risques juridiques. En effet, prendre le risque d'opérer un-e patient-e qui pourrait regretter ce geste, met les praticien-ne-s dans une position délicate vis-à-vis de leur carrière, par crainte d'une procédure en justice suivie d'une condamnation.

Le Docteur U. n'envisage pas vraiment cette éventualité et s'appuie pleinement sur le cadre légal :

“- À partir du moment où ils rentrent dans les clous et qu'il y a pas de contre-indication à la chirurgie...

- Rentrer dans les clous, ce serait quoi?
- Oh ben faut qu'ils soient majeurs, faut qu'il y ait eu le consentement, le délai de réflexion. Moi sur le plan purement moral, ils font ce qu'ils veulent de leur corps, enfin à partir du moment où c'est légalisé, moi je vois pas de contre-indication à le faire. J'en discute beaucoup avec eux, là clairement le délai de réflexion de quatre mois c'est vachement important.”

Il relève un point essentiel de la relation patient-e/médecin : la communication et le délai de réflexion. En effet, afin de se prémunir d'une situation qui pourrait s'avérer désastreuse pour leur carrière, les médecins ont tout intérêt à respecter le cadre légal à la lettre afin d'éviter tout risque de regret pouvant se solder par une décision de justice. Les enjeux de la stérilisation se cristallisent à cet endroit. En amont de cette communication, se situe l'accès à l'information.

1.4. L'accès à l'information : circuit classique et réseaux alternatifs.

Je vais à présent tenter de répondre à l'hypothèse qui était que les personnes intéressées par une procédure de stérilisation vont chercher des informations dans des réseaux parallèles. La question était aussi de savoir si les médecins étaient conscient-e-s de l'existence de ces réseaux.

Lorsque j'aborde la question de l'accès des patient-e-s à l'information avec la Docteure G2, elle présente plusieurs types de profils :

“il y a des patientes qui viennent par leur gynéco, qui n'ont jamais entendu parler de rien. Il y en a qui sont déjà allées sur internet et qui ont pu faire le tour de la question. Il y en a qui disent "ça fait des années que je leur demande et il n'y a que maintenant qu'ils me laissent venir". Ou alors il y en a qui disent "je m'en occupe parce que j'ai laissé courir l'affaire". Donc il y a de tout. Il y en a qui vont sur le site d'Essure et qui ont des informations très cohérentes, d'autres qui sont allées sur les blogs et qui ont l'impression que c'est une arnaque en ligne. Enfin bon. C'est tout le problème de la médecine sur internet.”

Elle aborde les différentes sources d'informations ainsi que leur fiabilité. Effectivement, elle recommande de consulter des sources médicales qui seront plus sûres au niveau de l'information. Elle fait aussi référence à la pétition récente en France contre Essure qui apparaîtra facilement dans les résultats d'un moteur de recherche. Cette gynécologue semble ne pas savoir si les patient-e-s savent sélectionner et croiser leurs sources. Nous allons voir plus loin que les patient-e-s sont aussi conscient-e-s de l'enjeu de la fiabilité de l'information.

Concernant la patientèle du Docteur G1, elle est souvent orientée par les gynécologues :

“les gynécos de ville savent qu'on fait cette activité depuis longtemps [...] on a de temps en temps des recrutements pour des trucs un peu spécifiques sur des forums, mais sur ça, il me semble pas”

Dans cet extrait, il dit ne pas être au courant de réseaux alternatifs existants autour de cette pratique. Or, même s'il reconnaîtra plus tard se rechercher de temps en temps sur internet, ces réseaux existent bel et bien, et son nom figure sur une liste de praticiens pratiquant la stérilisation à visée contraceptive. Il explique que sa patientèle lui est majoritairement orientée par les gynécologues de ville, un circuit conventionnel dans le cadre de cette procédure.

Pour le Docteur U., les patient-e-s sont informé-e-s par les gynécologues et font aussi leurs propres recherches :

“assez souvent ils se sont déjà renseignés avant [...] ils sont généralement plutôt bien informés sur comment ça se passe. [...] La plupart du temps, c'est ou la gynéco qui donne l'information, ou ils vont sur internet”

Cet urologue reconnaît en premier lieu la capacité des patient-e-s à trouver des informations fiables. Il parlera de l'orientation par un-e gynécologue dans un second temps. Il ne saura pas détailler de quel endroit viennent les informations recueillies par les patient-e-s.

Lorsque la question leur est posée, les médecins disent tou-te-s les trois ne pas être au courant de l'existence de sites spécialisés ou de liste de praticien-ne-s pratiquant la contraception définitive. Cela témoigne d'une certaine distance par rapport au processus de réflexion de leurs patient-e-s. En effet, ce processus de réflexion est capital dans la procédure vers une contraception définitive. Les patient-e-s interrogé-e-s suivent le même parcours : la recherche d'un moyen de contraception fiable et définitif. Il s'agit ensuite d'aller se renseigner, sur internet en premier lieu, chez les médecins dans un second temps. Leur démarche consiste à obtenir un maximum d'informations en amont de la consultation médicale, qui serait une manière de s'approprier cette procédure et de démontrer qu'il s'agit d'un choix mûrement réfléchi. Ensuite, il s'agit de trouver un-e praticien-ne qui accède à leur demande.

Nous allons maintenant explorer les résultats des entretiens avec les patient-e-s.

2. Des représentations à la communication : l'enjeu de la contraception définitive du côté des patient-e-s

2.1. Ne pas désirer d'enfant : une démarche construite sur le long terme.

Lors des entretiens, la question du non-désir d'enfant a été abordée. Chacun-e a pu détailler la manière dont s'est construite cette identité, faisant écho à la typologie proposée par TILMANT.

Charlène, Cléo et Marina font le lien avec le processus physique de la grossesse et évoquent l'instinct maternel. On peut reconnaître dans leur discours la première typologie : le non-désir d'enfant, tout simplement.

Charlène par exemple explique que

“être enceinte, je pense que c'est un truc que j'aurais pu accepter, je pense que c'est un très beau moment pour une femme [...] en revanche, faire des enfants, les avoir, les élever euh...j'en avais pas envie”.

Elle prend tout de même une place dans la sphère familiale :

“je pense que j’aurais ptet pas été une bonne mère mais je suis une très bonne belle-mère”.

Pour Cléo, la question va au-delà d’avoir ou de ne pas avoir un enfant :

“c’est plus un choix de ne pas être enceint-e que de ne pas avoir d’enfant [...] quitte à gérer un enfant, ben autant faire un heureux ou une heureuse et adopter pourquoi pas [...] dans l’idéal c’est de ne pas avoir d’enfant”.

Marina fait le lien avec l’instinct maternel :

“je pourrais avoir un enfant s’il arrivait à 20 ans. Mais tout ce qu’il y a avant, toutes les étapes avant ça me tente pas. [...] moi je peux très bien m’en passer et puis j’ai pas forcément l’instinct maternel non plus [...] je me vois pas mère, je me vois pas accoucher”.

Ne pas désirer d’enfant est une construction sociale et identitaire complexe, pouvant mêler plusieurs éléments de cette typologie. C’est le cas pour Charlène et Cléo, qui ont aussi construit leur non-désir d’enfant comme une défense.

Charlène explique être très consciente du lien entre son non-désir d’enfant et son vécu familial :

“ma mère est une mère qui donne pas envie d’être mère donc ça c’est incontestable ça a joué [...] c’est-à-dire que ma mère m’a placée très vite et très tôt dans un rôle de grande qui n’était pas ma place à l’époque [...] alors que je n’avais que 6 ou 7 ans [...] j’ai été un peu la mère de ma mère [...] et de ce fait, j’ai plus le désir de devenir maman plus tard”.

Pour Cléo, le non-désir d’enfant fait sens au regard de son état de santé :

“je suis neuroatypique⁸⁹ et j’ai peur de pas savoir gérer [...] je sais aussi que je tape des crises de panique souvent, que je suis sur un terrain dépressif, j’ai pas envie de faire subir du malheur à quelqu’un qui a juste rien demandé”.

Gwénaëlle fait le lien avec sa famille, qu’elle décrit comme “décomposée” et plus particulièrement l’absence de relations avec sa mère dès l’âge de 2 ans :

“je suis issue d’une famille décomposée [...] parents divorcés, père remarié re-divorcé, mère remariée avec des enfants [...] et moi je suis au milieu de tout ça en fait [...] ma mère est partie très très très tôt, donc j’ai pas eu de lien maternel, je ne sais pas ce que c’est que d’avoir une maman [...] je pense que ça joue sur le fait que je ne veuille pas d’enfant car je ne connais pas le lien maternel déjà en tant qu’enfant donc en tant que mère ça doit être compliqué d’en construire un”.

Yannick fait le lien entre son histoire familiale et son choix de rester sans enfant :

“Ma mère m’a eu à 15 ans, donc euh ça a été pour elle, quelque chose d’assez complexe je pense. [...] Elle a absolument pas envie d’être grand-mère, elle estime encore qu’elle est extrêmement jeune”

“Ma mère a eu une période de sa vie où elle a été famille d’accueil. Voilà donc on a eu beaucoup d’enfants avec leur lot de soucis, machin, pff c’est bon quoi, enfin j’ai vraiment été baigné là-dedans”

“Ma mère m’a pas élevé non plus dans le : tu verras quand tu seras marié avec des enfants machin, ça aide déjà aussi, j’ai déjà un terrain favorable autour de ça. Une mère qui, elle m’a jamais dit ça. Justement au contraire : ah t’emmerde pas avec ça, c’est pas grave, c’est pas une obligation”

“J’ai pas été élevé dans le cadre de la famille par exemple, ma mère m’a élevé quasiment toute seule, mon père s’est barré, il a pas assumé, enfin c’est plein de

⁸⁹ Fonctionnement psychique faisant partie des Troubles du Spectre Autistique

petits trucs comme ça qui font qu'aujourd'hui, oui, j'ai pas envie d'être comme ça, y a peut-être ça aussi, j'ai pas envie d'être comme mon père, ça m'intéresse pas, c'est peut-être ça aussi. Certainement."

Il précisera un peu plus tard les raisons personnelles qui font qu'il n'a pas envie d'avoir d'enfant :

"parce que je les aime pas, parce que j'ai pas envie, parce que j'estime que j'ai déjà assez de choses à gérer comme ça sans pour autant avoir à gérer un enfant ou quoi [...] ça m'intéresse pas, non, j'en ai pas envie"

Bien que les personnes sans enfant par choix remettent en question la norme procréative, elle garde tout de même une place dans leur démarche.

Cléo décrit la manière dont la norme procréative l'affecte :

"tant que je me sens pas capable psychologiquement, intellectuellement et financièrement de gérer ma propre vie, gérer la vie d'un autre être vivant, je pense que ça va être compliqué [...] d'ici dix ans peut-être que j'aurai avancé, que je serai capable, mais pour l'instant j'ai peur de pas gérer de ce côté là"

Pour Gwenaëlle, la question du moment s'est aussi posée :

"fût un temps je disais : déjà je règle mes problèmes, on verra après. Euh maintenant que mes problèmes sont réglés j'ai envie de dire que j'ai envie de profiter de ma vie [...] après je me dis aussi qu'il y a des millions d'orphelinats dans le monde [...] au final si un jour une maternité s'éveille en moi, ben j'ai toujours la possibilité d'adopter"

Néanmoins, la remise en question du système reste très présente dans certains discours.

Cléo met en lien ses convictions politiques et le système éducatif et social :

"d'un côté, je ne peux pas éduquer mon enfant dans des étiquettes qui ne me conviennent pas, mais d'un côté, je ne veux pas qu'il ou elle soit mis-e à part à cause de son éducation qui n'est pas conforme à la société, voilà, je suis végane, je suis militant-e antifa, et euh je sais que mon enfant sera discriminé-e pour ces raisons là et j'ai pas forcément envie, je me vois pas éduquer mon enfant contrairement à mes idéaux, mais d'un autre côté vu que mes idéaux ne sont pas forcément conformes à la société, j'ai pas envie de le mettre à part et de le faire se sentir mal à cause de ces choses là [...] pour moi ce sont des choix politiques, religieux et sexuels qui ME concernent, et j'ai pas envie d'entraîner quelqu'un qui n'a rien demandé"

Pour Gwenaëlle, l'opposition au système sociétal apparaît, de manière moins politique et plus pragmatique :

"c'est la société actuelle [...] ça a tellement changé depuis que je suis petite[...] par rapport au travail, au budget qu'on doit avoir pour pouvoir vivre décemment, les difficultés à faire des études. Je me dis que je peux pas offrir à un être, l'incertitude d'avoir tout ça."

Ainsi, choisir de rester sans enfant c'est d'abord choisir de remettre en question la norme. Or, pour ce faire, il faut d'abord avoir conscientisé cette norme pour la questionner. Toutes les personnes interrogées à ce sujet ont fait cette démarche. Choisir de rester sans enfant est donc une démarche identitaire construite dans le temps, pour certain-e-s cela a pu démarrer assez tôt dans l'adolescence.

2.2. À la recherche du profil idéal : les patient-e-s à l'épreuve de la norme procréative.

Il s'agit à présent d'explorer le vécu des patient-e-s sans enfant dans l'accès à la stérilisation. Selon eux, est-il plus facile d'y accéder lorsqu'on a déjà des enfants ?

Lorsqu'elle revient sur son parcours, Charlène exprime rapidement la principale difficulté à laquelle elle a été confrontée :

“comme je suis nullipare, ils ont du mal à le faire même si la loi est OK sur le sujet et donc il fallait vraiment que je sois suffisamment avancée en âge.”

Elle souhaitait arrêter les hormones et ne pouvait être porteuse d'un DIU pour des raisons physiologiques. Elle a finalement trouvé un médecin qui a accepté de procéder à cette intervention alors qu'elle avait 41 ans. Charlène a commencé ses démarches à l'âge de 40 ans.

“ceci dit, pour être complètement honnête, même si j'ai toujours été très sûre de mon choix et que je pensais que je ne changerais pas d'avis, je me disais aussi que ça pouvait quand même arriver que je change d'avis hein, je pensais que ça serait pas le cas mais je me disais que ça pourrait quand même arriver, donc, très honnêtement, je ne me serais pas fait stériliser à 25 ans.”

Son âge, lorsqu'elle a commencé ses démarches, semble avoir joué en faveur de Charlène. De plus, elle expliquera que son emploi dans le milieu médical a été favorable à la rencontre d'un médecin susceptible de soutenir sa décision. Malgré son choix de rester sans enfant, sa réticence à accéder à une solution définitive jeune pourrait témoigner d'une certaine intériorisation de la norme procréative lorsqu'elle exprime un doute quant à la certitude de rester sans enfant.

La première fois que Cléo a fait cette demande, c'était à l'âge de 16-17 ans, auprès d'une gynécologue

“je suis allé la voir pour plein de raisons et justement la notion de contraception en disant : je veux pas d'enfant. Oui mais t'es même pas majeur-e, tu sais pas ce que tu dis, t'es qu'un-e ado, machin, tu changeras d'avis euh en gros reviens quand tu seras plus mature blablabla”

La manière dont Cléo relate cette consultation témoigne de la différence de ressenti face à un refus, même argumenté. Il faut relever que ce qu'iel⁹⁰ relate de cet échange est ce qu'iel en a retenu et non pas ce qui a réellement été dit. Néanmoins, sa manière de l'exprimer démontre la détresse dans laquelle cette réponse l'a placé-e : iel s'est senti-e infantilisé-e par la gynécologue. Or, il semble que ce refus ait été argumenté, avec l'âge au premier plan. On peut donc y voir une expression de la norme procréative.

⁹⁰ Cléo est une personne non-binaire, je respecte ici son choix de pronom

Gwenaëlle a entamé sa démarche à l'âge de 26 ans, elle s'est adressée à deux généralistes hommes et deux gynécologues, dont une femme :

“ils m'ont dit non, direct hein, vous êtes beaucoup trop jeune, vous n'avez pas eu d'enfant. [...] mon gynéco je lui en ai parlé à chaque fois que j'ai pu le voir, donc tous les ans”

On peut relever ici que la demande a été différée en s'appuyant sur la norme procréative. En effet, lorsque l'argument de l'âge est le principal objet expliquant le fait de différer une demande de stérilisation, Gwenaëlle se situant dans la tranche d'âge contribuant aux deux tiers des naissances, la consultation passe de deux interlocuteur-ice-s à trois, la norme procréative ayant une place de choix dans ces échanges.

Marina a vu deux médecins, qui lui ont refusé l'accès à cette procédure :

“- j'en avais vu déjà une autre avant qui m'avait dit, euh t'es trop jeune pour décider, tu y réfléchiras plus tard, c'est non

- Plus tard ça voulait dire quel âge?

- Euh pour eux plus tard c'est grosso merdo après la quarantaine, quasiment à la ménopause, mais en tout cas pas à moins de 40 ans.”

Elle explique avoir commencé sa démarche en raison de problèmes de santé :

“j'ai eu des soucis donc avec un fibrome, qui m'a causé énormément de tort. [...] On a pas pu tout m'enlever parce-il y a eu des complications. [...] c'est vrai que sachant que je ne veux pas d'enfant, je ne vois pas l'intérêt de continuer à avoir tout ça.”

Au delà de sa problématique sanitaire, elle exprime le fait que, dans son entourage, les réactions à l'annonce de son choix de ne pas avoir d'enfant sont influencées par la norme procréative :

“c'est vraiment l'âge qui gêne les gens. [...] ils se disent à partir de 40 ans une grossesse c'est quand même plus délicat etc etc donc quelqu'un qui n'a pas d'enfant à 40 ans, s'il ne veut pas en avoir, en soi, ça va pas gêner la, ça va pas gêner l'entourage. Parce qu'il comprendra plus facilement que quelqu'un de 15, 18, 20 ans ou 30 ans qui dit : non je veux pas en avoir c'est comme ça et puis c'est tout”

Marina soulève ici un point central dans ce travail : les personnes sans enfant ne sont pas pensées dans le processus de contraception définitive.

2.3. La stérilisation, une affaire de parents.

En m'appuyant sur les expériences relatées par les patient-e-s, j'explore à présent l'hypothèse suivante : la stérilisation n'est pas pensée pour les personnes sans enfants car elles sont hors normes.

Charlène a commencé ses démarches à l'âge de 40 ans et il ressort de son expérience que, bien qu'elle ait entamé ses démarches à un âge qui semble acceptable par le corps médical, le fait qu'elle n'ait pas d'enfant constituait tout de même un frein :

“j’ai rencontré une gynéco à l’époque qui, elle, a catégoriquement refusé, qui m’a dit : c’est pas possible, euh vous n’avez pas d’enfant, on ne vous stérilisera pas. [...] donc elle m’a dit : vous ne trouverez pas de chirurgien qui accepte de vous stériliser, vous êtes trop jeune, enfin vous êtes trop jeune, vous n’avez pas d’enfant, la vraie raison c’était celle-ci”.

Lorsqu’elle revient sur cette consultation, Charlène fait état d’un refus lié d’abord au fait qu’elle n’avait pas encore eu d’enfant. Elle avait un âge à partir duquel la contraception définitive semble plus facilement envisagée, mais le fait de ne pas avoir d’enfant a joué en sa défaveur.

Cléo explique avoir porté une autre fois cette demande à 23 ans auprès d’un gynécologue :

“qui m’a dit que j’étais trop jeune, que je n’avais pas encore eu d’enfant, que je pourrais encore changer d’avis, que je risque de le regretter, mais qui a été quand même été assez ouvert, on a trouvé un compromis c’est la pose d’un stérilet [...] et il m’a dit : dans dix ans, si t’as toujours pas changé d’avis, on pourra envisager la chose [...] par contre c’est un gynéco du Planning Familial, parce que tous les gynécos “normal” n’ont pas accepté”.

Iel soulève ici un point particulier, au sujet de l’engagement, voire du militantisme des gynécologues exerçant au Planning Familial. En effet, l’activité du Planning Familial induit une certaine sensibilisation aux droits des femmes. Ainsi, bien que le praticien ait tout de même différé la demande, on constate que la norme procréative peut être remise en question dans les milieux “sensibilisés”. Dans cette situation, le médecin prend en compte le souhait de ne pas avoir d’enfant, tout en considérant le risque statistique de changement d’avis lié en grande partie à l’âge auquel la procédure de stérilisation est effectuée. On peut aussi relever que le choix de poser un DIU sur un-e patient-e nullipare est encore peu répandu en France, constituant un acte symboliquement fort : non seulement le choix de ne pas avoir d’enfant est entendu, le compromis est discuté et argumenté sur des bases statistiques réelles, mais la solution proposée est aussi prise conjointement avec le patient-e et constitue une méthode contraceptive peu répandue pour ce profil. Cette approche médicale, qui devrait pourtant être la norme, constitue finalement un positionnement féministe.

Marina a eu une expérience similaire du point de vue de la norme procréative :

“j’en avais commencé à en parler avec ma gynéco, qui m’avait dit, parce que j’avais aussi des problèmes de santé de ce côté là, et qui m’avait très clairement dit que non, tu voudras des gosses un jour donc on fera rien dans l’autre sens”

Là encore, la réponse porte sur le fait de différer une grossesse éventuelle. Il s’agit de différer la maternité et non pas de s’assurer qu’elle ne surviendra pas.

Yannick a fait sa première démarche à l’âge de 28 ans :

“J’ai pris un rendez-vous avec un urologue, qui a tout bonnement refusé de me faire cette intervention là sous prétexte que je n’avais pas encore eu d’enfant”.

Le fait d’être un homme aurait pu permettre à Yannick de passer au travers de la norme procréative. Or, son expérience a démontré que cela n’était pas le cas.

Ainsi, sur l'échantillon sélectionné pour ce travail, je relève que la norme procréative se retrouve dans chacune des expériences des personnes interrogées, quel que soit leur âge ou leur genre. Tou-te-s en étaient conscient-e-s et avaient choisi de préparer leur demande en faisant leurs recherches en amont.

2.4. L'accès à l'information : circuits conventionnels et alternatifs à l'épreuve des ressources individuelles.

Nous allons à présent tenter de répondre à la dernière hypothèse : les patient-e-s recherchent des informations concernant la stérilisation à visée contraceptive sur des réseaux parallèles.

Dans le cas de Charlène, concernant la recherche d'un-e chirurgien-ne, sa situation professionnelle a été un atout en sa faveur :

“le premier m'avait été indiqué par ma gynéco parce qu'ils avaient fait leurs études ensemble [...] la deuxième, comme je travaillais à ce moment là dans le milieu médical, ben du coup je l'ai rencontrée sur un salon, donc là c'est sûr que j'ai eu cet accès à l'information qui ne sera pas le cas pour tout le monde [...] Je pense que, moi je suis dans le domaine médical, je suis française, j'ai un nom bien français, je lis et je comprends parfaitement le français, je m'exprime en français, j'ai un accès à l'information qui est aisé. [...] Et quand je vois déjà comment ça a été le parcours du combattant pour moi, j'ose même pas imaginer pour d'autres femmes.”

Charlène relève ici un élément déterminant dans l'accès à l'information : le capital culturel. Elle a bien conscience que sa classe sociale et son niveau d'éducation ont été des atouts en sa faveur. Ainsi, travailler dans le milieu médical a facilité son accession à la procédure de contraception définitive. Elle n'est pas passée par un circuit alternatif, néanmoins, de par sa profession, elle n'est pas passée par le circuit conventionnel, à savoir l'orientation par un-e gynécologue de ville. En effet, elle explique que c'est elle qui a fait le premier pas auprès de sa gynécologue de ville

“c'est moi la première qui lui ai posé la question, je lui ai dit : je suis prête à une solution définitive [...] donc là elle m'a dit : oui euh y a tel truc qui existe, les Essure machin mais euh vous trouverez jamais un chir' qui accepte”

Cléo estime que c'est sa situation géographique qui entrave sa démarche :

“peut-être dans une grande ville, je ne sais pas si c'est peut-être plus ouvert, j'en ai aucune idée. Après je sais qu'il y a des annuaires de médecins euh plus ouverts qui circulent, donc euh peut-être qu'un jour j'en aurai vraiment marre et voilà, mais je sais pas, c'est une démarche qui est réfléchie mais pour l'instant vu que je suis à Pau, c'est peut-être pas la ville la plus...”

Cléo aborde frontalement l'existence d'annuaires répertoriant les praticien-ne-s acceptant de procéder à une opération de contraception définitive sur des personnes sans enfants. Le fait de

vivre dans une petite ville lui semble être un frein. Ici, l'intérêt principal se trouve dans l'utilisation de ressources alternatives, construites par et pour des patient-e-s.

Marina va bientôt déménager; elle explique comment elle compte trouver un-e nouveau-elle médecin :

“J'avais vu sur des forums qu'il y avait certaines femmes qui donnaient aussi un peu des, des conseils sur les médecins qui étaient un peu plus ouverts par rapport à ça, que d'autres. Donc, je pense qu'au moment où je me serai enfin fixée quelque-part, j'irai voir aussi ces listes de médecins pour aller en voir un.”

Marina aussi aborde la question de l'annuaire médical ouvertement. Elle apprécie de pouvoir disposer de cet outil et n'hésitera pas à s'en servir le moment venu.

Yannick explique s'être principalement renseigné sur internet en sélectionnant soigneusement ses sources :

“j'essaie de regarder les sites de médecins par exemple, les sites d'hôpitaux.”

Le fait qu'il détaille ses sources démontre qu'il désire avoir une information la plus juste possible. Il mentionnera ensuite participer à des groupes politiques de personnes sans enfants par choix.

Je constate que les personnes sans enfants souhaitant avoir accès à une stérilisation s'organisent. Des réseaux parallèles et des communautés d'entraide se sont créés. Internet et les réseaux sociaux facilitent cette mise en relation et permettent à ces personnes de ne pas se sentir isolées dans leur démarche, qui s'avère souvent compliquée, entre la norme procréative et la confrontation avec un milieu médical souvent débordé et manquant de temps pour se consacrer pleinement à un échange avec les patient-e-s.

Conclusion générale

Dans ce travail, nous avons exploré l'impact de la politique nataliste et de la norme procréative, toutes deux intrinsèquement liées, sur la vision de la stérilisation à visée contraceptive. En effet, l'historique des avancées des droits des femmes est ponctué d'évolutions du système social, basé sur le renouvellement de la population. L'accès à l'IVG et à la contraception définitive, bien que permettant aux femmes de maîtriser leur fécondité et de dissocier maternité et sexualité, n'ont pas suffi à ébranler l'essentialisation des compétences féminines pour la maternité.

En dépit d'une grande "popularité" au niveau mondial, la contraception définitive reste très peu utilisée en France, même en 2016. L'objectif de ce travail était de comprendre quelles étaient les résistances et les dépassements des normes autour de la stérilisation à visée contraceptive des personnes sans enfant par choix.

Au travers des entretiens avec un homme gynécologue, une femme gynécologue et un homme urologue pratiquant cette opération et cinq patient-e-s, trois femmes, une personne non-binaire, un homme, dans un processus de contraception définitive, abouti ou en cours, nous avons constaté que la première résistance reposait sur la norme procréative. En effet, "*les femmes âgées de 25 à 35 ans contribuent aux deux-tiers des naissances*"⁹¹. Cette donnée semble être un élément prépondérant quant à la difficulté pour les personnes de moins de 40 ans à accéder à cet acte, encore plus lorsqu'elles n'ont pas d'enfant. Avant 35 ans, il existe un risque important de reperméabilisation spontanée des trompes. Or, cet argument biologique n'est pas apparu dans les discours des médecins ou des patient-e-s, s'appuyant plutôt sur les taux de regret, s'élevant à 5,9% en France après 30 ans⁹². Il est à noter qu'en France, les données concernant les taux d'échec de la ligature des trompes ne sont pas disponibles. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer les taux de regret et les taux de reperméabilisation spontanée.

Nous avons ensuite pu constater que lorsque l'âge commence à avoisiner les 40 ans, le fait d'être en couple et d'avoir des enfants constituait une des premières conditions pour espérer avoir accès à une contraception définitive. Or, si l'âge est bien une donnée influant sur le risque de regret, il a été démontré⁹³ que la situation conjugale n'était pas une donnée qui influait sur la probabilité de regretter d'avoir eu recours à une stérilisation à visée contraceptive. Ainsi, on peut voir dans cette difficulté une autre illustration de la prépondérance de la norme procréative.

⁹¹ DEBEST, 2014, p.82

⁹² LEGENDRE et al., 2014

⁹³ CREST Study, 1997

Tout ceci, en dépit d'un cadre légal particulièrement clair : l'accès à la contraception définitive est autorisé à toute personne majeure qui a donné son consentement éclairé après avoir respecté un délai de quatre mois de réflexion.

Ainsi la première résistance dans l'accès à cet acte est la norme procréative, incarnée ici dans les discours médicaux. Afin de faire évoluer les pratiques sur cette question, une remise en question de la norme procréative est nécessaire.

Cette norme s'est aussi ressentie dans les entretiens avec les patient-e-s, relatant souvent des interactions avec leurs pairs les interrogeant sur leur choix de ne pas entrer en parentalité. C'est en réaction à cette image de choix déviant que des communautés "alternatives" se sont créées. En effet, faire partie d'une minorité considérée comme déviante et marginalisée peut parfois rendre difficile l'accès à l'information. De ce fait, les individu-e-s sans enfant par choix ont su se réunir et échanger des informations à ce sujet. Il s'agit ici de construire et de faire partie d'un espace de socialisation alternatif, où la déviance devient une norme sociale, un élément d'appartenance central. Le dépassement de la norme se situera surtout du côté des patient-e-s qui, en construisant leur propre espace de socialisation sur la base d'une déviance commune, ouvrent l'accès à une opération marginalisée et créent une nouvelle norme sociale.

Certain-e-s praticien-ne-s y participent, ou en tout cas y sont représenté-e-s, puisque leurs noms sont régulièrement cités comme exemples de médecins pratiquant la stérilisation à visée contraceptive sur des personnes sans enfant par choix, parfois à moins de 30 ou 35 ans. Il est regrettable que je n'aie pu rencontrer ces gynécologues ou urologues en raison d'un éloignement géographique trop important.

Dans ce travail, j'ai cherché à démontrer comment les normes sociales pouvaient interférer dans un processus de soin concernant la fécondité, plus particulièrement féminine. Malgré une distance médicale essentielle, les médecins ne sont pas exempt-e-s des normes sociales. Et ce travail a pu mettre en lumière le fait que le corps médical était aussi vecteur de ces normes. Or, de mon point de vue, la position socialement valorisée des médecins devrait en faire des acteur-ice-s de l'évolution des normes.

De ce fait, afin de faciliter l'accès à la contraception définitive pour les personnes sans enfant par choix, il me paraîtrait intéressant d'intégrer les médecins à ce processus de remise en cause de la norme procréative. Pourquoi pas en intégrant quelques cours d'études de genre à leur parcours de formation ?

Régulièrement, des articles ou des ouvrages paraissent au sujet des rapports entre médecins et patient-e-s, plus particulièrement dans le domaine de la gynécologie. Par exemple, le prochain ouvrage de Martin WINCKLER *Les brutes en blanc* se penche sur cette question.

Cela m'amène à poser la question suivante : **faut-il être un médecin féministe pour accepter de pratiquer une contraception définitive chez des patient-e-s sans enfant?**

Bibliographie

Ouvrages

ALPE Yves, BEITONE Alain, DOLLO Christine, LAMBERT Jean-Renaud, PARAYRE Sandrine, *Lexique de sociologie*, Paris : Dalloz, 2010, 425p.

BEAUD Stéphane, WEBER Florence, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris : La Découverte, 2008, 356p.

BLANCHET Alain, GOTMAN Anne, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Nathan, 2012, 125p.

BOUDON Raymond, BESNARD Philippe, CHERKAOUI Mohamed, LECUYER Bernard-Pierre. *Dictionnaire de la Sociologie*. Larousse, 2012, 279p.

BOUDON Raymond, BOURRICAUD François. *Dictionnaire critique de la sociologie*, Paris : PUF, 2011, 714p

BYDLOWSKI Monique, *Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité*, Odile Jacob, 2010, 178p

COMBESSIE Jean-Claude, *La méthode en sociologie*, La Découverte, 2007, 124p.

CORBEIL Christine, DESCARRIES Francine, *Espaces et temps de la maternité*. Éditions du remue-ménage, 2002, 543p.

DEBEST Charlotte, *Le choix d'une vie sans enfant*. Rennes : PUR, 2014, 215p.

DELPHY Christine, *La maternité occidentale contemporaine : le cadre du désir d'enfant*. In *Espaces et temps de la maternité*. Montréal : Éditions du remue-ménage, 2002, pp. 68-83.

HIRATA Helena, LABORIE Françoise, LE DOARÉ Hélène, SENOTIER Danièle, *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris : PUF, 2007, 315p.

KAUFMANN Jean-Claude, *L'entretien compréhensif*, Paris : Armand Colin, 2011, 126p.

LEBARON Frédéric, *Les 300 mots de la sociologie*, Paris : Dunod, 2014, 228p.

MESLÉ France, TOULEMON Laurent, VÉRON Jacques, *Dictionnaire de démographie et des sciences de la population*, Armand Colin, 2011, 528p.

TILMANT Isabelle, *Ces femmes qui n'ont pas d'enfant*, Bruxelles : De Boeck, 2010, 196p.

TOULEMON Laurent, *La fécondité en France depuis 25 ans*, Paris : Haut Conseil de la Population et de la Famille, 2012, 72p.

VALADE Bernard, *Dictionnaire de la sociologie*, Paris : Encyclopaedia Universalis, Albin Michel, 1998, 921p.

Articles

AGUADO Ali et al., L'usage du droit dans le mouvement d'émancipation trans, *Cahiers du Genre* 2014/2 (n° 57), p. 77-94. [en ligne], consulté le 24 Mars 2016, URL : <http://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2014-2-page-77.htm>

Agence Nationale de la Santé et du Médicament, *Information sur l'implant de stérilisation tubaire Essure - Point d'information*, 27 Avril 2016, [en ligne], consulté le 12 Juillet 2016, URL:

<http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Information-sur-l-implant-de-sterilisation-tubaire-Essure-Point-d-information>

BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle, L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative, *Sociétés contemporaines* 1/2006 (n° 61) , p. 91-117
URL : www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2006-1-page-91.htm.

BAJOS Nathalie et al., Enquête FECOND “fécondité, contraception, dysfonctions sexuelles” [en ligne], consulté le 22 Octobre 2015, URL : <https://www.ined.fr/fr/recherche/projets-recherche/P1419#tabs->

BAJOS Nathalie et al., La contraception en France : nouveaux contextes, nouvelles pratiques? *Population et Sociétés*, N°492, Septembre 2012, [en ligne], consulté le 1 décembre 2015, URL : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf

BRIEX Michel, La stérilisation., *Spirale* 4/2013 (N° 68) , p. 178-182, [en ligne], consulté le 20 Mai 2016, URL : www.cairn.info/revue-spirale-2013-4-page-178.htm.

CARIGNAN CS, PATI S., Tubal Occlusion Failures: Implications of the CREST Study on Reducing the Risk. *MedGenMed* 1(2), 1999. [formerly published in *Medscape Women's Health eJournal* 2(6), 1997], [en ligne], consulté le 27 Avril 2016, URL : http://www.medscape.com/viewarticle/719264_8

CHARTON Laurence, La stérilisation contraceptive ou le renforcement d'une image normative de la famille, *Recherches familiales*, N°11, Janvier 2014, [en ligne], consulté le 20 Mars 2016, URL : <http://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2014-1-page-65.htm>

CUIN Charles-Henri, Émotions et rationalité dans la sociologie classique : les cas de Weber et Durkheim, *Revue européenne des sciences sociales*, XXXIX-120 | 2001, [en ligne] consulté le 02 septembre 2016, URL : <http://ress.revues.org/658>

DEBEST Charlotte, Repenser l'égalité hommes-femmes au prisme du refus de maternité. *Politiques Sociales et Familiale*, N°116 de Juin 2014, [en ligne], consulté le 20 Octobre 2015, URL : www.persee.fr/doc/caf_2101-8081_2014_num_116_1_2982

FIGUIER Pascal, Les approches compréhensives et cliniques des entretiens sociologiques, *Revue Interrogations*, N°11 de Décembre 2010, [en ligne], consulté le 1 Décembre 2015. URL : <http://www.revue-interrogations.org/Les-approches-comprehensives-et#nh10>

Haute Autorité de Santé - Commission National d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé, *Avis de la commission : Essure - Dispositif pour stérilisation tubaire par voie hystéroscopique*, 29 Mai 2012, [en ligne], consulté le 6 Juin 2016, URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/essure-29_mai_2012_4062_avis.pdf

LABRECQUE M., LEGARE F., PLESU I., PAUNESCU A., *La vasectomie, est-ce le bon choix pour moi, Guide d'aide à la décision*, 3 Mai 2007, [en ligne] consulté le 12 Juillet 2016, URL : <http://www.vasectomie.net/outilaidevasectomie.pdf>

LEGENDRE G., VAROUX M., NAZAC A., FERNANDEZ H., Regret après stérilisation tubaire hystéroscopique par technique Essure, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Volume 43, n° 5, Mai 2014, pages 387-392, [en ligne], consulté le 6 Juin 2016, URL : <http://www.em-consulte.com/en/article/891968>

MARCEL Jean-Christophe, Représentations collectives, *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 25 mai 2016. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/representations-collectives/>

PERRONE Matthew, Les experts Américains examinent l'implant contraceptif Essure, *Lapresse.ca*, 24 Septembre 2015 [en ligne], consulté le 24 Mars 2016. URL : <http://www.lapresse.ca/sciences/medecine/201509/24/01-4903733-les-experts-americains-examinent-limplant-contraceptif-essure.php>

RABIN Roni Caryn, Women with Essure contraceptive implants needed more surgery, study finds, *The New York Times*, 13 Octobre 2015, [en ligne], consulté le 24 Mars 2016. URL : http://well.blogs.nytimes.com/2015/10/13/women-with-essure-contraceptive-implant-needed-more-surgeries-study-finds/?_r=1

ROMERO Marie, *Existe-t-il des freins à la contraception définitive en médecine générale? Enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Bretagne, de Midi-Pyrénées et de Normandie*. Université Toulouse III - Paul Sabatier - Faculté de Médecine. 2014

SCARABIN Catherine, DHAINAUT Caroline, Étude ESTHIME. Stérilisation selon le procédé Essure : vécu des femmes. Enquête multicentrique rétrospective. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, n°35 (2007), p. 1123–1128.

TOURAILLE Priscille, Du désir de procréer : des cultures plus naturalistes que la Nature ?, *Nouvelles Questions Féministes* 2011/1 (Vol. 30), p. 52-62.

UNAPEI Stérilisation des personnes handicapées mentales. Extraits de la documentation UNAPEI, *Contraste* 1/2005 (N° 22 - 23) , p. 273-284, [en ligne], consulté le 3 Août 2016. URL : www.cairn.info/revue-contraste-2005-1-page-273.htm.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World contraceptive patterns 2013*, Octobre 2013, [en ligne], consulté le 3 Août 2016. URL : <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>

World Health Organization, *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization*, Mai 2014, [en ligne], consulté le 24 Mars 2016, URL : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112848/1/9789241507325_eng.pdf?ua=1

Documentaires

Allô Docteurs, *La vasectomie : une contraception définitive*, ARTE, 2015.

Allô Docteurs, *Stérilisation féminine : pour les femmes sûres de leur choix*, ARTE, 2015.

Sitographie

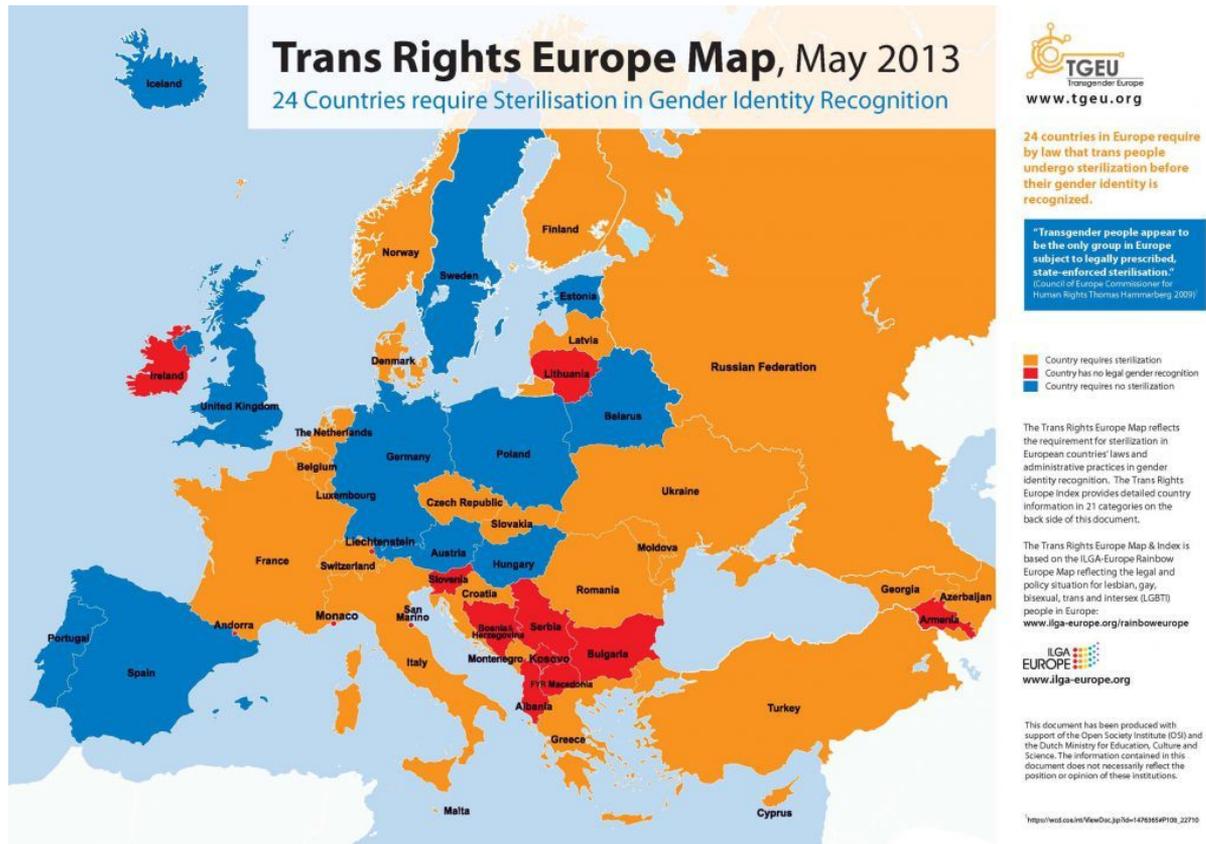
Choisir sa contraception, “la stérilisation à visée contraceptive” [en ligne], consulté le 10/02/2016, URL : <http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/la-sterilisation-a-visee-contraceptive.htm>

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Direction Générale de la Santé, *stérilisation à visée contraceptive : livre d'information*, Sitcom, 2005, [en ligne], consulté le 10 février 2016, URL : <http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/sterilisation.pdf>

Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes, *Guide pratique pour une communication publique sans stéréotype de sexe*, DSAF, 2015, [en ligne], consulté le 18 Juin 2016, URL : http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hcefh_guide_pratique_com_sans_stereovf-2015_11_05.pdf

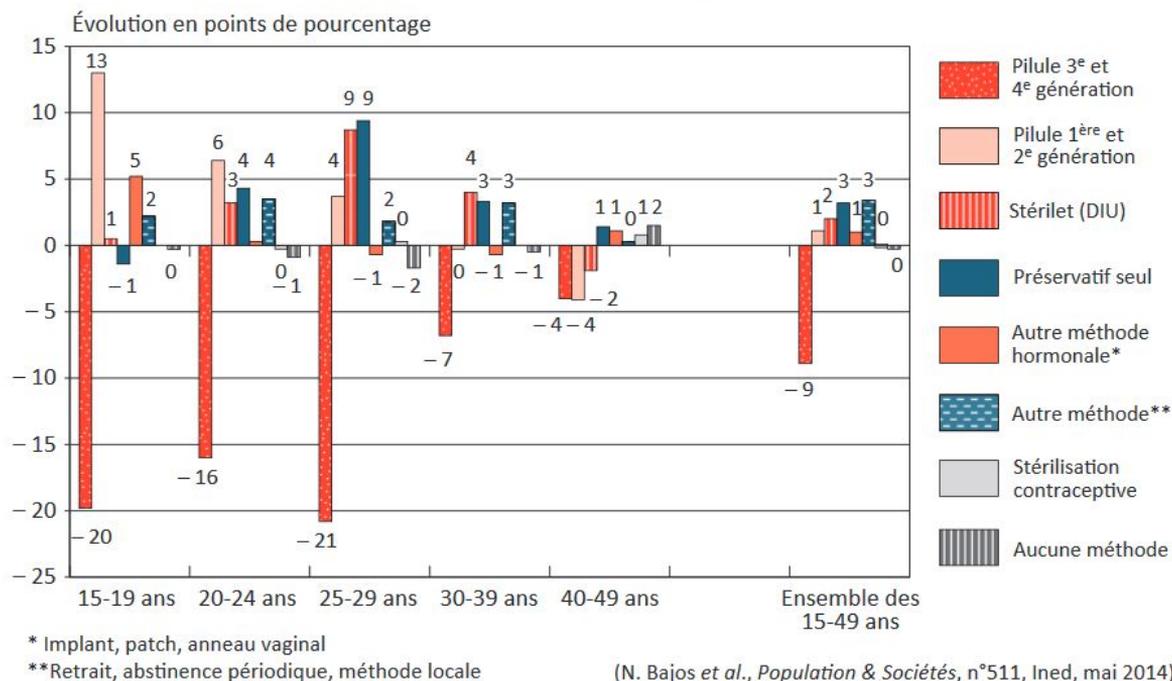
Annexes

Annexe 1 : 24 countries require sterilisation in gender identity recognition



Annexe 2 : évolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes

Figure 1. Évolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes



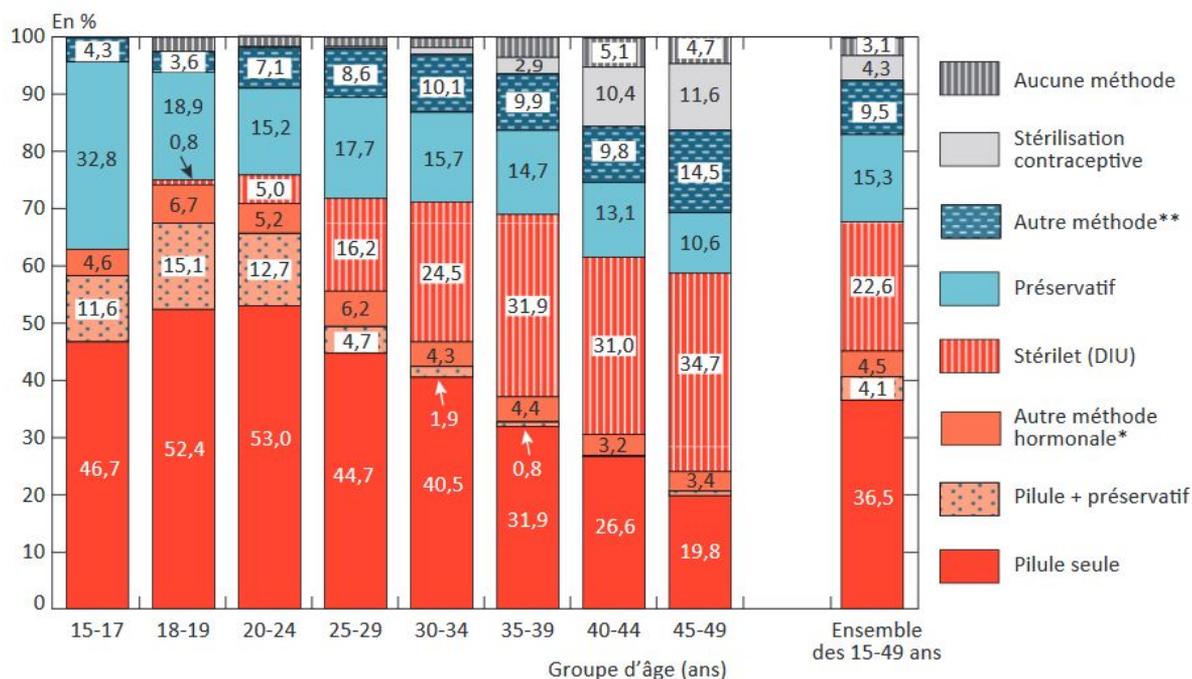
Source : Enquête *Fécond* (2013), Inserm-Ined.

Lecture : la proportion de femmes de 25-29 ans utilisant une pilule de 3^e ou 4^e génération a baissé de 21 points entre 2010 et 2013 (28 % en 2010 et 7 % en 2013).

Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant.

Annexe 3 : méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes

Figure 2. Méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes



* Implant, patch, anneau vaginal

**Retrait, abstinence périodique, méthode locale

(N. Bajos *et al.*, *Population & Sociétés*, n° 511, Ined, mai 2014)

Source : Enquête *Fécond* (2013), Inserm-Ined.

Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant (soit 75 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans).

Annexe 4 : fécondité, France

Fécondité, France

Année	Taux de fécondité par groupe d'âges (nombre de naissances pour 100 femmes)					Indicateur conjoncturel de fécondité (1) (pour 100 femmes)	Âge moyen des mères (2) (en années)	Taux de reproduction (pour 100 femmes)	
	15 à 24 ans	25 à 29 ans	30 à 34 ans	35 à 39 ans	40 à 50 ans			Brut (3)	Net (3)
1994	3,4	12,9	9,4	3,8	0,4	168,3	28,8	82,1	80,9
1995	3,3	13,2	10,0	4,0	0,4	173,0	28,9	84,5	83,4
1996	3,2	13,1	10,4	4,2	0,4	175,0	29,0	85,2	84,1
1997	3,1	12,8	10,5	4,3	0,4	174,5	29,1	84,9	83,9
1998	3,1	12,9	10,9	4,6	0,5	177,9	29,3	86,8	85,7
1999	3,1	13,0	11,1	4,8	0,5	180,8	29,3	88,1	87,1
2000	3,3	13,4	11,7	5,0	0,5	189,3	29,3	92,2	91,2
2001	3,4	13,2	11,7	5,1	0,6	189,5	29,3	92,6	91,5
2002	3,3	13,0	11,6	5,2	0,6	188,1	29,4	91,8	90,8
2003	3,3	12,9	11,9	5,3	0,6	189,1	29,5	92,4	91,5
2004	3,3	12,9	12,0	5,4	0,6	191,5	29,5	93,3	92,4
2005	3,2	12,8	12,3	5,7	0,6	193,8	29,6	94,6	93,7
2006	3,3	13,1	12,7	6,0	0,7	199,7	29,7	97,5	96,6
2007	3,2	12,8	12,6	6,1	0,7	197,7	29,8	96,5	95,7
2008	3,3	12,9	12,9	6,2	0,7	200,7	29,8	98,1	97,2
2009	3,2	12,9	13,0	6,3	0,7	200,4	29,9	97,9	97,0
2010	3,3	12,9	13,3	6,4	0,7	202,9	29,9	99,2	98,3
2011	3,1	12,7	13,1	6,4	0,8	201,0	30,0	98,3	97,5
2012	3,1	12,5	13,1	6,6	0,8	200,8	30,1	98,0	97,2
2013 (p)	3,0	12,4	13,0	6,7	0,8	198,9	30,2	97,1	96,3
2014 (p) hors Mayotte	2,8	12,3	13,1	6,9	0,8	199,3	30,3	97,5	96,7
2014 (p) yc Mayotte	2,9	12,3	13,1	7,0	0,8	200,2	30,3	97,9	97,1
2015 (p) yc Mayotte	2,7	11,9	12,9	7,0	0,8	196,1	30,4	95,8	95,0

(p) résultats provisoires à fin 2015.

(1) Somme des taux de fécondité par âge observés une année donnée.

(2) Âge calculé pour une génération fictive de femmes qui auraient à chaque âge la fécondité observée pour les femmes du même âge l'année considérée.

(3) Nombre de filles mises au monde par une génération fictive de 100 femmes qui auraient à chaque âge la fécondité observée pendant l'année considérée. Le taux net prend de plus en compte la mortalité des mères observée l'année considérée.

Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2014 et France inclus Mayotte à partir de 2014.

Source : Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population.

Annexe 5 : Natalité et fécondité dans l'UE en 2013

Natalité et fécondité dans l'UE en 2013

	Naissances vivantes en milliers	Taux de natalité en ‰	Indicateur conjoncturel de fécondité ¹	Âge moyen à la maternité ¹ en années
Allemagne	685,0	8,5	1,4	30,6
Autriche	79,3	9,4	1,4	30,2
Belgique	125,6	11,2	1,8	30,0
Bulgarie	66,6	9,2	1,5	27,1
Chypre	9,3	10,8	1,4	30,6
Croatie	39,9	9,4	1,5	29,4
Danemark	55,9	10,0	1,7	30,7
Espagne	424,5	9,1	1,3	31,6
Estonie	13,5	10,3	1,6	29,6
Finlande	58,1	10,7	1,8	30,4
France²	820,0	12,4	2,0	30,3
Grèce	94,1	8,5	1,3	30,7
Hongrie	91,0	9,2	1,3	29,4
Irlande	68,9	15,0	2,0	31,5
Italie	514,3	8,5	1,4	31,4
Lettonie	20,6	10,2	1,4	28,8
Lituanie	29,9	10,1	1,6	29,0
Luxembourg	6,1	11,3	1,6	31,0
Malte	4,0	9,5	1,4	29,8
Pays-Bas	171,3	10,2	1,7	30,9
Pologne	369,6	9,6	1,3	28,9
Portugal	82,8	7,9	1,3	30,2
Rép. tchèque	106,8	10,2	1,5	29,8
Roumanie	176,0	8,8	1,5	27,2
Royaume-Uni	782,1	12,2	1,9	29,8
Slovaquie	54,8	10,1	1,3	28,7
Slovénie	21,1	10,2	1,6	30,1
Suède	113,6	11,8	1,9	30,9
Union européenne	5 075,7	10,0	1,6	30,1

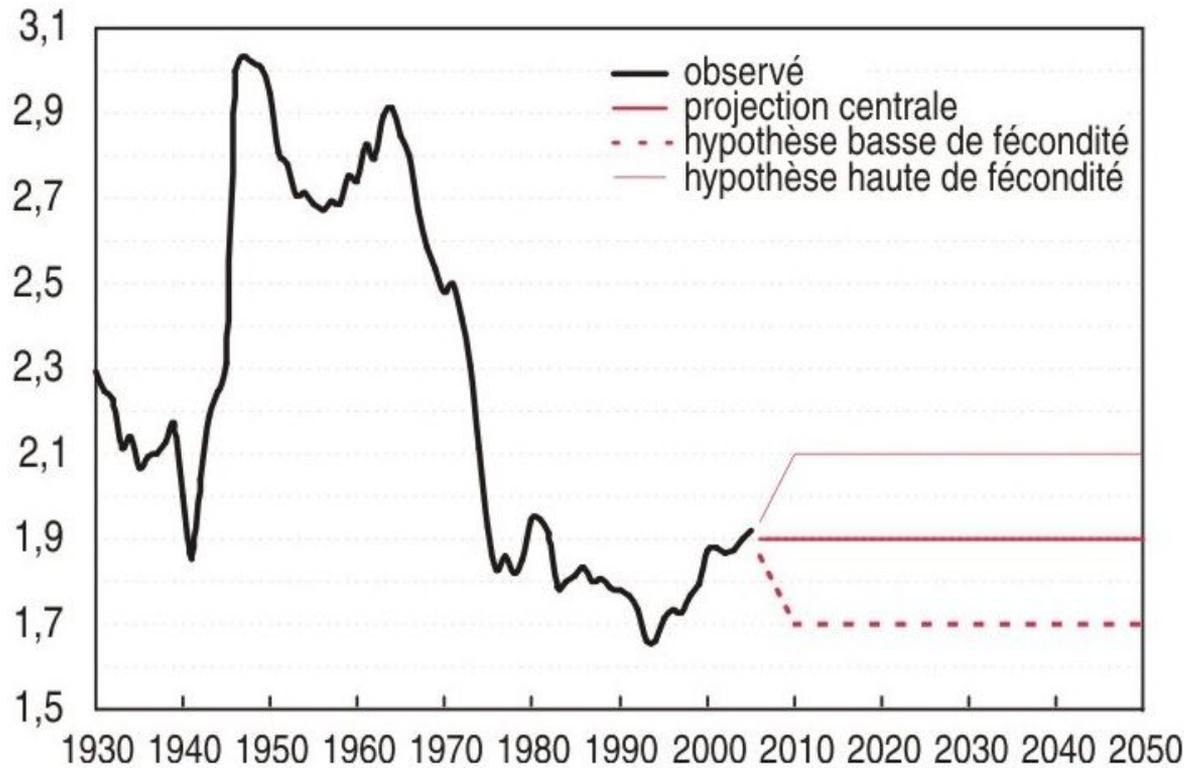
1. Données 2012.

2. Données 2014 pour la France ; source Insee.

Source : Eurostat.

Annexe 6 : le baby-boom

■ **Graphique 1 : Évolutions passée et future de l'indicateur conjoncturel de fécondité, selon les trois hypothèses de fécondité retenues (années 1930-2050)**

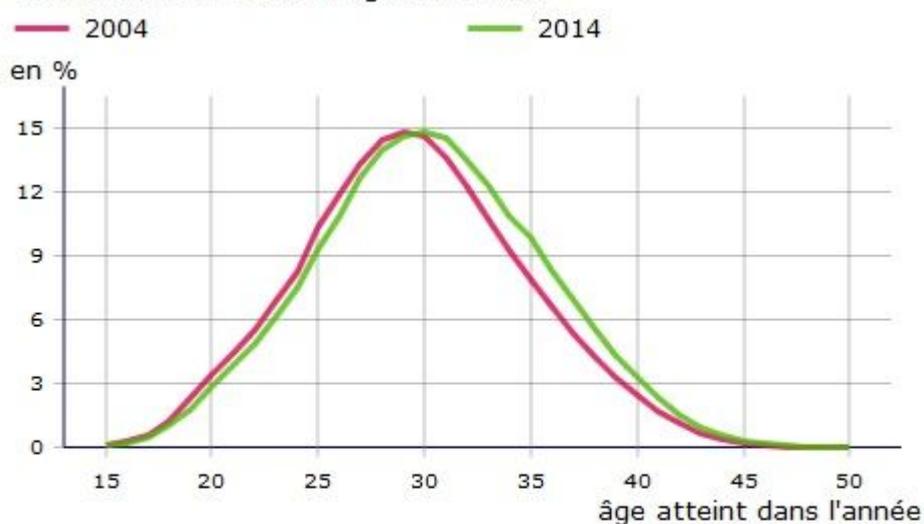


Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, projections de population 2005-2050.

Annexe 7 : taux de fécondité par âge en France

Taux de fécondité selon l'âge de la mère



Lecture : 14,8 % des femmes de 30 ans ont mis au monde un enfant en 2014 ; dix ans plus tôt, cette proportion était de 14,6 %.

Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état-civil.

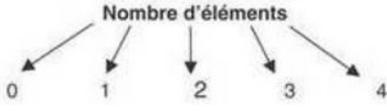
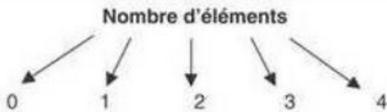
Annexe 8 : analyse univariée des facteurs prédisposant au regret

Tableau 2 Analyse univariée des facteurs prédisposant au regret.
Univariate analysis of factors predisposing to regret.

	Regret (n = 17)	Pas de regret (n = 289)	p
Âge (moment de la stérilisation [années])	40,59	42,22	0,16
Parité	2,3	2,4	0,12
Délai			
Entre la dernière naissance et l'intervention (années)	7,87	9,27	0,35
Depuis l'intervention (mois/années)	35,4/2,9	34,7/2,9	0,89
Mésentente conjugale	3 (17,6)	12 (4,1%)	< 0,05
Absence de discussion concernant			
La stérilisation masculine	13 (76,4%)	175 (60,5%)	0,4
La stérilisation par Essure®	2 (11,7%)	4 (1,3%)	< 0,05
Antécédent de dépression	3 (17,6%)	50 (17,3%)	1
Célibataire	1 (5,8%)	28 (9,6%)	1

Source : LEGENDRE et al., 2014

Annexe 9 : score de Lerat modifié

Score de Lerat modifié	0	1	2	3	4	Score
Âge	< 35	35	36/37	38/39	≥ 40
Parité	< 2	2	3	4	≥ 5
Antécédents : • HTA/prééclampsie • Diabète (+DG) • Troubles psychiatriques • Autres pathologies médicales	Nombre d'éléments 				
Contre-indications médicales aux autres moyens de contraception : • CI aux OP • CI au DIU • CI à l'Implanon® • Autres CI	Nombre d'éléments 				
IVG			1	2	
Total					
Score de Lerat ≥ 6 : la stérilisation peut être acceptée						

Source : ROMERO, 2010

Annexe 10 : guide d'entretien

Question de recherche générale : quels sont les facteurs qui influent sur l'accès à la stérilisation à visée contraceptive?

Thématiques	Sous-thématiques
Introduction de l'entretien	Rappel de la thématique
	Présentation de la démarche
	Questions éventuelles de l'interrogé-e
Contexte personnel de l'interrogé-e	État-civil
	Situation professionnelle
	Choix de rester sans enfant
Contexte familial de l'interrogé-e	Présentation du système familial
	Relations familiales actuelles et/ou passées
	Choix de rester sans enfant dans la famille
Contexte conjugal actuel	Point sur la situation conjugale
	Rester sans enfant dans ce couple
	Parcours contraceptif conjugal
Cheminement personnel	Historique du désir de rester sans enfant
	Construction du désir de rester sans enfant
	Cheminement jusqu'à la stérilisation
Le choix de la stérilisation	Le début des démarches
	Les réactions de l'entourage
	Les interactions avec les médecins
Le rapport au monde médical	Détail des consultations médicales
	Les réactions et conseils médicaux
	La facilitation éventuelle du parcours

Annexe 11 : retranscription de l'entretien du 24 Mars 2016 avec la Docteur G2

=====
Entretien exporté depuis Sonal (v.2.0) le 06/04/2016 à 23:11:38
=====

Mars24DrD-Gynécologue.m4a
25 extrait(s)

Caractéristiques :

Observations :

1 - 00:00 > 01:53 [âge] [technique médicale]
<Nouvel extrait>

[>Question?]: Je vous écoute

[>R1]: En fait les recommandations ont un peu évolué dans le temps. Au départ il n'y en avait pas du tout, de façon limitantes, et puis, alors sans connaître les dates très précisément, il y a, peut-être 3-4 ans, ils avaient mis un obstacle au remboursement, les implants n'étaient plus remboursés, avant 40 ans. Ça a duré à peu près 2 ans. Et puis cette chose a sauté. Je ne sais pas pourquoi elle a été mise en place. Je pense parce-qu'il y a eu un pic de pose d'Essure et que du coup ils ont estimé que ça avait un surcoût et donc ils ont voulu, à mon avis, limiter en volume. Alors, à mon sens c'était pas très justifié parce-que, c'est pas forcément une histoire d'âge qui permet de limiter la pose et le bénéfice médical, il se calcule un peu différemment.

[>Question?]: c'est à dire?

[>R1]: c'est-à-dire que, alors vers quelle patiente on va proposer une ligature. Il y a évidemment une histoire un peu d'âge, c'est-à-dire qu'il faut être sûr et certain qu'elle ait fait, je dirais le deuil de toute grossesse. Quand je dis le deuil, c'est-à-dire que c'est une méthode définitive, irréversible et à mon sens il faut considérer que toute méthode de ligature des trompes est définitive et irréversible. Pendant un moment, on posait des anneaux, qu'on appelait des anneaux de yoon ou alors des clips de filshie, auxquels on disait qu'on pouvait les enlever, il s'est avéré la perméabilité des trompes, ça marche jamais. Parce-que la trompe est un organe assez fragile et très fin et quand on va mettre un clip dessus et bah très souvent, ça induit quand même une ischémie, c'est-à-dire, une diminution de la vascularisation qui fait qu'avec le temps, la trompe se coupe, ou alors se sectionne toute seule, et que les réanastomose, c'est très peu efficace

2 - 01:53 > 03:22 [critères] [profil idéal] [pourquoi pas une autre contraception]

C'est aussi la controverse de ces ligatures définitives. Donc ce qui va amener à proposer ça, c'est l'âge de la patiente, sa demande, parce-qu'il y en a qui font la demande spontanément, et surtout les recommandations passent par une intolérance à toute autre forme de contraception. C'est-à-dire que dans le premier certificat qu'on leur fait signer, dans le premier entretien, il faut, il est noté qu'on a eu un échange sur l'ensemble des méthodes contraceptives existantes qu'on peut leur proposer avant d'arriver à cette méthode définitive. On est dans le cadre souvent des patientes qui ont une intolérance à la contraception oestroprogestative ou une contreindication, genre de l'hypertension, des antécédants thrombo-emboliques, enfin des choses comme ça, sachant que ces co-facteurs avec l'âge sont plus fréquents. Il y a aussi toute la polémique qu'il y a eu sur la pilule oestro-progestative, qui fait qu'il y a beaucoup de patientes qui ne veulent plus de traitement à base d'hormones. Ce qui est un peu compliqué et à mon sens un peu excessif parce-que par exemple quand on voit, les stérilets, il y a 2 types de stérilets qui existent et elles disent quelques fois "je veux mettre un stérilet au cuivre parce-que c'est plus naturel". Je suis pas sûre que ce soit plus naturel de mettre du cuivre dans son utérus, qui n'en a pas, jamais, que de mettre une hormone que l'on fabrique nous-même. Mais bon voilà, en tout cas, c'est ce vers quoi tend la médiatisation de la contraception. Et dans ce sens quand elles ne veulent plus d'hormones, à part le stérilet au cuivre et le préservatif qui n'est pas très efficace et la ligature des trompes, il n'y a rien d'autre à leur proposer.

3 - 03:22 > 04:38 [profil idéal] [meilleure méthode de stérilisation]

donc après dans le cheminement des patientes il y a ça, le fait d'être en galère au niveau contraception, le fait de ne plus vouloir d'enfant et donc le fait d'aboutir à ça. Il y a aussi un pic de ligature des trompes lié à la technique en elle-même. C'est-à-dire la méthode Essure c'est beaucoup moins invasif que les ligatures qu'on pouvait faire même par coelioscopie. D'un point de vue technique, je ne sais pas si vous savez dans quelle procédure ça se pose, une hystéroscopie, c'est-à-dire qu'on passe par les voies naturelles, on passe par le col avec un instrument très fin qui fait 3mm, on repère les orifices des trompes et on va larguer les implants. Ça peut se faire avec une

prémédication seul, ou dans les établissements comme ici privés sous neuroleptanalgesie, c'est-à-dire une anesthésie légère, où les patientes respirent toutes seules. ça permet que les anesthésistes les aient vues en consultation parce-que quand on passe le col, il peut y avoir un malaise vagal, assez fort, qui pourrait faire des syncopes, et donc ils aiment bien voir les patientes avant, s'il y a un souci. du coup, ça se fait en ambulatoire, elles arrivent le matin, elles partent à la demi-journée ou le soir. Un arrêt de travail le jour de la procédure et basta. donc c'est à peine plus que la pose d'un stérilet. Du coup, quelque-part, le pas à sauter pour faire cette démarche, il paraît, beaucoup moins lourd qu'auparavant.

4 - 04:38 > 06:23 [réticences des médecins] [profil idéal]

Donc je pense que c'est aussi ce qui peut faire qu'il y a depuis l'arrivée de cette méthode une sorte de, pas d'engouement, mais, disons que ça va faciliter quoi. Alors après euh, est-ce-que l'âge en soi est à prendre à compte? Hé ben j'ai envie de dire oui mais pour moi c'est pas forcément restrictif. C'est-à-dire que nous, ce qui nous fait très peur en tant que médecin c'est les...les... "changements de vie". C'est-à-dire le, la façon dont la vie de couple a évolué en 2016 par rapport à, sans doute, à 1996. C'est-à-dire qu'il y a plus de couples qui se séparent donc plus, potentiellement de couples qui se reforment avec, quelques fois, la volonté de faire un enfant uni de cette deuxième union. ça veut dire que la stabilité du couple compte, et le désir quelque-part dans le couple compte aussi. Alors il n'y a pas besoin d'avoir l'accord du conjoint, on est bien d'accord, pour faire une ligature des trompes, ça n'empêche que c'est bien quand même que la discussion ait lieu. C'est-à-dire que si vous avez un couple qui est ensemble depuis, je sais pas, 20 ans, avec des enfants qui ont 17 et 15 ans, même si la patiente elle a 37 ans, ce qui faut arriver à lui faire dire c'est voilà : si vous perdez votre mari ou si vous perdez un enfant, est-ce-que vous êtes sûre que vous n'en referez pas? Il y en a qui arrivent à verbaliser "moi je ne veux pas refaire une vie de maman. Donc si je rencontre quelqu'un ce sera une vie de femme et pas une vie de maman." Voilà, c'est à mûrir et à réfléchir, mais ça peut s'entendre. A contrario, si vous avez une femme, qui a 37 ans, qui a un enfant qui a 10 ans mais qui est célibataire, là c'est plus dangereux parce-que, il faut dire qu'elle a 5 ans devant elle pour rencontrer quelqu'un et potentiellement refaire un enfant.

5 - 06:23 > 08:32 [âge] [critères] [réticences des médecins]

[>Question?]: Une femme qui aurait pas eu d'enfant?

[>R1]: alors, une femme qui aurait pas eu d'enfant, moi ça m'est déjà arrivé d'en rencontrer. Alors pareil, l'histoire de couple compte. C'est souvent des patientes qui vont arriver en consultation chirurgicale, souvent, quand même, en ayant passé 40 ans. C'est-à-dire qu'avant 40 ans, sans enfant, tous les médecins vont freiner, et même bien avant moi hein, donc euh voilà. Après, il y a une discussion quand même qui se pose, dans les patientes que j'ai opérées, je pense à une particulièrement, qui avait 41 ans. Et qui était en couple depuis 25 ans avec la même personne et qui m'a dit "vous comprenez si j'avais voulu faire un enfant avec, je l'aurais déjà fait". Et elle m'a dit "moi j'ai réfléchi, ma gynéco m'a posé la question : est-ce-que vous vous voyez à 65 ans avec votre mari et vos enfants? Je lui ai répondu non". Et donc je pense qu'elle avait, beaucoup abouti sa réflexion. Alors, la consultation chez un psychologue elle n'est plus obligatoire, je pense elle l'a jamais été, ce serait à vérifier mais je pense qu'elle l'a jamais été, ça n'empêche qu'on peut, en tant que médecin, demander une expertise par un psychologue. C'est déjà arrivé surtout ça permet d'amorcer la patiente vers un autre point de vue. C'est-à-dire qu'en consultation quelques fois, quand la patiente est demandeuse et que nous on est un peu sceptique, ça peut être mal vécu parce-qu'elles ont l'impression qu'on émet un jugement sur leur demande. un peu comme une interruption de grossesse d'ailleurs. Alors qu'en fait, nous c'est pas un jugement sur leur demande, quelque-part, on va faire le geste technique donc c'est pas une entrave mais par contre, on est censé en tant que médecin, voir la vie des gens peut-être à plus long terme qu'eux. Et donc le fait de leur proposer une consultation avec un psychologue, ben voilà, il y a peut-être des aspects que moi je sais pas trop aborder avec vous, le fait de voir une psychologue ça permet de, quelque-part, d'asseoir votre position, il y a ptet des zones d'incertitude auxquelles vous n'auriez pas pensé. Et quelques fois, après cet entretien, elles reviennent pas. Quelques fois elles peuvent arriver à soulever des choses qui paraîtraient claires et qui peuvent l'être un peu moins.

6 - 08:32 > 11:16 [réticences des médecins] [âge] [pourquoi pas une autre contraception]

Je suis persuadée que c'est très différent de se dire qu'on ne veut plus d'enfant, et de se dire qu'on ne peut plus en avoir. Et j'ai souvent cet échange là avec les patientes, et quelques-fois il y en a qui me disent que, en rentrant chez elles dans la voiture, elles ont eu un coup de blues ou alors une petite larme facile. Alors que, leur décision était claire, mais simplement parce-que ça fait passer quand même,

[>Question?]: d'accord, donc pour l'instant en tout cas les patientes que vous pouvez avoir là-dessus ce sont plus des patientes qui sont déjà maman, qui ont déjà eu des enfants, plutôt une quarantaine d'années.

[>R1]: ouais, la moyenne d'âge des patientes, parce-que, on est censé le codifier hein, parce-qu'il y a un contrôle à faire et que on est censé codifier l'ensemble. Sur toutes les patientes que j'ai fait, la moyenne d'âge, je vais vous dire, 42 ans exactement. Grande majorité qui sont déjà maman.

[>Question?]: Et pour celles qui ne sont pas maman, du coup, on est sur la même tranche d'âge?

[>R1]: La minorité, celles, qui ne sont pas maman j'ai dû en faire 2. C'est une très grande minorité.

[>Question?]: Pourquoi du coup?

[>R1]: Ben d'abord parce-que la majorité des femmes sont mamans quand même. Et après, euh...parce-que, je pense, j'sais pas. Celles qui ne sont pas maman, je pense qu'elle ne demandent même pas la ligature, j'en sais rien. Elles ont déjà réussi à ne jamais être maman avant donc euh, ce qu'elles ont utilisé doit fonctionner encore, j'en sais rien. Après, je pense qu'elles ont peut-être aussi plus de barrières Bah c'est-à-dire que moi c'est un peu un biais de sélection les personnes que je vois, elles sont envoyées soit par un gynécologue médical soit par un médecin traitant.

[>Question?]: D'accord, elles peuvent pas venir vous voir en première intention?

[>R1]: Si, quelques-unes, viennent en consultation directe, mais, elles en ont souvent déjà parlé auparavant quand même. Alors, il y a beaucoup de patientes à qui on dit "non vous êtes trop jeune" avant 40 ans, ça il y en a beaucoup qui le disent, en disant "oui, on m'a beaucoup freiné". Après l'âge, c'est pareil, c'est quand même à chaque fois une histoire de vie, il y a des femmes de 36 ans, par exemple, qui ont 3 enfants, 4 enfants, un IVG, bon faut faire un truc quoi.

[656.9] [>Question?]: Et une femme qui n'a pas d'enfant, pas d'IVG? Par exemple à 36 ans, pareil?

[>R1]: Ah non je le ferai pas. Parce-que j'aurais trop peur qu'elle change d'avis. Parce qu'à 36 ans on est hyper jeune en fait. Et donc le poids de la décision est trop lourd. C'est quand même rare qu'on puisse rien leur proposer en contraception en alternative.

7 - 11:16 > 12:36 [meilleure méthode de stérilisation] [âge]

Alors après, dans le calcul du bénéfice, si on parle de l'aspect financier, la procédure elle a un coût, les implants ils ont un coût en eux-mêmes. Après, ce qui rentre dans la discussion, si on compare, sur la durée de... Alors l'âge auquel on a le meilleur bénéfice, c'est quand on fait une ligature à 42 ans. A peu près. L'âge moyen de la ménopause en France c'est 52, ça veut dire que le bénéfice il va être pendant 10 ans. Donc on pourrait comparer, avec le coût de 10 ans de pilule ou 10 ans de stérilet. Mais, c'est pas tout à fait juste de faire ça comme ça, parce qu'il faut ajouter toute la comorbidité qui peut être liée à la technique qui est utilisée. Dans cette tranche d'âge, le risque de faire une phlébite, une embolie pulmonaire, d'avoir de l'hypertension, des migraines, enfin. Et dans ces cas là on passe sur une comorbidité qui coûte beaucoup plus cher. Et un risque qui est beaucoup plus élevé. Donc c'est quand même pas tout à fait comparable en terme de coût brut. L'analyse elle est plus complexe. Mais à 36 ans oui, le risque, l'âge moyen du premier enfant en France, on doit être à 29-30 ans. Donc ça veut dire qu'à 36 ans quand même, euh, on est en plein âge "de reproduction", en France, en 2016 hein. Ce qui n'était pas le cas euh, sans doute il y a longtemps. Mais du coup euh...

8 - 12:36 > 13:12 [réticences des médecins]

Alors après, est-ce-qu'un médecin a le droit de refuser de faire une procédure, oui. On est censé pouvoir donner les coordonnées d'un autre confrère qui réalise la même procédure pour la patiente, si elle veut avoir un deuxième avis. Mais on n'est de toute façon pas contraints par la loi d'un patient. Et si on estime que le bénéfice n'est pas à faire ce geste, on a tout à fait le droit de lui dire, d'ailleurs, c'est en ces termes qu'il faut avoir une réponse. Faut pas lui dire "non parce-que j'ai pas envie" il faut lui dire "non parce-que" voilà. Même si ça peut être difficile à entendre. Et l'enjeu il est quand même de taille à être sûr que c'est pas, une demande sur un coup de tête. ou sur...

9 - 13:12 > 14:21 [réticences des médecins]

[>Question?]: D'accord, parce qu'une personne qui aurait, voilà, 35 ans, 36 ans, qui ferait la demande, qui arriverait

[>R1]: et qui a pas d'enfant? je suis allée à un congrès, à Toulouse, il y a un an ou deux, qui parlait entre autres, beaucoup de gynécologie médicale, un peu d'infertilité, où il y a un médecin qui a pris la parole, il était pas de Toulouse, je ne sais plus d'où il venait, qui travaillait dans un centre de FIV. Qui a eu un discours extrême, en disant que c'était une mutilation pour les femmes, que c'était inacceptable de faire ce geste. Mais par un biais de recrutement. C'est-à-dire qu'il travaille dans un centre de FIV, où il devait voir des femmes, qui avaient changé d'avis, qui avaient des implants Essure ou une ligature, et voilà. Alors je pense que c'est un discours extrême, moi je lui ai répondu en disant qu'on voyait des patientes qui étaient quand même adultes, qu'il avait un cadre qui, pour moi n'est pas une contrainte, les patientes elles le vivent quand même comme une contrainte. Le fait de revenir, 4 mois plus tard, vous voyez. Pour moi c'est vraiment pas une contrainte, c'est vraiment une façon de, d'avoir un, avant c'était pas autorisé les ligatures des trompes, avant 2006, y'avait pas de cadre légal, il y avait un espèce d'accord tacite entre le chirurgien et les patientes. Mais, ça pouvait être considéré comme une mutilation, enfin c'était un peu. Bon.

10 - 14:21 > 15:18 [cadre légal] [pourquoi pas une autre contraception]

Donc le fait d'avoir mis un cadre légal, qui est forcément un peu rigide, pour moi c'est une avancée pour les femmes. ça veut dire que c'est une demande qui est autorisée, voilà, qu'elles peuvent, donc je pense qu'il ne faut pas voir ça comme uniquement une contrainte, mais plutôt un truc qui nous donne une vie personnelle. Alors après, ce monsieur, ben voilà, il voyait beaucoup de patientes qui avaient changé d'avis, moi j'ai l'impression de prendre assez de temps avec les patientes pour qu'elles réfléchissent suffisamment. Et il y a des patientes que je vois consultation et qui ne reviennent pas. Donc soit elles changent d'avis, soit... Alors, il y a aussi quelque-chose qui rentre dans la discussion à chaque fois, c'est qu'il y a des méthodes de contraception qui par leur mode d'action, impliquent une aménorrhée, donc il n'y a plus de règles. Ces patientes là, quand elles viennent demander une ligature, faut bien leur dire qu'elles vont se retrouver comme si elles prenaient rien. Donc elles auront leurs règles qui reviennent. Du coup elles changent d'avis, elles se disent "finalement je suis mieux sans règles avec le truc que j'ai en ce moment, que d'avoir une ligature où j'aurais plus d'hormones mais finalement je vais quand même avoir mes règles.

11 - 15:18 > 16:20 [technique médicale]

[>Question?]: tiens j'ai une question qui m'a été posée. Parce-que j'ai rencontré des patients et des patientes aussi, et il m'a été posé, parce-que certaines justement souhaitaient ne pas garder leurs règles, et du coup, mais ne souhaitaient pas avoir d'enfant et étaient sûres de leur coup et voilà elles souhaitaient faire une demande d'hystérectomie, qui là était, très très refusée.

[>R1]: Ah ben une hystérectomie c'est beaucoup trop lourd, c'est un geste chirurgical avec une comorbidité, des complications potentielles, on fait pas une hystérectomie à titre contraceptif, c'est pas recevable. Seul cas

extrême, mais c'est vraiment une petite niche, les jeunes femmes qui ont la trisomie 21. Et il y en a très peu. Et c'est le seul cas, parce-que, le fait d'avoir des règles, tout ça des saignements, ça implique beaucoup d'autres choses et on ne peut pas leur donner de contraception quasiment hormonale parce qu'elles ont un risque embolique hyper important donc, mais c'est vraiment une niche. Enlever les ovaires c'est encore pire. C'est une castration et ça induit une ménopause précoce donc c'est impossible. Donc ça c'est vraiment typiquement le cas où proposer une ligature à visée contraceptive est pas une bonne indication.

12 - 16:20 > 18:05 [meilleure méthode de stérilisation]

Et c'est pareil, les patientes qui ont des règles très abondantes et qui ont besoin d'un traitement pour réguler leurs règles, bah selon la façon dont on prescrit le traitement, il est contraceptif donc ça ne sert à rien d'aller mettre des implants ou de proposer une ligature alors qu'il y a déjà un traitement à prendre.

[995.3] [>Question?]: c'est des cas particuliers après. En tout cas, pour vous le principal risque, ce serait voilà, de regretter ou que la patiente change d'avis? Il y a des études là-dessus?

[>R1]: Alors il y a des études de satisfaction. C'est-à-dire que sur la mise en place des choses, il faudrait les regarder mais il y a eu plusieurs études, je crois qu'il y en a eu 3, SUCCES 1, SUCCES 2, SUCCES 3, qui ont été fait en France au moment de, moi j'ai participé à la SUCCES 2 je crois, quand j'étais chef à Paris. Dans lequel il y avait une évaluation des échecs de procédure, de la durée de l'intervention, de la faisabilité avec ou sans anesthésie. Et les patientes étaient rappelées, il y avait des taux de satisfaction qui étaient à plus de 97%. Dans l'insatisfaction, il y a souvent des patientes qui saignent beaucoup alors qu'elles ne saignaient pas avant, il y a des patientes pour qui ça n'a pas fonctionné, donc là elles ne sont pas satisfaites, c'est-à-dire que soit c'est pas bouché, soit on n'a pas réussi à le mettre d'un côté, donc voilà, il faut faire autre chose. Du coup ça devient beaucoup plus lourd pour arriver au bout du truc. Et puis il y a eu quelques cas de grossesse sur des implants mal mis, où le contrôle n'avait pas été bien fait, enfin, comme toujours. Est-ce-qu'il y a des patientes qui avaient changé d'avis, il faudrait relire et voir dans le détail si c'était lié. Il y en a forcément sans doute quelques unes qui ont dû le regretter.

13 - 18:05 > 18:34 [réticences des médecins]

Après c'est difficile parce-que, enfin c'est difficile, quand une femme dit qu'elle regrette et qu'elle aurait bien refait un enfant, il faut savoir à quel point cette remarque est fondée. C'est-à-dire que quelques fois il y a juste l'idée de désir de "finalement peut-être que j'aurais pu faire un petit dernier" mais en pratique, dans les faits réels, il n'y en a pas beaucoup qui vont jusqu'à reconsulter en infertilité. Il y en a quelques unes bien-sûr, mais je pense que c'est des femmes qui n'ont pas été assez bien évaluées en amont.

14 - 18:34 > 19:44 [profil idéal]

[>Question?]: et du coup après sur les femmes qui étaient déjà sans enfant, on n'a pas finalement de retour

[>R1]: Bah non. parce-que c'est tellement une, je dirais une petite partie, que pour faire une étude qui ait du poids niveau statistique, il faudrait un nombre de patients énorme je pense. Alors après, je ne sais pas comment font les autres hein mais ces patientes là, en plus la patiente dont je vous ai parlé à laquelle je pense, elle, je ne l'ai pas envoyée voir le psychologue. Parce-qu'elle avait un discours qui était très, très étayé, très posé, pas du tout revendicatrice, enfin voilà. Et l'ironie de l'histoire c'est que au contrôle ils étaient un peu trop loin ses implants, je lui ai fait faire une hystérogographie juste pour ça, parce-qu'ils étaient un peu loin, et que ça n'a jamais bouché ses trompes. il a fallu faire une coelio. Mais bon. Elle me dit "c'est pas de bol, vraiment moi j'en veux pas", mais bon. ça reste, de loin, pas la majorité des femmes hein.

15 - 19:44 > 21:00 [critères] [âge]

[>Question?]: C'est peu demandé parce-qu'on sait que ce sera refusé?

[>R1]: J'en sais rien.

[>Question?]: Il y a ça aussi, parce-que j'ai rencontré des patients et des patientes qui étaient déjà en processus etc etc j'ai un couple en particulier en tête et elle avait 30 ans, il en avait 29. Elle, elle avait déjà vu 2 gynécos, qui lui avaient déjà refusé. Lui il avait déjà vu un urologue, qui lui avait déjà refusé. Donc ça fait quand même 3 médecins en tout à 2. Mais ils ne lâchent pas et il refont la demande chaque année en fait. Il refont la demande, voilà ils ont commencé il y a 2, ils vont refaire là cette année...ils le font ensemble

[>R1]: c'est un petit comportement un peu immature quand même.

[>Question?]: ben après ils sont sûrs de leur choix, elle, ils ont aussi des antécédants etc etc

[>R1]: Oui, mais ce qu'ils n'arrivent pas à comprendre et à faire évoluer dans leur discours c'est que, le refus des médecins n'est pas, est lié probablement à un contexte dans lequel leur âge rentre en compte. Mais en y allant tous les ans, ça ne va pas faire changer le corps médical quelque part.

[>Question?]: C'est leur manière à eux de dire, effectivement on revient encore cette année, puisqu'on n'a toujours pas changé d'avis, on est toujours dans cette construction là

[>R1]: c'est essayer d'avoir à l'usure.

[>Question?]: oui, ou une manière de prouver que voilà, eux en tout cas c'est ce qu'ils ont trouvé pour l'instant,

16 - 21:00 > 22:47 [réticences des médecins]

[>R1]: On dit "souvent femme varie" c'est ça?

[>Question?]: en tout cas ils sont 2. Il y a un homme et une femme dans ce couple là. Et c'est vrai que par exemple, moi je vois, et c'est d'autres personnes dans ce genre là que j'ai pu rencontrer aussi, qui voilà, se, effectivement le critère de l'âge rentre en compte, dans ce que eux m'ont rapporté de ce que leur ont répondu les médecins, même si bien-sûr, on perd un petit peu hein.

[>R1]: mais moi ça ne me choque pas qu'on leur ait refusé. ça me paraît, assez légitime, et encore une fois nous on a une vision, je pense plus longue, mais. C'est-à-dire qu'à 30 ans vous avez potentiellement 12 ans pour changer d'avis quand même. En 12 ans il peut se passer plein de choses.

[>Question?]: Donc ce serait surtout ça, la principale

[>R1]: Ah ouais je pense. Moi il y a des gens à qui ça m'est arrivé de dire vraiment ces mots là voilà : "vous avez des enfants, vous êtes en couple, s'il arrive quelque-chose à votre mari ou à un de vos enfants, est-ce-que vous êtes sûre que vous referez pas votre vie ou que vous ferez pas un enfant?" Alors il y a des gens qui disent...Les femmes souvent, je crois qu'il y a un moment où on sent en soi que c'est le moment où on n'a plus envie de faire d'enfant. Et des fois il y a des mamans qui arrivent à très bien dire "je ne veux plus d'une vie de mère. La vie de mère, j'ai des enfants, alors voilà, ça y est.". Il y a des femmes qui rencontrent, qui refont leur vie avec des hommes un peu plus jeunes qu'elles, qui n'ont pas d'enfant, et qui font des enfants à 42-43ans. C'est arrivé, on a même vu des patientes aller en Espagne avec des dons d'ovocytes à 46-47 ans. C'est pas exceptionnel. C'est moins exceptionnel qu'une demande de ligature sans enfant à 30 ans.

17 - 22:47 > 23:59 [réticences des médecins] [cadre légal]

Si vous faites, en tant que médecin, vous faite une ligature des trompes à quelqu'un qui a 30 ans. 5 ans plus tard, il vous met au tribunal et il vous dit "ah oui mais on m'a pas bien expliqué que c'était irréversible", vous êtes condamné hein.

[>Question?]: Même avec le formulaire de consentement éclairé etc?

[>R1]: oui, il y a eu jurisprudence sur tous les documents qui sont à remplir en chirurgie, qui sont des consentements éclairés et des documents d'information. Tout ça, il y a pour tous des jurisprudences, où le patient a réussi à démontré que l'information, il avait signé le papier mais on ne lui avait rien expliqué. Donc maintenant on nous dit même, qu'il faut faire des schémas, avec des annotations, gribouiller, écrire dessus, dessiner pour qu'il y ait la preuve qu'on a pris le temps, sur le schéma qu'on leur donne, d'avoir donné des explications, en plus que simplement le papier. Alors le problème c'est que la ligature, ben vous faite un trait, c'est un peu simpliste hein mais euh

[>Question?]: Oui donc il y a cette idée là aussi de ce qui pourrait se passer derrière d'un point de vue juridique?

[>R1]: Ah ben c'est certain. Et on serait condamné mais c'est certain. A tous les coups. Ah oui c'est certain. Donc après, c'est sûr qu'on a ça en tête.

18 - 23:59 > 26:11 [profil idéal] [critères]

Non prendre le risque, oui c'est certain.

[>Question?]: Et quand vous disiez tout à l'heure, au niveau légal, normalement si vous deviez effectivement être amenée à refuser une patiente, ou en tout cas de repousser l'échéance et de lui proposer un confrère ou une consoeur qui pourrait pratiquer l'intervention, vous avez déjà des noms?

[>R1]: Alors moi j'ai un de mes associés qui réalise cette procédure, après quelques fois il y a un obstacle, "l'effet sand" c'est-à-dire que les patients se disent "si elle a dit non, son associé va dire non aussi". Donc après, c'est une procédure qui est faite sur les autres établissements sur Toulouse sans difficulté. Quelque part, le fait de prendre un deuxième avis ça a quelque chose de sain aussi. Après, ce qui est bien, c'est quand les patientes partent de mon bureau en ayant un peu compris pourquoi j'ai dit non. Qu'elles aient pas l'impression que c'est un jugement de valeurs ou que c'est un refus comme on dit "non" à un enfant qui fait un caprice. Donc si elles ont compris la démarche, à ce moment elles se disent "ben si je vais voir un confrère, sans doute qu'il va avoir potentiellement la même réaction". Mais bon, après quelques fois, quand c'est, pas vraiment l'extrême d'un couple qui a 30 ans mais plutôt quelqu'un qui a 36 ans, déjà des enfants, mais un discours pas très cohérent, ou alors un peu fouillis ou une histoire de vie un peu compliquée, le fait de les envoyer chez une psychologue c'est une dynamique un peu différente. C'est-à-dire que j'ai pas l'impression que sa demande est irrecevable complètement, mais j'ai l'impression qu'elle pourrait quand même pas tout à fait être complètement sûre. Et donc quelque part orienter vers une psychologue c'est orienter vers des questions, sur son histoire personnelle, un peu différentes mais qui va lui permettre de, quelque part de creuser des doutes qu'elle a pas creusés ou pas envisagés. Après si la psychologue me dit, c'est déjà arrivé, "elle a un discours très cohérent, très construit, une histoire de couple sans faille, elle a réfléchi depuis longtemps, sa demande arrive posée installée" bon ben c'est tout, elle a vu la psychologue qui trouve que c'est cohérent.

19 - 26:11 > 28:01 [critères]

Encore une fois moi je trouve que les gens sont quand même adultes, si on les a fait réfléchir 4 mois, voir un psychologue et voilà, bon ben euh, même à 36 ans ça me parait une demande qui peut être cohérente.

[>Question?]: A 36 ans mais avec déjà des enfants?

[>R1]: ouais, souvent ouais. Moi j'en ai jamais eu à 36 ans sans enfant.

[>Question?]: Parce-qu'à 36 ans, psychologue ou pas, à priori c'est pas compliqué

[>R1]: J'ai jamais eu cette demande, en fait, je pense. Sans enfant, si jeune. Je pense que c'est quand même bien rare hein. Non, vous en avez vu beaucoup vous?

[>Question?]: Qui ont réussi? non. parce-qu'effectivement les médecins refusent. Mais à moins de 30 ans ou autour de 30 ans, ouais, beaucoup. J'ai fait passer un questionnaire sur internet, 1200 répondants, 80% de femmes.

[>R1]: En fait, est-ce-que vous leur avez posé la question, si elles avaient une impossibilité complète d'avoir une contraception?

[>Question?]: Non. J'ai demandé "est-ce-que vous êtes déjà intéressé à la stérilisation" donc j'en ai la moitié qui m'ont répondu que oui.

[>R1]: Parce-que les recommandations c'est ça. C'est que ça arrive après avoir essayé toutes les contraceptions

[>Question?]: Bien-sûr, après sur le couple de tout à l'heure, il y a par exemple effectivement des antécédants génétiques chez l'un et chez l'autre. Elle, il y a une configuration physique qui fait que le stérilet c'est pas

possible. Parce-qu'elle fume ou un truc comme ça. Bref il y a un problème avec tout ce qui va être pilule etc. Donc ça commence à devenir compliqué.

[>R1]: En fumant comme un pompier on peut avoir un implant

[>Question?]: je suis pas médecin non plus, je sais pas ce qu'elle dit ou ce qu'elle dit pas, mais c'est vrai qu'il y avait quelques limitations au niveau physique et au niveau génétique puisque tous les 2 étaient porteurs de maladies génétiques différentes, et donc ça venait aussi appuyer là-dessus.

20 - 28:01 > 29:55 [réticences des médecins] [cadre légal]

[>R1]: Pour ces anomalies génétiques, vous pouvez quelques fois faire une grossesse avec un don d'ovocytes.

[>Question?]: Après quand il y a une anomalie génétique chez monsieur, et chez madame, qui n'est pas la même, il y a quand même des risques

[>R1]: Les doubles dons, ça existe.

[>Question?]: Dans le cas où ils veulent des enfants, oui mais là, s'ils n'en veulent pas, c'est vrai que ça participe aussi au truc. Voilà après ce couple a été une situation très particulière avec ces choses là mais bon.

[>Question?]: Mais des personnes de moins de 30 ans ou de moins de 40 ans même pour élargir, 40 ans, ça me paraît un âge où voilà, à peu près tout le monde se met assez d'accord là dessus.

[>R1]: Oui, 40, nous on est assez d'accord là-dessus. Maintenant euh, entre 40 et 38-39...en fait, chaque histoire est un peu différente. L'âge des premiers enfants compte aussi beaucoup. C'est-à-dire qu'une patiente qui vient à 38 ans demander une ligature et qui a un enfant de 6 mois, moi je dis "réfléchissez qu'il ait au moins 1 an-1 an et demi". C'est pas la même chose que si elle a 2 enfants et le dernier 15 ans. Après, quelques fois, il y a des patientes qui ont des antécédants, thrombo-emboliques, et qui ont fait des enfants tard et du coup, qui ont fait une ligature, le dernier a 6 mois. Mais voilà, chaque cas est quand même un peu différent. Il mérite à mon avis qu'on discute pour étayer le truc. Encore une fois, c'est vrai qu'il y a quand même sous tendu le fait que si on se goure et qu'ils changent d'avis, voilà, je pense que si ils portent plainte, dire qu'on leur a rien expliqué, le nombre de patients qui arrivent en disant "alors on enlève quand les bouchons? quand on veut?" alors là pas du tout, les bouchons ils s'enlèvent pas! Donc je ne sais pas si c'est tellement clair pour eux.

21 - 29:55 > 30:47 [Parcours]

[>Question?]: Et ceux qui arrivent, ils ont déjà pris des informations quelque-part?

[>R1]: Il y a des patientes qui viennent par leur gynéco, qui n'ont jamais entendu parler de rien. Il y en a qui sont déjà allées sur internet et qui ont pu faire le tour de la question. Il y en a qui disent "ça fait des années que je leur demande et il n'y a que maintenant qu'ils me laissent venir". Ou alors il y en a qui disent "je m'en occupe parce-que j'ai laissé courir l'affaire". Donc il y a de tout. Il y en a qui vont sur le site d'Essure et qui ont des informations très cohérentes, d'autres qui sont allées sur les blogs et qui ont l'impression que c'est une arnaque en ligne. Enfin bon. C'est tout le problème de la médecine sur internet.

22 - 30:47 > 31:46 [Parcours] [réticences des médecins] [âge]

[>Question?]: vous savez si les personnes se font passer les noms par exemple, "j'ai telle personne qui m'a acceptée"...

[>R1]: par rapport au fait que ça a été accepté?

[>Question?]: Vous savez s'il y a des choses comme ça?

[>R1]: Honnêtement, j'en sais rien du tout. Je pense qu'il y a déjà du bouche-à-oreille par exemple quand on fait une méthode et que ça s'est bien passé. Après comme il y a une histoire d'âge, ben quelques fois elles discutent entre elles, et il y en a une qui l'a fait et d'autres qui voulaient donc elles viennent comme ça. Mais est-ce-que le fait d'en avoir posé chez des...je pense que la personne la plus jeune à qui je l'ai fait, elle avait 36 ans. Elle était à peine plus jeune que moi. J'ai mis du temps à réfléchir mais ça c'est, de mon fait, pas de son âge. C'est-à-dire quand on soigne des gens plus âgés, il y a des questions qu'on se pose pas et quand on soigne des gens qui ont votre âge, c'est difficile et il faut pas, mais on a toujours tendance un peu à se projeter. Donc voilà. Ce qui théoriquement n'est pas bien mais, ce qui est quand même complètement humain.

23 - 31:46 > 34:11 [Pas de thématique]

[>Question?]: en tout cas voilà, un profil qui serait, à qui ça pourrait être recommandé, ce serait des femmes qui sont déjà en couple stable, qui ont déjà des enfants et qui ont déjà une quarantaine d'années.

[>R1]: Je vais me retrouver avec la moitié des gens de Toulouse de moins de 30 ans.

[>Question?]: Ah non c'est anonyme, ne vous inquiétez pas, pas de problème. Ne vous inquiétez pas, votre nom ne sera pas cité, il n'y a pas de souci, quand même. C'est le minimum.

[>R1]: Ouais parce qu'elle avait des antécédants. 2 enfants. Sa maman a fait des phlébites. Ne tolérait pas les stérilets. Problèmes cutanés. Sclérose en plaques. Antécédants de lymphome de hodgkin avec irradiations chez la maman. A beaucoup réfléchi par rapport à son espérance de vie valide. Voilà. Un cas un peu particulier.

24 - 34:11 > 34:40 [profil idéal]

[>Question?]: mais finalement, du coup, le "profil" des femmes à qui ça pourrait être recommandé, c'est quand même une femme qui a une quarantaine d'années, qui a déjà des enfants. Et sur une femme qui n'a pas d'enfant du coup ce serait pareil, ce serait finalement une quarantaine d'années pour être vraiment certain de la décision

[>R1]: Oui, au final, ça rentre aussi en ligne de compte ça.