



DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021 – 2022

**REGARD PORTÉ PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN
GYNÉCOLOGIE SUR L'INFÉCONDITÉ VOLONTAIRE FÉMININE : ÉTUDE
QUALITATIVE MENÉE DANS UNE MÉTROPOLE DU GRAND EST**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU
PAR

LIVIA DÉCRANT- -VIETTI

Née le 25 janvier 1995 à Belfort

PRÉSIDENTE DU JURY : MME BURGY CATHERINE

DIRECTRICE DE MÉMOIRE : MME DEBAUCHE ALICE

CO-DIRECTRICE : MME BOSCO CÉLINE

REMERCIEMENTS

À Alice Debauche, directrice de ce mémoire, pour m'avoir suivie dans cette aventure, pour ses conseils avisés et sa confiance en l'aboutissement de ce travail. Un grand merci !

À Céline Bosco, ma référente pédagogique et co-directrice de ce mémoire, pour son accompagnement depuis mon entrée à l'École de sages-femmes.

À ma fille Gabriela, ma première motivation à réussir ce parcours. Merci pour ta patience et tes encouragements.

À Raffaëlle, sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour. Merci pour ta présence et le soutien que tu m'as apporté depuis le début.

À Pao et mes parents, pour avoir cru en mes capacités à aller jusqu'au bout de cette vocation. Merci d'être vous.

À Adramé, mon époux, pour sa confiance et son soutien par tous les temps.

À mes camarades de promotion, particulièrement Claire, Kéviné, Jodie, Marianne et Apolline pour ces quatre années en leur douce compagnie.

À mes collègues sages-femmes, pour leurs encouragements, particulièrement Adeline et Lauréna pour leur coup de pouce dans la rédaction.

SOMMAIRE

Avant propos.....	3
I. Introduction.....	4
I.1 Concept d'infécondité volontaire.....	5
I.2 Enjeux relatifs à la maternité.....	6
I.2.1 Indicateurs socio-démographiques.....	8
I.2.2 Influence des politiques publiques sur la maternité en France.....	9
I.3 Perception sociale actuelle de l'infécondité volontaire.....	10
I.4 La gynécologie, science médicale de l'organisme féminin.....	10
I.5 Question de recherche.....	11
II. Matériel et méthode.....	12
II.1 Population d'étude.....	13
II.2 Échantillon.....	13
II.3 Lieu et période d'étude.....	14
II.4 Recueil des données.....	14
II.5 Anonymat.....	15
II.6 Analyse des données.....	15
II.7 Aspects réglementaires et législatifs.....	16
III. Résultats.....	17
III.1 Répondants à l'étude.....	18
III.2 La non-maternité, un sujet peu familier.....	19
III.3 Gynécologues, sages-femmes : professionnels de la gynécologie ou de la maternité ?.....	21
III.4 Le désir d'enfant : un processus naturel ?.....	24
III.5 Les désirs de non-maternité et de maternité conditionnés par une norme d'âge et un schéma familial hétéro-normé ?.....	29
III.6 Problématiques autour de l'atteinte définitive à la fertilité.....	31
III.7 Les difficultés rencontrées et exprimées par les praticiens.....	35
IV. Analyse et Discussion.....	38
IV.1 Forces et limites de l'étude.....	39
IV.2 Interprétation et confrontation à la littérature actuelle.....	40
IV.2.1 L'infécondité volontaire, un sujet insuffisamment démocratisé.....	40
IV.2.2 L'ancrage de la présomption de la maternité.....	44
IV.2.3 L'infécondité volontaire : un choix hors-normes ?.....	49

IV.2.4 Influence des représentations sur les pratiques.....	55
IV.3 Conclusions relatives aux objectifs et validation des hypothèses.....	60
IV.4 Perspectives.....	61
V. Conclusion.....	63
VI. Bibliographie.....	66
ANNEXE I	
ANNEXE II	

AVANT PROPOS

Quoi de plus épanouissant que de devenir maman ? Cette interpellation a-t-elle du sens pour vous ? Elle en a pour moi, dans mon existence de femme et de mère, mais est-elle universelle ? Jusqu'à il y a peu, je faisais partie de ces personnes qui portent, bien souvent sans mauvaises intentions, des injonctions sociales sur autrui. Qui n'a jamais entendu au détour d'une conversation « Alors, quand est-ce que vous nous faites un bébé ? » ? Comme si la parentalité était une étape indispensable dans nos vies. C'est en abordant le sujet avec ma sœur que j'ai eu cette prise de conscience. Elle qui, a 22 ans seulement, m'a fait part de son « désir de non-maternité », comme elle aime si bien le qualifier, choix assumé et déterminé. La vie m'apprendra, à travers la réalisation de ce mémoire, que ce désir de ne pas avoir d'enfant est également partagé par mon adelphe, tout juste âgé.e de 14 ans.

Ces propos vous surprennent peut-être. Sommes-nous toujours conditionnés à penser que les femmes sont nécessairement faites pour devenir mères ? Que cette décision de ne pas avoir d'enfant ne peut être prise précocément ?

La lecture de ce travail vous apportera peut-être un regard différent, sur iels, et sur toutes celles qui ont fait ce choix de ne pas être mères.

I. INTRODUCTION

I.1 Concept d'infécondité volontaire

L'infécondité est l'antonyme de la maternité. Dans l'espèce humaine, cela suggère non pas que le corps soit in-fécondable, mais plutôt in-fécondé.

La non-maternité par choix est un phénomène social de plus en plus mis en lumière et assumé par les femmes à l'heure actuelle. La sociologie du genre et de la famille est la discipline qui en a fait un de ses sujets d'investigation ces dernières années, afin d'en comprendre les mécanismes et les enjeux dans nos sociétés.

La non-maternité est le fait, pour une femme, de ne pas avoir d'enfant biologiquement ou de manière adoptive (1). Elle peut être voulue, dans ce cas il s'agit de choix de non-maternité, de non-maternité volontaire ou plus communément d'infécondité volontaire (2,3). Mais la non-maternité peut également être subie avec, d'une part, l'infécondité involontaire, résultant d'un concours de circonstances et qui concerne des individus potentiellement fertiles indépendamment du désir de maternité, et d'autre part, l'infertilité physique ou stérilité, résultant d'une incapacité à concevoir (4).

Les travaux de Pascale Donati sur l'absence d'enfant, volontaire et involontaire, montrent qu'il existe une multitude de déterminants sociaux concernant les désirs de maternité et non-maternité (5). Les choix positifs d'infécondité chez les femmes sont souvent en lien avec une aspiration très claire à l'autonomie, tant par l'indépendance matérielle que familiale et particulièrement conjugale. Pour autant, cette autonomie ne signifie pas nécessairement une volonté de célibat. Pour certaines, la relation conjugale est très investie, pour d'autres, elle n'est pas attractive car incompatible avec le besoin d'autonomie.

L'infécondité, toutes raisons confondues, concerne 15% des femmes en moyenne. Mais l'infécondité volontaire féminine, elle, varie entre 3 et 5% et reste stable (1,6,7). Dans ce travail, nous étudierons uniquement l'infécondité volontaire. La non-maternité dont nous faisons état ici est donc un choix positif, délibéré et librement consenti.

Vouloir ou non des enfants est une décision personnelle, potentiellement partagée par le/la partenaire (8).

Aujourd'hui rendue visible grâce aux réseaux sociaux et aux personnalités médiatiques, elle n'en reste pas moins un sujet de débat au sein des familles et de la société.

I.2 Enjeux relatifs à la maternité

Pendant longtemps, la femme a été décrite comme la mère de l'humanité, incarnant la vie, la perpétuation de l'espèce humaine (9,10). Le terme *Femme* a d'ailleurs souvent été synonyme de *Mère*, ou de *Nature* (9).

Ainsi, pour assurer la pérennité et la survie d'un groupe ou d'une société, les femmes devaient mettre à disposition leur matrice physique pour contribuer au renouvellement des générations (11). Fécondité et reproduction avaient alors un caractère vital, nécessaire et impératif, d'autant plus que la mortalité infantile et périnatale étaient grandes.

Au fil des siècles, la maternité est devenue un enjeu à la fois politique et démographique pour l'équilibre de la société (12). Le corps des femmes a alors été domestiqué par la fonction maternelle, par la superposition du rôle de femme avec celui de mère, la maternité permettant de limiter la liberté des femmes (9,13–16).

Socialement, le processus de reproduction est profondément ancré dans le corps des femmes (17,18). De fait, l'aspect reproductif dudit corps, qualifié (à tort ?) de fait naturel, est un véritable questionnement social. Il semblerait en effet selon les travaux de Paola Tabet, que chaque société construisse socialement et sexuellement le rôle des femmes en les spécialisant dans le travail reproductif (19).

D'un autre côté, l'approche psychanalytique soutenue, entre autres, par Bydlowski, décrit la maternité chez les humains comme étant « une démarche consciente et raisonnable, délibérée et programmée, traduisant l'impulsion sexuelle naturelle de perpétuation de l'espèce » et qui s'imposerait donc aux femmes comme une réalité biologique (18). La fertilité humaine, fruit des capacités biologiques et psychiques d'un individu serait alors singulière car elle reposerait sur trois facteurs : l'impulsion psychique individuelle, la psychologie de l'espèce et le contexte historique et social (20). Le désir de maternité serait, lui, enraciné dans l'inconscient de tout humain. Une des sources de ce désir proviendrait de l'impulsion oedipienne, mécanisme

fonctionnant sur le principe du lien au parent de même sexe, et le désir d'enfant chez la femme serait alors révélateur du lien à la mère. D'autres éléments du passé et de l'histoire familiale concourraient au désir d'enfant (21). Ce dernier prendrait forme lorsque ces différents éléments rencontreraient l'impulsion biologique programmée. Ainsi, le pouvoir des mécanismes physiologiques pourrait aller à l'encontre de la volonté et lui échapper, laissant surgir des grossesses non désirées, notamment sous contraception. La procréation chez les psychanalystes est finalement décrite comme l'identité de l'espèce humaine et révélerait l'avenir et les espoirs d'immortalité des humains (20,22).

La notion d'impulsion naturelle relative à la reproduction est aujourd'hui discutable selon Priscille Touraille, qui parle plutôt d'une commune recherche de plaisir dans l'impulsion sexuelle, que ce soit chez les humains ou dans le règne animal (17).

La maternité est aussi le point de rencontre de processus internes et externes, c'est-à-dire qu'elle est dépendante de multiples facteurs qui ne sont pas seulement le fruit d'une profonde volonté et d'une capacité biologique mais qu'elle intègre également des aspects culturels, sociétaux et économiques. En effet, il est possible d'interroger le désir d'enfant dans une dimension narcissique essentielle de vie couplée à une dimension plus intellectualisée (23). De plus, Bajos et Ferrand décrivent une " norme procréative " comme étant la convergence des meilleures conditions pour devenir parent (24).

Malgré les évolutions, la maternité reste encore aujourd'hui une institution sociale. Dans l'imaginaire collectif, elle incarne une des caractéristiques essentielles de la féminité (24). Ainsi, la société exerce une pression sur les femmes afin de les inciter à devenir mères par le biais d'une image idéalisée où la maternité serait la condition indispensable à l'épanouissement féminin, l'accomplissement ultime de la vie d'une femme (15). La maternité a donc une fonction sociale régie par des normes. La décision de devenir parent peut ainsi être assimilée à une liberté sous contrainte (25).

« Au lieu d'instinct, ne vaudrait-il pas mieux parler d'une fabuleuse pression sociale pour que la femme ne puisse s'accomplir que dans la maternité ? » Elisabeth Badinter

I.2.1 Indicateurs socio-démographiques

Au cours du XXe siècle, de grands changements socio-démographiques tels que la baisse de la nuptialité et de la fécondité, l'émergence de nouvelles formes de vie de couple et familiales ainsi que de nouvelles pratiques concernant la contraception et la procréation ont été observés (26).

L'évolution du taux de fécondité est un des témoins des changements normatifs de la maternité. Depuis 1975, l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) en France a connu une chute progressive jusqu'en 1993 (27). Cette diminution fait suite à la légalisation de l'utilisation des moyens contraceptifs et de l'accès à la demande d'interruption volontaire de grossesse grâce aux lois Neuwirth et Weil de 1967 et 1975 (28,29). La maternité étant désormais contrôlable, les naissances deviennent alors programmées et les statuts sociaux redéfinis.

Le taux de fécondité a ensuite connu une période de croissance allant jusqu'à un chiffre de 2,0 enfants par femme en 2014, et connaît actuellement une légère baisse sur les sept dernières années. Ceci s'explique par la diminution de la taille des familles nombreuses, par le recul de l'âge lors de la première naissance et par l'augmentation de l'infécondité. Ces facteurs sont à mettre en lien avec l'allongement de la durée des études et l'émergence du choix de non-maternité (1).

La proportion de femmes sans enfant en fin de vie féconde était elle, au delà de 20% au début du XXe siècle, notamment parce que le célibat était plus répandu, de même que les couples sans enfant. Cette proportion a ensuite diminué suite à l'amélioration des prises en charges obstétricales et par la diminution du mode de vie en célibat. Depuis 1960, elle augmente de nouveau, de façon modérée. Elle est de 13,5% en 2011 et regroupe les infécondités volontaires et involontaires (1). Cette augmentation récente de femmes sans enfant pourrait en partie être le reflet d'un refus volontaire de maternité assumé mais également celui de l'augmentation de l'infertilité.

Pour rappel, l'infécondité volontaire représente 4,3% des femmes en France (6).

1.2.2 Influence des politiques publiques sur la maternité en France

Le désir de maternité est aussi influençable par les différentes politiques publiques et familiales qui structurent notre société. En effet, toutes les sociétés établissent des logiques matrimoniales et familiales qui marquent la façon dont elles se pensent face à leur renouvellement ou maintien démographique et culturel (11,23). Chacune accorde donc une place à la maternité selon l'importance qu'elle lui confère.

Depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, la France s'est clairement positionnée en faveur de la protection des familles par l'institutionnalisation d'une politique familiale (30).

Entre 1945 et 1965, le système de prestations familiales tend à promouvoir la maternité en aidant les familles avec au moins deux enfants. La part de ces aides représentait alors plus de la moitié des dépenses en matière de protection sociale.

Jusqu'en 1960, la politique était pro-nataliste et s'expliquait au regard de la nécessité de repeupler l'État suite aux guerres survenues au début du XXe siècle (26).

Entre 1965 et 1975, les mouvements féministes ont porté plusieurs réformes en faveur des droits des femmes tels que les régimes matrimoniaux, le divorce, l'autorité parentale ainsi que la maîtrise de leur fécondité.

Entre 1975 et 1985, de nouvelles aides sont instaurées en faveur des familles les plus pauvres et notamment monoparentales.

Entre 1985 et 2005, les aides sociales à l'emploi viennent en renfort des aides familiales dans un objectif de conciliation du projet professionnel et de la vie familiale.

A l'heure actuelle, la France se distingue des autres nations par sa politique familiale en lui consacrant 2,6 % de son produit intérieur brut (PIB). Cependant, bon nombre d'autres avantages sociaux et fiscaux sont dépendants de la composition des ménages, et notamment du nombre d'enfants à charge, ce qui suggère que ce pourcentage serait plus important dans les faits (30).

Les prestations familiales, par leur multiplicité, sont donc plutôt incitatives, surtout pour les familles les plus modestes, au projet d'enfant dans notre pays.

I.3 Perception sociale actuelle de l'infécondité volontaire

Malgré la redéfinition des normes du modèle de maternité, le choix de l'infécondité volontaire demeure en conflit avec les normes sociales et semble peu accepté par la collectivité du fait de la mise en lumière de valeurs libérales et familiales affranchies du modèle patriarcal, préférant l'épanouissement personnel et social plutôt que parental (24). Même si aujourd'hui la maternité n'est plus la destinée des femmes comme elle a pu l'être par le passé, elle continue d'être questionnée et il est toujours nécessaire de se positionner quant au désir d'enfant (23). Pour les femmes, le sujet de l'absence de désir de maternité reste tabou (15). Affirmer ce choix de vie demeure un défi à propos duquel la société requiert toujours une justification, contrairement au choix d'avoir des enfants. Du point de vue de la société, les normes conjugales n'intègrent pas le schéma d'une vie volontairement libre d'enfant. Les personnes prenant cette décision sont d'ailleurs souvent identifiées comme étant " sans " enfant, traduction d'une certaine privation et non d'une liberté. Ceci repose en partie sur les croyances collectives prenant pour acquis que toutes les femmes ont besoin d'être mères (15). Il semblerait par ailleurs, que l'intégration de cette fatalité biologique puisse être liée au parcours de soin gynécologique des femmes, principalement orienté vers la fécondité (31).

I.4 La gynécologie, science médicale de l'organisme féminin

La gynécologie est une discipline médicale entièrement et spécifiquement dédiée à l'étude du fonctionnement du corps des femmes (32). Tandis que la quasi-totalité des spécialités médicales est focalisée sur un organe ou une fonction du corps humain, la gynécologie est celle qui prend en compte l'organisme féminin dans sa globalité. Cette spécificité fait de la gynécologie une spécialité singulière, et interpelle sur la complexité de son champ d'action (33).

La physiologie du corps des femmes a longtemps été axée sur l'étude de l'utérus jusqu'à ce que l'apport de l'endocrinologie déplace cet intérêt vers les ovaires, organes régulateurs du cycle hormonal des femmes. Au XIXe siècle, l'intérêt à décrypter ce corps, a été initié à l'origine dans un but politique d'assujettissement des femmes (34). Paradoxalement, la gynécologie a permis une certaine émancipation

des femmes en leur donnant accès à des moyens de contrôler leur fertilité et donc de disposer librement de leur corps.

Par ailleurs, la pratique de la gynécologie a longtemps été réservée au gynécologue. Depuis la loi HPST de 2009, elle fait également partie des compétences de la sage-femme, dans les limites de la physiologie (35). Jusqu'alors, la profession de sage-femme était exclusivement dédiée à l'accompagnement et au suivi des femmes enceintes et des nouveau-nés. Cette loi permet donc à ces deux professions d'être co-actrices de la santé des femmes.

I.5 Question de recherche

La gynécologie étant la spécialité médicale consacrée à l'étude de l'organisme féminin, il nous semblait intéressant d'explorer les représentations des professionnels de santé des femmes sur la question de l'infécondité volontaire.

Si le sujet de l'infécondité volontaire est encore perçu comme un écart à la norme par la société aujourd'hui, qu'en est-il du regard porté par les professionnels de santé des femmes sur celles ayant fait le choix de ne pas devenir mères ?

L'objectif principal de cette étude est de recueillir les différentes représentations des gynécologues et des sages-femmes à propos des femmes ayant choisi de ne pas avoir d'enfant.

L'objectif secondaire est de déterminer comment ces représentations influencent les professionnels dans leur pratique de soignants.

Nous émettons les hypothèses suivantes :

- la représentation de la femme est fortement attachée à l'image de la maternité dans le monde professionnel de la gynécologie
- la place qu'occupe la maternité dans ces professions impacte la représentation de l'infécondité volontaire et la pratique de soin vis à vis de ce choix

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Afin d'étudier les représentations des professionnels de santé en gynécologie sur les femmes en non désir de maternité, nous avons mené une étude non interventionnelle qualitative descriptive par le biais d'entretiens semi-directifs auprès des gynécologues et des sages-femmes exerçant dans une métropole du Grand Est au cours de l'année 2021.

II.1 Population d'étude

La population choisie pour cette étude était celle des professionnels de santé en gynécologie, à savoir gynécologues et sages-femmes, exerçant dans une métropole du Grand Est.

Sachant que dans la métropole sélectionnée, les sages-femmes hospitalières et territoriales s'occupent quasiment exclusivement de patientes enceintes, nous avons choisi de nous intéresser uniquement aux sages-femmes libérales pratiquant des consultations gynécologiques.

Concernant les médecins gynécologues, nous avons choisi de nous entretenir aussi bien avec des professionnels hospitaliers, du privé et du public, qu'avec des professionnels libéraux.

II.2 Échantillon

D'après les registres disponibles sur les sites de l'Assurance Maladie et des Sages-Femmes Libérales, notre population était constituée de 106 professionnels de santé dont 23 sages-femmes libérales réalisant des consultations de gynécologie et 83 gynécologues, libéraux et hospitaliers confondus.

Les structures hospitalières concernées pour le recrutement de gynécologues étaient au nombre de trois : un établissement public et deux établissements privés d'intérêt public à but non lucratif.

Afin de ne pas induire de biais de recrutement, nous avons choisi de réaliser une randomisation pour la sélection des répondants à l'étude. Chaque professionnel de notre population s'est vu attribuer un numéro aléatoire. Une urne contenant l'ensemble de ces numéros a servi à réaliser un tirage au sort manuel. Le professionnel correspondant au numéro tiré au sort était alors sollicité par téléphone ou par e-mail pour la réalisation d'un entretien. Chaque numéro tiré était écarté de

l'urne pour les tirages suivants. Un refus de participation induisait la poursuite de la randomisation avec un objectif de minimum six entretiens à réaliser. Le nombre d'entretiens final a été déterminé lors de la saturation des données recueillies.

Les critères d'inclusion à l'étude étaient les suivants :

- être sage-femme libérale diplômée d'état ou être gynécologue diplômé d'état libéral ou hospitalier, du privé ou du public
- réaliser des consultations de gynécologie
- exercer son activité dans la métropole sélectionnée
- répondre favorablement à la sollicitation après tirage au sort
- accepter la réalisation d'un entretien et son enregistrement par dictaphone.

Le recrutement des répondants s'est déroulé sur les mois de février et mars 2021.

II.3 Lieu et période d'étude

Cette étude s'est déroulée dans une métropole du Grand Est au cours de l'année 2021. Les entretiens ont débuté début février 2021 et se sont clôturés fin mars 2021 après saturation des données.

II.4 Recueil des données

L'ensemble des professionnels de la population étudiée a été répertorié dans un fichier Excel avec nom, moyen de contact, profession et numéro d'attribution. Les coordonnées des professionnels libéraux étaient disponibles sur le site de l'Assurance Maladie et celui de l'Association des Sages-Femmes Libérales de la métropole sélectionnée. Pour obtenir celles des professionnels hospitaliers, nous avons contacté les cadres ou chefs de pôle en exposant la finalité de l'étude.

Après sélection des répondants à l'étude par tirage au sort, un rendez-vous pour un entretien présentiel a été convenu, idéalement dans un espace permettant la libre parole autour du sujet, sur le lieu d'exercice du professionnel interrogé ou à défaut, en distanciel par le biais du logiciel Skype. Les participants ont été tenus informés des modalités de l'étude et des dispositions de rétractation. La signature d'un formulaire d'information et de consentement à la participation à l'étude a permis d'en assurer la traçabilité.

Les données ont été recueillies lors d'entretiens individuels semi-directifs à l'aide d'un guide, afin de laisser au maximum l'expression aux professionnels tout en conservant un fil conducteur avec des notions clés à explorer.

Ce guide d'entretien a été testé en amont de l'étude avec un professionnel de santé exerçant dans une autre métropole afin d'être ajusté en vue de l'étude. Il a également été actualisé au fil des entretiens en fonction des réponses et des interrogations soulevées par les répondants. La dernière version de ce guide est consultable en Annexe I.

Notre étude étant qualitative, aucun minimum d'entretiens n'était requis. Cependant, il nous paraissait judicieux de réaliser un minimum de six entretiens, et une poursuite jusqu'à saturation des données recueillies.

Tous les entretiens ont été audio enregistrés afin d'en faciliter la retranscription informatique complète pour l'analyse. Ces retranscriptions ont été anonymisées et stockées dans un répertoire sécurisé avec accès limité pour toute la durée de réalisation de l'étude et utilisées uniquement dans ce cadre. Elles sont disponibles sur demande pour l'évaluation du mémoire.

II.5 Anonymat

Dans un souci de garantie de l'anonymat des interviewés, nous avons choisi de ne pas communiquer le nom de la métropole sélectionnée. En effet, les données de genre couplées à la profession exercée pouvaient potentiellement compromettre l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude. Or, il était indispensable de conserver la dimension genrée du contenu des entretiens pour affiner l'analyse sur le plan sociologique.

Afin de faciliter la lecture des résultats, un prénom fictif a été attribué à chacun des interrogés. Ces prénoms, ainsi que des caractéristiques des répondants, sont répertoriés dans un tableau récapitulatif disponible en Annexe II.

II.6 Analyse des données

Après retranscription de l'intégralité des entretiens dans un logiciel de traitement de texte, le verbatim des professionnels a été catégorisé selon les thématiques, les

mots clés et les expressions rencontrés. Des éléments non verbaux ont également été répertoriés et ont servi à affiner l'analyse du verbatim.

II.7 Aspects réglementaires et législatifs

Pour cette étude, nous étions amenés à nous entretenir avec des personnes physiques et à recueillir certaines données sensibles à caractère personnel, autorisées par la méthodologie de référence dont relevait cette étude. Toutes les données collectées ont été garanties par l'anonymisation des entretiens.

Une demande d'accès à un serveur sécurisé avec accès limité et sauvegarde automatique a été déposée auprès du Centre Régional Informatique Hospitalière (CRIH) des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) et a été accordée.

Aussi, conformément aux dispositions prévues par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), le consentement libre et éclairé à la participation à l'étude et à l'enregistrement audio a été recueilli par écrit, après délivrance de l'information sur ces derniers ainsi que des droits de rétraction en vigueur.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Direction de Protection des Données (DPO) des HUS dont dépendait l'école de Sages-Femmes, pour sa mise en conformité. Son enregistrement a été effectué sous la référence 21-024.

III. RÉSULTATS

III.1 Répondants à l'étude

Au cours de la période de recrutement, 28 professionnels ont été contactés. Parmi ceux-ci, deux professionnels ont été exclus de l'étude : l'un car son activité avait cessé, l'autre pour refus de participation. Parmi les 26 autres, 17 n'ont pas donné suite et 9 ont répondu positivement pour participer à l'étude. Un répondant a été perdu de vue après relance.

Au total, nous avons pu réaliser huit entretiens. Notre échantillon était donc composé de huit professionnels : deux sages-femmes et six gynécologues, dont cinq femmes et trois hommes. Les âges des répondants se situaient entre 29 et 65 ans.

Trois entretiens se sont déroulés en présentiel et cinq en distanciel via le logiciel skype. La durée des entretiens variait entre 31 et 65 minutes, avec une moyenne de 46 minutes.

Tous les répondants, qu'ils soient gynécologue ou sage-femme, ont exercé au minimum un an en hospitalier. Chaque professionnel avait un minimum de cinq ans d'expérience dans sa profession.

Les deux sages-femmes étaient actuellement installées en libéral. Parmi les six gynécologues, trois d'entre eux exerçaient uniquement en libéral, un uniquement en hospitalier et deux exerçaient à la fois en hospitalier et en libéral. Deux praticiens hospitaliers exerçaient dans le public, un dans le privé.

Au moment des entretiens, tous les participants ont déclaré être en couple parmi lesquels six étaient mariés. Six répondants étaient parents d'au moins un enfant, et les deux qui ne l'étaient pas exprimaient un désir de parentalité. Deux participants connaissaient au moins une personne exprimant un désir de non-maternité dans leur entourage proche.

III.2 La non-maternité, un sujet peu familier

Plusieurs éléments durant les entretiens nous ont indiqué que le sujet de la non-maternité était peu familier pour nos interrogés.

En premier lieu, nous avons retenu le faible nombre de patientes rencontrées dans leur pratique. En effet, tous les interrogés nous ont indiqué avoir été très peu confrontés à des patientes en désir de non-maternité. Tous ont déjà rencontré au moins une fois une patiente déclarant ne pas vouloir d'enfant à un instant donné, sans préciser s'il s'agissait d'un choix définitif ou non.

Dans un second temps, nous avons relevé différentes réactions au travers du non-verbal et du para-verbal lorsqu'il s'agissait de s'exprimer à propos de l'infécondité volontaire. Nous avons ainsi observé, chez plusieurs de nos enquêtés, de très longs silences, la manipulation d'un stylo ou le tapotement répétitif des doigts sur un support, des soupirs ou des haussements de sourcils. Ces attitudes pouvaient traduire de la gêne, de la lassitude ou de l'étonnement. Le discours de Géraldine en était particulièrement imprégné :

"(soupirs).. Je pense vraiment que chacun fait ses choix ... personnels. Après ... je pense... (silence). Je pense que chacune a ses bonnes raisons en fait, enfin... (silence). C'est vrai que moi je... j'ai vraiment au cabinet ... je... moi j'accepte tout ce qu'elles me disent en fait, enfin... après on peut être d'accord ou pas mais... avec ce qu'elles disent, mais voilà, si elles me disent "je veux jamais d'enfants" et bien ok, on fera en sorte que vous n'en aurez pas, enfin... c'est ..."

Un seul répondant, Basile, n'exprimait pas ces attitudes. Son discours était assuré, maîtrisé et il exposait clairement son soutien dans le choix de la non-maternité. Nous avons également observé des variations de ton et de rythme employés pour s'exprimer sur l'infécondité volontaire et qui traduisaient, chez Nadine, un certain agacement.

D'autre part, nous avons relevé une difficulté de construction du discours. Les réponses apportées au sujet de la non-maternité ont été, pour certains, difficiles à construire et à organiser. Comme mentionné plus haut, plusieurs interrogés ont exprimé de longues pauses et de grands silences à ce moment précis de l'entretien. Certains discours étaient hésitants, avec des phrases qui n'aboutissaient pas, ou se stoppaient avant de prononcer des mots que l'on pouvait deviner. Certains de ces éléments étaient visibles dans le discours de Luc :

" (silence) (manipule son stylo, soupire) .. Je dirais que là aussi c'est le.. elle passe la porte, et elle a ce .. ce choix, je veux dire, c'est de l'accompagner aussi, je veux dire, il y a beaucoup dans ce groupe, enfin "dans ce groupe" (imite les guillemets).. Faut pas exagérer quand même ! J'en vois pas beaucoup, beaucoup non plus. Mais les quelques unes que je vois, elles viennent et elles demandent souvent de.. c'est de.. c'est de.. c'est de la stérilisation définitive. Donc c'est toujours le .. "

Cette relative difficulté d'élocution à propos de l'infécondité volontaire contrastait avec les discours sur la maternité. Il était effectivement intéressant de comparer la structure des discours entre ces deux thématiques. La majorité des interrogés n'a eu aucune difficulté à répondre de manière claire et précise lorsqu'il s'agissait de la maternité. Ce contraste était notable dans l'entretien de Bernard :

" Là je vais revenir à quelque chose de plus sérieux, comme dire une définition de dictionnaire. La maternité c'est le fait d'avoir un enfant, et c'est tout ce qui concerne le... le fait de s'en occuper, d'en être responsable.. Enfin, je pense que la maternité c'est le porter, l'accoucher et ensuite s'occuper de l'enfant. C'est le fait d'avoir un enfant et de s'en occuper de A à Z. Des premiers gestes qui permettent de l'avoir, jusqu'à l'accouchement et ensuite jusqu'à l'enfant qui va être.. dont on va s'occuper.. toute la vie en fait !
[...]

- Revenons maintenant dans le sujet de mon mémoire : je travaille sur les femmes qui ne veulent pas d'enfant.

- *Qui ne veulent pas d'enfant ? (légèrement étonné)*
- *Oui, par choix.*
- *Oui. Bah oui ! Elles ont le droit ! (air déterminé)*
- *Qu'est ce que ça vous évoque ce refus de maternité ?*
- *(silence) Peut être la peur de l'accouchement déjà ? Moi si j'étais une nana, ça, j'aurais un peu peur ! Franchement ! (sourit)"*

III.3 Gynécologues, sages-femmes : professionnels de la gynécologie ou de la maternité ?

Au cours de l'entretien, chaque professionnel était amené à exposer ses motivations pour la profession choisie et exercée. L'intérêt pour une profession de soin avec des compétences médicales était un des premiers arguments, présent autant pour les sages-femmes que pour les gynécologues. Plusieurs gynécologues appréciaient la pluralité qu'offre cette spécialité comparativement à d'autres professions médicales. L'attrait pour l'univers de l'obstétrique était une motivation partagée par la majorité des répondants mais pas à l'unanimité. Nicole nous expliquait sa fascination première pour le processus de l'accouchement, la mécanique obstétricale, et dans un deuxième temps pour la gynécologie :

" Je pense que ma première motivation, ça a été d'être fascinée par la façon dont les femmes accouchent depuis toujours.[...] Une des raisons pour lesquelles j'ai fait médecine et cette spécialité là, c'est la magie de la vie. "

Nadine partageait également ce point de vue :

" Pourquoi gynécologie ? Parce que j'ai commencé par la cancéro, et après je me suis dit " je préfère .. le début de la vie que la fin ". "

La particularité d'une profession ciblée vers un public exclusivement féminin était une motivation pour Anna, mais pas pour Basile :

" Moi je trouve qu'entre femmes on se comprend mieux [...] J'ai jamais compris pourquoi un homme faisait gynéco ! "

" Alors... Tout d'abord, moi... moi je ne voyais pas le métier centré sur les femmes, je voyais ça vraiment centré sur le soin quoi qu'il arrive. Et c'est ça qui m'intéressait, c'était soigner les gens. "

Héloïse rapportait aussi son attrait pour l'accompagnement de la physiologie et pour le relationnel avec les patientes :

" On ne s'occupe pas de malades, mais on s'occupe de femmes qui attendent un évènement heureux."

L'association entre la profession de sage-femme et l'accompagnement de la maternité était retrouvé dans les témoignages des deux sages-femmes.

Un autre argument avancé par Bernard était celui d'une médecine qualifiée d'optimiste, vivante et gaie comparée aux autres spécialités :

" [...] L'idée de traiter des femmes me plaisait bien aussi... et .. Parce que surtout, c'est quand même une vue un peu optimiste de la médecine. Traiter des cancéreux qui vont mourir ça me plaisait pas trop quoi .. Je trouve que la gynéco, l'enfant qui va naître.. Je trouve que c'est plutôt une vue optimiste de la médecine. [...] Et tout ce qui est trop .. trop près de la mort m'aurait ennuyé. Je préférais plutôt le côté vie que le côté mort, je le dis franchement ! "

Géraldine et Luc confiaient avoir été eux attirés en premier lieu par la technicité de la profession et par la chirurgie.

Un autre élément relevé dans le discours d'Anna était un a priori d'attrait pour l'obstétrique venant des professionnels de ce milieu :

" Et puis après quand j'ai fait mon externat et que je suis passée en gynéco, ça m'a plu : l'obstétrique au départ, comme tout le monde [...]

Une sage-femme qui aime pas, veut pas d'enfant c'est un peu bizarre peut être..? [...] Tu travailles toute la journée avec des enfants, tu supposes qu'elle aime les enfants et non, surtout pas ! (rit) C'est bizarre ! (rit) "

D'autre part, il était intéressant d'analyser les diverses associations concernant la définition de la femme. À la question *Quels sont les 3 premiers mots qui vous viennent à l'esprit quand on pense au mot Femme ?*, voici les réponses recueillies : enceinte, grossesse [3], vie gynécologique et psychologique, être humain, inégalités, droits, amour, travail féminin, cycles, multiples, bataille, changement, sexualité, féminité [2], maternité [2], beauté, éducation, contraception, ménopause, gynécologie, bébé. Le champ lexical de la conception était marqué. Lorsqu'il leur a été demandé de donner une définition du mot femme, d'un point de vue professionnel, tous les praticiens ont eu une réponse différente. Héloïse parlait d'un *" être sensible auquel il faut être attentif, tant sur le plan médical que psychique et émotionnel "*. Elle ajoutait également :

" La femme ne se limite pas au moment où elle est enceinte "

Basile lui, se questionnait sur la pertinence d'une définition chromosomique :

" Être femme, finalement, est-ce que c'est chromosomique ? Est-ce que c'est quelque chose dans la tête ? Alors, si je pars d'une définition telle que chromosomique, XX, c'est... un être humain qui a une possibilité supplémentaire, c'est celle de.. d'accoucher. "

Pour Anna, la définition était biologique, génétique, chromosomique dans un premier temps, mais également marquée par l'éducation. Bernard définissait la femme comme étant le contraire de l'homme, ou le complément. Pour Nicole, il s'agissait d'un être doté de caractères sexuels primaires et secondaires genrés, ainsi que d'un intellect qui lui est propre. Nadine en donnait une définition d'un point de vue

reproductif. Pour Géraldine, il était question d'un être humain tout simplement. Enfin, Luc, n'a pas su nous donner de définition. Pour lui, définir la femme était un exercice inédit, comme pour plusieurs de ces confrères.

A contrario, définir la maternité s'est révélé être plus simple pour nos enquêtés. Les définitions étaient plus harmonieuses, médicales et les interrogés donnaient l'impression de maîtriser le sujet. Bien que certaines confusions de terminologie concernant la maternité étaient parfois soulevées dans les réponses des praticiens, tous les éléments cités ici nous donnaient le sentiment que, dans l'ensemble, gynécologues et sages-femmes semblaient plus à l'aise avec le sujet de la maternité.

III.4 Le désir d'enfant : un processus naturel ?

Nous avons dans un premier temps relevé le vocabulaire utilisé par nos enquêtés pour définir les femmes. Comme nous l'avons cité juste avant, plusieurs mots appartenant au champ lexical de la maternité ont été utilisés pour parler des femmes. L'association entre femme et maternité était donc présente chez certains professionnels, notamment les deux sages-femmes mais également quatre gynécologues.

La maternité a par ailleurs été qualifiée de processus naturel dans plusieurs réponses, en témoignent ces deux exemples :

" La maternité ? Bah c'est quelque chose de naturel.. de physiologique.. et de.. La maternité ? Oui, physiologique et nécessaire.. pour entretenir l'espèce ! " Nadine

" Avoir un.. avoir un enfant ça fait partie des choses.. normales de la vie.. animales même.. enfin, c'est.. c'est pourquoi, enfin.. ça fait partie de notre.. enfin c'est.. génétiquement.. et.. tout le monde.. je sais pas comment dire les choses mais.. les espèces animales, elles sont faites pour avoir une descendance en fait. Après, nous, en tant qu'humains, on a le choix, on a le..

la chance d'avoir ce.. cette conscience qui fait qu'on peut faire des choix. "
Géraldine

A coté de cela, certains interrogés ont d'emblée spécifié que la maternité était avant tout une question de choix.

" On va dire que c'est quelque chose de non-obligatoire, que beaucoup de femmes y aspirent. " Nicole

Basile, lui, se questionnait sur le lien entre maternité et réalisation de soi :

" Est-ce-que finalement aujourd'hui on a vraiment besoin de procréer pour être soi ? "

Nos enquêtés ont d'autre part évoqué la place du questionnement systématique du désir de grossesse. Ainsi, si pour certains il était nécessaire d'aborder la question en consultation, pour d'autres, cela s'apparentait plus à de l'indiscrétion vis à vis des patientes.

" Des patientes que je suis depuis longtemps et qui viennent pour une contraception, je leur demande si.. et qui sont en couple depuis longtemps, je leur demande s'il faut que nous prévoyions de continuer longtemps ces contraceptions. " Nicole

" Souvent, dès l'âge de 30 ans, je commence à évoquer.. la possibilité d'une grossesse. Parce que je considère que ce n'est pas un enfant quand je veux, c'est quand je peux. " Nadine

" Mais je me vois mal, je me suis toujours mal vu d'expliquer aux dames " là vous avez 35, 36 .. " et, même si je sais qu'elle est en couple, " ça serait peut-être bien d'essayer de faire un enfant plutôt que d'attendre 42 ans ". [...]

C'est vrai que je ne vais pas chercher.. même si je sais qu'elle a 34, 35, 36 ans et qu'elle n'a pas d'enfant, je vais pas, je vais pas lui poser la question.. non. " Luc

En parallèle, lorsqu'il leur a été demandé de s'exprimer sur la non-maternité, une des premières réponses quasiment retrouvée chez tous était d'affirmer que cette décision était avant tout un choix, voire même un droit, de la même manière que certains le disaient concernant la maternité. Basile et Luc, ont également abordé la notion de normalité en matière de maternité :

" Devenir mère.. si c'est quelque chose qui n'est pas souhaité, je pense que c'est tout à fait le droit de cette personne. [...] Encore une fois, avoir un enfant n'est pas une nécessité. [...] Je pense qu'il faudrait redéfinir le normal "

" L'effet société, familial " Il faut absolument avoir un enfant ".. Alors que.. (signe non de la tête) "

La non-maternité a aussi été littéralement décrite comme anormale ou contre nature. Nicole et Géraldine l'exprimaient très clairement :

" Mais, si j'ai besoin de le verbaliser, quelque part, ça prouve bien que ça ne me paraît pas aussi naturel que quelqu'un qui va demander à devenir enceinte. "

" C'est vrai que je trouve que ne pas vouloir d'enfant c'est un choix qui est contre la plupart des dogmes naturels. [...] On a probablement pas envie de devenir acteur d'un choix qui nous paraît pas dans le cours des choses. "

Cette non-maternité a également été décrite comme étant apparentée à un problème d'ordre psychologique ou traumatique, motivée par des raisons plus profondes que celles avancées par les patientes concernées.

" A mon avis, c'est toujours le reflet de quelque chose qui est fondamentalement difficile chez cette femme . " Nicole

" Je pense que ces dames là, elles devraient en parler avec un professionnel pour essayer de mettre le doigt sur la raison qui les pousse à ne pas vouloir d'enfant. " Géraldine

Ce même professionnel pensait plutôt qu'il s'agissait de peurs telles que l'incompétence, la peur de l'avenir, les peurs liées à l'enfance ou bien les peurs irrationnelles :

" Je pense qu'il y a probablement des raisons plus profondes. [...] Moi je pense qu'au fond il y a de la peur. [...] Pour moi, c'est des excuses en fait. "

Une réponse de Nadine était également intéressante : lorsqu'il lui a été demandé de s'exprimer sur le refus de la maternité, elle n'a pas répondu à la question mais s'est exprimée sur la recherche du désir de grossesse lors des consultations de renouvellement de contraception.

À la première approche de la non-maternité, deux gynécologues ont d'emblée tenté d'y trouver différentes justifications en exposant en premier lieu une histoire familiale difficile rendant le rôle de parent impossible, la crainte de reproduire un vécu difficile, la peur de l'accouchement et des lésions vulvo-vaginales, la peur des responsabilités, la perte de libertés ainsi que les aspects économiques et écologiques.

Au fil de l'entretien, les enquêtés étaient invités à donner leur avis sur les différentes motivations du refus de la maternité. Les éléments de réponse apportés par nos répondants étaient souvent similaires et pouvaient être classés en quatre catégories relatives à la biographie personnelle, au rapport au corps, à la vie sociale et aux choix politiques. Les éléments relatifs à la biographie personnelle étaient les suivants : l'éducation reçue, le sentiment de ne pas être prêt, une enfance difficile, la peur de reproduire un schéma parental, ainsi que les différents traumatismes liés à

l'histoire personnelle. Concernant le rapport au corps, nous retrouvions la peur de la grossesse et de l'accouchement ainsi que leurs complications, la peur d'une malformation et le refus du corps. Les éléments relatifs à la vie sociale comprenaient l'absence de moment opportun, l'absence d'une situation stable, la peur du monde actuel, la peur de la charge mentale, la recherche d'une tranquillité d'esprit, la possibilité de voyager, la priorisation du couple et de la vie professionnelle. Enfin, concernant la catégorie relevant d'un choix politique, ont été cités l'envie d'être en rébellion, le maintien des libertés, et les aspects écologiques.

L'absence du besoin de maternité et l'épanouissement sans enfant ont été évoqués comme raisons suffisantes par trois répondants.

" Je pense que c'est important, comme dit, je t'avais dit avant, qu'il faut quand même avoir envie d'entrer dans la maternité donc y'en a qui ont jamais envie tout simplement ! " Héroïse

Enfin, l'avis de nos praticiens sur la question du choix définitif était assez unanime. À l'exception de Basile et de Luc, les autres professionnels s'accordaient à dire que, pour eux, le choix de ne pas vouloir d'enfant ne revêtait pas un caractère définitif et dépendait de plusieurs paramètres autres que l'envie interne et personnelle de non-maternité.

" Je pense que le caractère définitif n'est pas définitif. C'est pas parce qu'elles disent que c'est définitif que ça l'est ! " Bernard

" Peut être qu'elles font ce choix qui leur semble définitif mais je pense qu'avant un âge certain, il ne faut pas leur donner le moyen du définitif, parce qu'il n'y a rien de moins incertain. " Nicole

" Et donc quand elles me répondent " moi j'en veux pas ", je me méfie ! Parce que souvent " femme varie ". [...] Mais je pense effectivement que ce n'est pas toujours définitif " Nadine

III.5 Les désirs de non-maternité et de maternité conditionnés par une norme d'âge et un schéma familial hétéro-normé ?

La question de l'âge dans le choix de ne pas avoir d'enfant a été abordée de façon spontanée par quelques-uns de nos interrogés, surtout lorsqu'il s'agissait de s'exprimer sur le caractère définitif de ce choix. Ainsi, a été évoquée la nécessité d'une maturité à acquérir avant d'établir avec certitude ce choix. Le désir de non-maternité semblait understandable voire même compréhensible aux âges jeunes, généralement avant 30 ans, mais semblait également discutabile devant la notion de véritable choix de non-maternité. La confusion entre désir de non-maternité et absence d'envie d'enfant à un instant T était souvent relevée dans les discours. Le choix de non-maternité paraissait alors être subordonné à un délai de réflexion raisonnable. Certains ont également fait le parallèle avec les désirs tardifs de grossesse en expliquant par exemple que les personnes faisant le choix de ne pas avoir d'enfant se retrouvaient quelques années plus tard en parcours d'assistance médicale à la procréation (AMP) faute de prise de conscience en temps et en heure. Beaucoup de nos praticiens mettaient en avant leur devoir d'information sur la baisse de la fertilité à leur patientes et certains déploraient le fait de devoir prendre en charge des femmes avec un désir de maternité sur le tard, au delà de 40 ans.

" Après moi je me dit que ça viendra peut-être avec.. Mais je pense que ça viendra plus tard. Je pense qu'il y en a beaucoup qui vont peut-être changer d'avis. " Héroïse

" Il y a des tas de nanas qui se réveillent à 38 ans en voulant un gosse, alors vraiment, elles auraient pu en faire bien avant ! " Bernard

Pour Basile, la question de l'âge n'avait pas d'importance :

" Et finalement que ce soit [le choix de non-maternité] à 18 ou 38 ans, ça ne change pas grand chose. "

Les désirs de maternité et non-maternité ont parfois été associés au partenaire. Ainsi, pour Bernard, la présence d'un partenaire conditionnait nécessairement le désir d'enfant et sa concrétisation. Cette idée était nuancée pour Anna :

" Il faut faire un bébé parce qu'on en a envie, parce qu'on est avec l'homme qu'il faut, si possible quoi ! "

Cette dernière évoquait également le sentiment d'obligation de vivre la maternité, autrement dit la pression sociale et familiale :

" Y'a des femmes qui ont pas envie d'avoir d'enfant et il y en a qui retardent leur PMA tout ça parce qu'au fond elles en ont pas envie, tout ça parce qu'elles veulent faire plaisir à leur copain ou.. Voilà ! [...] Alors quand ils sont d'accord tous les deux en général ça pose pas de problème, le problème c'est quand il y en a un des deux qui est pas d'accord.. Après c'est difficile de maintenir le couple. "

L'appui du couple dans le choix de non-maternité était abordé par nos enquêtés. Ainsi, Luc s'interrogeait sur le poids d'un choix individuel versus choix de couple. Il constatait qu'il pouvait être plus rassurant, plus fiable pour certains praticiens d'avoir face à soi un couple en désir de non-maternité plutôt qu'une femme seule. Il évoquait aussi la facilité d'échange entre hommes sur ce sujet lorsque le partenaire venait en consultation avec la patiente.

Par ailleurs, le rapport entre désir de maternité et normes de sexualité interpellait Bernard. Pour lui, l'orientation de la sexualité interrogeait le désir de maternité :

" Il y a des patientes dont on pourrait dire qu'elles n'ont peut-être pas envie d'avoir un enfant, comme les filles qui sont entre filles. On pourrait se dire, là, elles ont choisi de ne pas avoir de même. Et bah curieusement, non ! "

Cette notion de sexualité hétéro-normée était également perceptible dans d'autres témoignages. Par exemple, lorsqu'il était question de définir des conditions préalables à la maternité, quelques praticiens énonçaient, entre autres, la présence d'un partenaire masculin.

À travers les discours de nos praticiens, le rôle du partenaire ainsi que la norme de l'âge, paraissaient donc être des notions importantes à prendre en compte dans les désirs de maternité et non-maternité.

III.6 Problématiques autour de l'atteinte définitive à la fertilité

Au cours des entretiens, la question de la stérilisation à visée contraceptive a été discutée de manière spontanée par tous nos enquêtés.

Premièrement, nous avons relevé un enjeu autour des notions de liberté et d'égalité des sexes au regard de la non-maternité. La liberté de disposer de son corps était par exemple différente selon le praticien. En effet, pour certains cette liberté signifiait de pouvoir laisser à la femme le choix de s'orienter vers une stérilisation à visée contraceptive si tel était le souhait de la patiente tandis que pour d'autres, la liberté de disposer de son corps sous-entendait de pouvoir choisir un moyen de contraception qui ne porte pas nécessairement atteinte au corps de la femme, et notamment la liberté de conserver un potentiel gestationnel en cas de changement d'avis.

" Le tout c'est, on fait ce qu'on veut mais, il faut garder la liberté de pouvoir changer d'avis. On a quand même le choix d'avoir des contraceptions efficaces et pas définitives. [...] Je veux qu'elles gardent le choix. Je veux qu'elles gardent leur liberté. La liberté de changer d'avis. C'est plus pour elles. Faut pas qu'elles pensent que je veuille absolument qu'elles fassent des enfants, mais j'ai envie qu'elles gardent le choix. Moi je fais gynéco pour aider les femmes, pas pour leur enlever leur liberté." Anna

Nos interrogés ont également fait le constat d'une inégalité d'accès à la stérilisation à visée contraceptive selon le sexe. Pour certains, la vasectomie leur semblait moins

traumatique et plus convenable que la ligature tubaire. Pour d'autres, peu importe la méthode choisie, il leur était difficile d'être en accord avec le choix d'une contraception définitive, surtout à des âges jeunes.

" Je dirais que les deux fassent la démarche. Y'a pas de raison, hein, si l'homme non plus ne veut pas d'enfant, pourquoi lui, il couperait pas ? C'est beaucoup moins traumatique, et ça marcherait très bien aussi, quoi. " Basile

" Ce qui est définitif c'est toujours un peu gênant quand même. Mais ça serait pareil pour un homme. Voilà, faire une vasectomie à un homme de 30 ans, moi ça me gêne un peu. Sauf que les hommes, eux, ils ont rien d'autre, à part le préservatif. Nous les femmes, on a quand même plein, plein d'options avant de le faire. " Anna

Plusieurs ont par ailleurs souligné que toutes les patientes en désir de non-maternité ne sont pas nécessairement en demande de ligature. Cependant, nous avons pu constater que les conditions d'accès à la ligature tubaire étaient dépendantes des praticiens. En dehors du contexte de non-maternité, la parité et l'âge de la patiente étaient deux conditions discutables pour nos enquêtés. Aussi, plusieurs gynécologues s'accordaient à dire que cette pratique était difficilement accessible pour une nullipare, d'autant plus avant 35 voire 38 ans. L'un d'eux évoquait également la réalisation préalable d'une consultation auprès d'un psychologue. Un seul avouait s'y opposer fermement.

" Je leur [femmes en désir de non-maternité] propose une contraception ! Mais.. plutôt pas définitive ! .. Enfin ça dépend de l'âge.. Généralement en dessous de 35 ans, pas une contraception définitive. [...] Mais quelqu'un qui n'a pas eu d'enfant avant 35 ans, en général non. On leur met un stérilet, on leur dit d'attendre. Ou alors vraiment après qu'elle ait tout essayé, qu'elle ait vu la psychologue et que tout soit nickel pour pouvoir le faire. " Anna

" Alors moi je leur dis toujours " Écoutez, je suis contre " " Bernard

Parmi les gynécologues interrogés, deux pratiquaient la chirurgie gynécologique au moment de l'interview. Ils déclaraient tous deux préférer orienter une patiente désireuse d'une ligature et en désir de non-maternité vers des méthodes contraceptives non définitives, la méthode la plus souvent évoquée étant le dispositif intra-utérin. Cependant, l'un d'eux exprimait une certaine tolérance en faveur de l'intervention dans le cas où il pouvait s'assurer de la certitude du désir de non-maternité. Cette certitude pouvait se démontrer par la répétition annuelle de la demande de la patiente pour une ligature tubaire et ce, pendant un certain nombre d'années.

" C'est vrai, comme je disais, que.. des fois, j'accepte des ligatures relativement tôt et pas forcément à ses 38, 40 ans comme on préfère (accentue) le faire .. [...] Je me dis que finalement quand vous revenez régulièrement et que au bout de 5 ans c'est toujours la même.. et que c'est clair, que ça n'a pas changé dans le discours.. il y a des choses qu'on peut peut-être .. " Luc

Devenir acteurs d'un choix qui ne leur paraissait pas, de leur point de vue de professionnel, être la meilleure solution était une problématique pour plusieurs d'entre eux.

" Il y en a qui sont particulièrement butées, il ne faut pas les contrarier ! Mais ça ne veut pas dire non plus qu'elles me feront faire ce que je ne veux pas faire ! " Bernard

Cette intervention sur le corps des femmes jugée invasive questionnait donc le rapport entre bénéfices et risques.

" Je trouve que c'est très cher payé, même dans son corps, pour une certitude ou une vérité qui est la sienne. " Nicole

Finalement, la fertilité des femmes était perçue par certains comme un potentiel, un pouvoir, qui méritait mûre réflexion avant de décider d'y porter atteinte.

" - Si je résume, tu veux donc leur laisser le potentiel qu'elles ont en elles ?

- Oui ! C'est pas comme si on en avait d'autres ! " Anna

La réticence de nos interrogés envers la stérilisation était perceptible. Une des raisons avancées était le regret des patientes. Cependant, quelques-uns avouaient que la proportion de regrets n'était pas si importante et qu'il s'agissait plutôt de la généralisation d'un exemple. Une autre raison était le poids de l'aspect juridique de l'intervention.

" Moi ce que j'en pense c'est que j'ai vu trop de femmes regretter 10 ans plus tard.. de ne pas avoir eu d'enfants.. Et encore une fois je pense que ces dames-là elles devraient en parler avec un professionnel.. pour essayer de mettre le doigt sur la raison qui les pousse à ne pas vouloir d'enfant.. justement pour ne pas regretter après ! Pour être confortées dans leur choix ou pas ! [...] Je suis ouverte à tout mais je pense qu'il ne faut pas regretter ! Et que pour pas regretter il faut faire un travail sur soi pour être sûre que c'est une décision choisie et pas une décision qui est étiquetée par une peur un peu.. irrationnelle ou.. ou.. ou.. un traumatisme ou voilà ! " Géraldine

" Alors est ce que c'est moi qui pense ça ou est-ce-que c'est parce qu'il y en a quelques-unes qu'on revoit parmi ce groupe de femmes qui a été ligaturé et qui ne voulait pas d'enfant et qui finalement à un moment change d'avis ? [...] Est-ce que je pense pour elle ? Ou pour eux ? Oui peut-être aussi, oui c'est possible." Luc

D'un point de vue pratique, Basile déclarait tout mettre en oeuvre pour orienter ses patientes vers un gynécologue capable d'accepter de pratiquer cette intervention. Nicole, elle, adressait volontiers ses patientes vers un autre professionnel afin de creuser la question du désir de non-maternité avant toute autre prise en charge. Tous

n'étaient pas d'accord sur la nécessité d'une consultation psychologique. Elle était le plus souvent étudiée au cas par cas.

Nous avons constaté que le sujet de la ligature tubaire chez la nullipare était un sujet sensible pour bon nombre de nos interrogés, et qu'il leur était difficile d'être en accord avec ce choix de contraception. Cependant, il était intéressant de souligner leur volonté de ne pas émettre leur avis personnel à leurs patientes. Beaucoup déclaraient être en mesure de tout entendre, et de respecter le choix de leurs patientes bien qu'ils n'étaient pas convaincus de l'efficacité du choix d'une ligature.

III.7 Les difficultés rencontrées et exprimées par les praticiens

Au cours des entretiens, plusieurs difficultés face à cette thématique ont été verbalisées par nos enquêtés. La première était celle de réussir à reconnaître un vrai désir de non-maternité. Nous avons pu remarquer que la non-maternité a pu être apparentée à une indécision, ou bien être la conséquence de l'absence d'un moment opportun pour accéder à la maternité. La capacité à déterminer un réel désir clair, assumé et définitif de non-maternité n'était pas acquise pour tous nos praticiens. Seule Géraldine semblait réussir à le faire.

" On arrive peut être pas forcément à les repérer ou à poser la bonne question quand il faut. " Luc

" De toute façon ça se voit vite entre celles qui ont pas envie d'en parler, la décision est ferme et définitive, on s'arrête là. Et celle qui dit " je sais pas trop.." Géraldine

Cette difficulté était accentuée par le potentiel défaut de communication de la part des patientes sur leur désir de non-maternité.

" Qui parlent spontanément qui n'en veulent pas ? C'est rare ! " Nadine

Luc, par exemple, nous expliquait qu'il supposait que certaines patientes n'osaient probablement pas parler de leur choix de ne pas vouloir d'enfant par crainte de ne pas être entendues.

Une autre difficulté concernait les praticiens ne pratiquant pas de chirurgie. Ces praticiens pouvaient se trouver en difficulté pour orienter une patiente désireuse d'une ligature tubaire par défaut de réseau de soin. Deux gynécologues nous disaient savoir que des listes de praticiens de ligatures chez les nullipares étaient disponibles via internet mais savaient également que cette pratique était beaucoup plus courante dans d'autres régions de France, notamment en région parisienne mais également dans d'autres pays comme les Pays-Bas.

" Alors c'est vrai que ça se fait dans certains pays, nous on est toujours gênés en France de le faire. " Luc

" Avant 30 ans, je leur dis " à mon avis, on vous la fera pas ". " Nadine

Les deux sages-femmes interrogées nous expliquaient être effectivement limitées dans leur prise en charge dans le cadre des demandes de ligature tubaire puisqu'il s'agit d'un acte qui ne fait pas partie de leurs compétences. Néanmoins, l'une disait à ses patientes de s'orienter vers un gynécologue pour obtenir des renseignements sur la procédure puis de revenir vers elle en cas de difficultés à trouver un chirurgien acceptant de la réaliser. L'autre déclarait d'emblée mobiliser toutes ses ressources pour tenter de trouver le praticien qui saurait répondre favorablement à la demande de la patiente.

Le manque d'investigation de la part de nos professionnels a aussi été souligné par deux gynécologues. Ils avouaient ne pas questionner suffisamment leurs patientes sur leur désir ou non de maternité et donc rencontrer parfois des difficultés à identifier les femmes en désir de non-maternité.

Aussi, certains ne se sentaient pas compétents pour accompagner de façon optimale ces patientes. Mais là aussi, la confusion entre désir de non-maternité et ambiguïté face à la maternité était présente.

" Il y a des choses dans lesquelles on peut accompagner les gens, d'autres où on ne peut pas et donc quand je ne sais plus, j'envoie ailleurs c'est-à-dire le psychiatre. " Nicole

Enfin, le manque de moyens de contraception mieux tolérés par les femmes a été souligné par Anna. Selon elle, développer d'autres moyens contraceptifs permettrait une meilleure prise en charge des femmes désireuses de ne pas avoir d'enfants, mais également toutes les femmes ayant besoin d'une contraception, même temporaire.

" Je pense qu'il faudrait trouver des contraceptifs mieux (insiste) que les hormones, c'est tout. Les effets secondaires, les stérilets.. c'est quand même un corps étranger ! Enfin si on avait un truc mieux (insiste), mieux toléré, plus facile à prendre .. Ou un truc chez les hommes hein ! C'est pas l'exclusivité des femmes de s'occuper de ça hein ! C'est sûr qu'il y a des progrès à faire. " Anna

IV. ANALYSE ET DISCUSSION

IV.1 Forces et limites de l'étude

L'étude que nous avons menée tient son originalité par l'exploration inédite d'un sujet émergent. En effet, à notre connaissance, aucune investigation concernant la non-maternité n'a été menée auprès de celles et ceux qui ont pour mission de prendre soin et d'accompagner les femmes tout au long de leur vie. Le sujet de la non-maternité, et plus largement de l'infécondité volontaire, a déjà fait l'objet de recherches sociologiques mais il s'agissait d'interroger les personnes se déclarant volontairement désireuses de ne pas avoir d'enfant.

Malgré son originalité et notre implication pour la mener à bien, notre étude comporte des limites que nous nous devons d'identifier avant d'analyser nos résultats.

Tout d'abord, il existe probablement un biais de sélection de notre population. En effet, bien que nous ayons choisi de randomiser les participants pour limiter ce biais, nous avons conscience que la volonté des répondants à participer peut être liée à leur sensibilité au sujet présenté. Dans notre cas, nous avons fait le choix de présenter initialement l'étude sous les thématiques "féminité et maternité" afin, d'une part, de conserver les réactions primaires lors de la découverte du sujet précis de la non-maternité mais également afin de faciliter le recrutement car ce sujet n'est pas encore totalement démocratisé. Ainsi, certains de nos participants s'attendaient peut-être à une discussion exclusivement centrée sur les notions de féminité et de maternité. En parallèle, deux de nos participants étaient connus de nous et il se peut que ces derniers aient répondu favorablement à la sollicitation sous cette influence. Cependant, d'autres professionnels contactés l'étaient également et n'ont pas donné suite, ce biais est donc potentiellement minime. Rappelons que sur les 28 demandes de participation, nous avons obtenu 1 refus, 1 exclusion, 17 sans suite et 9 réponses favorables dont 1 perdu de vue.

Ensuite, nous pouvons aussi relever un biais d'information lors du recueil des données lié à la façon dont nous avons mené les entretiens. En effet, bien que nous ayons essayé de garder une attitude neutre face à nos enquêtés, il est à noter que cet exercice était une première expérience et que nous avons pu influencer les réponses des interrogés par la formulation des questions, le choix des mots ou

encore les réactions verbales et non-verbales face aux réponses apportées. Nous pouvons également noter qu'il peut exister un biais relatif aux participants concernant une compréhension inadéquate des questions.

Enfin, il existe probablement aussi un biais de lecture propre à l'enquêtrice. Cette dernière étant déjà sensibilisée au sujet de la non-maternité de manière générale, mais également personnelle, il est possible que la lecture et l'analyse du contenu des entretiens puisse être subjectif. Les études qualitatives comme la nôtre peuvent ainsi être empreintes d'une mauvaise compréhension ou d'une exploitation insuffisante des réponses apportées par les enquêtés.

Cependant, nous pouvons aussi prendre en considération la redondance de certaines réponses et estimer que certains des biais énoncés ci-dessus ont une importance moindre.

Enfin, nous pouvons aussi dire un mot de la portabilité de cette étude. Pour rappel, cette enquête avait avant tout un objectif exploratoire. Le temps qui nous était imparti ne nous permettait pas de réaliser une étude à grande échelle mais les huit entretiens réalisés étaient suffisants pour obtenir une diversité correcte de données. Ainsi, nos résultats peuvent être considérés comme un premier aperçu des représentations des professionnels de la gynécologie à propos de la non-maternité.

IV.2 Interprétation et confrontation à la littérature actuelle

IV.2.1 L'infécondité volontaire, un sujet insuffisamment démocratisé

Plusieurs éléments de nos résultats convergent vers l'idée que l'infécondité volontaire chez les femmes est un impensé de la profession, ou en tous cas, ne semble pas avoir fait l'objet d'une réflexion préalable chez nos interrogés. Mais ce constat n'est pas étonnant.

Tout d'abord, il y a le faible nombre de patientes en désir de non-maternité accompagnées au cours de l'exercice. Cette donnée de représentativité rend compréhensible la difficulté des praticiens à pouvoir s'exprimer sur le sujet. Elle concorde notamment avec les statistiques de 2010, qui rappelons-le, annonçaient un

taux d'infécondité volontaire de 4,3% chez les femmes en France (6). Par ailleurs, les récentes investigations démographiques sur l'infécondité en Europe menées par l'équipe d'Eva Beaujouan nous montrent que la proportion de femmes sans enfant toutes raisons confondues, c'est-à-dire volontairement et involontairement, est en augmentation depuis la génération née dans les années 1960 (36). Ce qui veut dire paradoxalement, que les professionnels de la gynécologie sont censés rencontrer de plus en plus de patientes qui n'auront jamais d'enfants puisqu'il est communément attendu que toutes les femmes consulteront un praticien du domaine au cours de leur vie. Cette proportion de femmes sans enfant tend à se stabiliser et elle aurait une relation très étroite avec la difficulté de concilier vie familiale et vie professionnelle avec, en cause, les politiques familiales et les inégalités de genre (36). Cependant, l'exemple de la Suède, très connue pour son système plus égalitaire en matière de conciliation du travail et de la famille, nous montre aussi que des nuances existent et que les politiques ne peuvent pas endosser toute la responsabilité concernant le taux d'infécondité puisque c'est aussi dans ce pays que l'infécondité volontaire reste plus élevée qu'ailleurs (37).

Ainsi, pour expliquer le défaut de visibilité de l'infécondité volontaire dans le domaine de la gynécologie, nous pouvons avancer et contextualiser un premier argument de représentation numéraire.

D'autre part, rappelons que, même si l'infécondité, toutes raisons confondues, est en augmentation et concerne 15% des femmes en moyenne, l'infécondité volontaire féminine, elle, varie entre 3 et 5% et reste stable (1,6,7). Il n'est alors pas surprenant que les professionnels de santé puissent être en difficulté dans le repérage des femmes volontairement sans enfant. La confusion entre les différentes catégories d'infécondité a été soulignée par notre enquête et elle participe très probablement à l'incompréhension générale du sujet, mais nous éclaire également sur les motivations de la non-maternité énoncées par nos répondants, ainsi que leur avis sur la notion de choix définitif. En effet, nous verrons plus loin que les justifications de la non-maternité proposées par nos enquêtés reposent souvent sur des aspects négatifs, et donc que les professionnels ne pensent pas le choix d'infécondité comme une issue positive. De plus, penser que ce choix ne puisse pas être définitif suggère

que l'infécondité serait le résultat d'un concours de circonstances. Or l'infécondité volontaire que nous explorons est avant tout un choix de vie positif et n'est pas subi (38). Par ailleurs, nous pouvons supposer que le phénomène de l'avancement de l'âge de la première grossesse joue un rôle dans cette confusion et permet de comprendre le manque de discernement que cela engendre. Il faut ici rappeler que les grossesses, lorsqu'elles ont lieu, surviennent maintenant de plus en plus tardivement (39). Ce phénomène est lié à l'entrée tardive sur le marché du travail et à la précarisation de l'emploi pour les femmes, notamment par l'allongement de la durée des études supérieures. Les analyses montrent en effet que le taux d'infécondité est le plus élevé chez les femmes diplômées de l'enseignement supérieur, donc les plus instruites, et que cela participe à ce que Anne Gotman et Clotilde Lemarchant appellent l'effet " classe sociale " (37). Ce n'est évidemment pas le seul élément permettant d'expliquer les grossesses dites " tardives ", d'autres entrent également en ligne de compte comme les changements de mode de vie en couple, la volonté de se réaliser soi-même ou l'utilisation de contraceptifs efficaces. Ainsi, la confusion sur la réalité de ce qu'est l'infécondité volontaire, expliquant elle aussi le manque de visibilité du sujet, peut donc être expliquée ici par un ensemble d'éléments liés à la part qu'occupe le volontaire dans les différentes raisons d'infécondité globale, et notamment l'allongement des études supérieures chez les femmes.

Par ailleurs, nous avons constaté un parallèle interpellant avec l'assistance médicale à la procréation (AMP). Un participant avait effectivement spontanément évoqué un lien entre regret de maternité et parcours en AMP. Nous tenons ici un constat important : les professionnels du milieu gynécologique sont de plus en plus sollicités pour aider à la réalisation d'un désir de maternité. Aujourd'hui, environ 1 couple sur 8 consulte dans le cadre d'une difficulté à procréer (40). Nous comprenons donc qu'il existe là un biais relatif aux grossesses tardives et aux parcours AMP et qui impacte probablement le jugement porté sur l'infécondité volontaire en raison de sa faible représentativité. Aussi, lorsque la méconnaissance du sujet par les praticiens rencontre le silence des femmes à exprimer un désir de non-maternité, l'absence de visibilité sur ce sujet est alors entretenue et contribue probablement à des situations

d'incompréhension dans la relation de soin. En médecine, la maîtrise des différentes situations rencontrées est liée à l'expérience. Nous comprenons donc que la co-existence du faible nombre de patientes concernées, du potentiel défaut de déclaration de ce choix venant des patientes ainsi que de la confusion des différents profils d'infécondité ne permet pas, en l'état, d'acquérir une expérience suffisante pour les praticiens. Comment, dans ce contexte, peut-on réussir à se sentir pleinement compétent pour accompagner de façon optimale les patientes volontairement sans enfant ?

Par ailleurs, les diverses réactions non-verbales et para-verbales que nous avons repérées durant les entretiens montraient clairement des postures mal à l'aise et un climat de gêne envers ce sujet. Nous pourrions même parler, dans une certaine mesure, d'un sentiment d'insécurité qui se dégageait, témoignant l'inconfort de la plupart de nos répondants. Certaines réactions que nous avons associées à la lassitude, à l'agacement et à l'étonnement pourraient aussi être interprétées comme un désintérêt ou même comme une stratégie d'évitement, de fuite de l'entretien où, finalement, il leur était demandé de développer sur une thématique qu'ils ne maîtrisaient pas suffisamment. L'analyse des réactions non-verbales peut paraître subjective dans ce type de travail mais elle devient intéressante lorsqu'elle concorde avec le contenu verbal. Dans notre cas, l'inconfort perçu alimente et appuie, l'idée que l'infécondité volontaire serait un écart à la norme. Le glissement de discours entre non-maternité et maternité rejoint aussi l'idée que l'infécondité volontaire n'est peut-être pas considérée comme un sujet en soit. Charlotte Debest, qui a mené plusieurs travaux de recherche sur l'infécondité volontaire, avait d'ailleurs mis en évidence que la faible quantité d'études relatives à ce sujet reflétait qu'il s'agissait d'un impensé de la société au sein des différents comportements de fécondité et que la difficulté à nommer ou à parler d'un sujet conduisait à le marginaliser (7). Cela ressemble sensiblement à ce que nous avons pu observer dans les différents entretiens. D'autres hypothèses peuvent aussi expliquer l'inconfort que nous avons perçu. Il pourrait par exemple traduire le sentiment d'être en défaut dans la dynamique de l'entretien, face à un interlocuteur jeune, en formation, et potentiel futur confrère semblant plus au fait du sujet. Mais nous pourrions également

l'analyser sous un autre angle : toutes ces réactions pourraient être l'expression d'une mise à distance involontaire vis-à-vis du choix de non-parentalité qu'ils ne partagent pas. En effet, tous les praticiens que nous avons rencontrés ont été, ou sont, en désir d'enfant au moment de l'entretien. Il se pourrait que, malgré leur volonté bienveillante verbalisée de distinguer leur histoire personnelle de leur avis professionnel, leurs expressions soient venues trahir leurs ressentis personnels vis-à-vis de l'infécondité volontaire et par extension, de la maternité. Ces différentes interprétations seraient alors en accord avec les considérations populaires de la non-maternité puisque le modèle socialement admis encore aujourd'hui est celui d'avoir des enfants, en témoigne le taux de fécondité en France parmi les plus élevés d'Europe (1,39,41).

Enfin, notons également que parmi les professionnels de la gynécologie, certains, de part leur spécialisation, particulièrement les sages-femmes et les obstétriciens, sont plus confrontés à accompagner la maternité que son absence. Cette spécificité concourt probablement elle aussi à l'absence de visibilité sur une population déjà minoritaire.

IV.2.2 L'ancrage de la présomption de la maternité

Ce travail de recherche sur l'infécondité volontaire nous permet de mettre en évidence la place qu'occupe la maternité dans le milieu médical gynécologique.

Nous avons tout d'abord constaté à travers les différents entretiens et les motivations d'engagement des professionnels, que la maternité occupe une place centrale, ou du moins, qu'elle bénéficie d'une grande attention. Ce constat est d'autant plus marqué dans la profession de sage-femme où la maternité semble omniprésente dans la pratique. Il faut évidemment rappeler que cette profession avait pour objectif ciblé l'accompagnement des mères et des nouveau-nés jusqu'à il y a une dizaine d'années, avant d'acquérir la compétence du suivi gynécologique, ce qui expliquerait la place prépondérante de la maternité dans le métier de sage-femme encore aujourd'hui (35). Dans notre corpus, nos deux sages-femmes interrogées pratiquaient des consultations de gynécologie mais il est vrai que l'essentiel de leur patientèle était constituée de mères et de mères en devenir. La majeure partie de

leur exercice était donc tournée vers l'accompagnement des désirs de grossesse, ce qui pourrait expliquer la présomption de maternité dans le discours. Cependant, nous ne pouvons pas imputer ce constat à ce seul élément puisqu'il y avait des différences marquées entre les visions des deux sages-femmes : d'un côté la non-maternité était considérée comme un choix nécessairement transitoire alors que de l'autre, cette décision pouvait être légitimement définitive. Alors, quelles peuvent être les raisons de ces différences de point de vue si cela ne provient pas uniquement de l'histoire de la profession ? Il semblerait que le contexte personnel et familial ainsi que l'effet de genre interviennent à ce niveau. Nous avons effectivement constaté que sur l'ensemble des praticiens, gynécologues et sages-femmes confondus, la présomption de la maternité est plus marquée chez les praticiens de sexe féminin. Elle est également visible chez nos praticiens de sexe masculin mais dans une moindre mesure, excepté pour l'un d'entre eux, le plus âgé, qui avançait un discours particulièrement naturalisant. Comment expliquer le rôle du genre dans l'influence du discours de femmes vis à vis du choix d'autres femmes concernant l'infécondité volontaire ? Pourquoi semblent-elles plus attentives, plus sensibles, voire même revendicatrices face à la question de la fertilité ? Est-ce le parcours personnel qui teinte le discours ? Ou bien est-ce la conséquence de l'intériorisation par les femmes d'une norme " naturelle " ? Ces hypothèses suggèrent aussi un certain rapport de pouvoir dans la relation de soin entre deux individus de même sexe. Les femmes, les hommes aussi, mais particulièrement les femmes, semblent penser à la place des femmes en ce qui concerne la question de la maternité. Il y a probablement ici un des témoins de la forte intériorisation des normes sociales de genre par les femmes, qui concorde avec les travaux de Bozon (42). Par l'exemple des normes d'âge dans le couple, ce dernier montre en effet que les femmes enfreignent moins les normes de genre que les hommes car elles sont parfaitement conscientes des risques auxquels elles s'exposent, notamment la stigmatisation, et que les conséquences sont plus lourdes pour elles. La forte adhérence à la " norme naturelle " de la part de nos praticiennes pourrait ainsi s'expliquer ici par le poids du genre.

Ainsi, nous venons de constater ici que certaines motivations ayant guidé nos praticiens dans la voie de la gynécologie et leurs représentations du métier accordent à la maternité une importance conséquente.

Ensuite, même si cela semble involontaire, contraire à ce qu'ils aimeraient montrer, le discours, tout comme les actions de nos praticiens nous le verrons plus loin, montrent que la maternité est inestimable, précieuse, fragile et qu'il faut la préserver. Cela se voyait notamment à travers la fascination du processus reproductif, son association à un évènement de vie joyeux et optimiste, mais également à travers la difficulté de répondre favorablement à une demande d'atteinte à la fertilité, et pas seulement en cas d'infécondité volontaire. Nous pouvons mettre ces constats en lien avec les conclusions de Lucile Ruault dans son enquête auprès des gynécologues à propos de la construction féminine, mettant en évidence le fait que l'éducation au suivi gynécologique entraîne une intériorisation de l'identité féminine autour d'une réalité sexuelle et d'un potentiel procréatif, qui eux sont soumis à un encadrement médical (31). Elle précise en parallèle que les hommes au contraire n'y sont pas confrontés. Si nous poussons cette réflexion encore plus loin, cela pourrait alors expliquer pourquoi nous avons observé une forte attache à la maternité auprès des praticiennes de notre corpus. Étant elles-mêmes soumises à cette construction de l'identité féminine par leur propre suivi gynécologique, elles perpétueraient, de fait, les normes qu'elles ont intériorisées, ce qui expliquerait, conjointement avec les analyses de Bozon, pourquoi c'est moins le cas chez les hommes (42).

Ici ce sont donc les qualificatifs utilisés pour parler de la maternité qui mettent en évidence la place qu'elle occupe dans les représentations des professionnels.

Par ailleurs, la gynécologie paraît être un ensemble d'actes qui gravite autour du processus de procréation. C'est presque comme s'il s'agissait d'un métier dédié au suivi de la fertilité féminine. Nous le voyons également à travers les motivations des enquêtés et leur représentation du métier, associé pour plusieurs à la vie. Là aussi, ce constat rejoint celui de Ruault (31). L'auteur va ainsi montrer que la gynécologie médicale tient son existence sur la particularité dite "essentielle" des femmes, qui réside dans la possession d'organes et de fonctions spécifiques. Ses interrogés ont ainsi décrit cette potentialité de la femme comme une valeur ajoutée que la profession se doit d'entretenir. Elle analyse la gynécologie comme contributive de la sexuation de la vie féminine à travers l'anatomie et la sexualité à visée reproductive. Elle met en lumière la place importante qu'occupe l'appareil reproducteur de la

femme dans l'activité gynécologique et constate que l'aptitude à la procréation est centrale. La maternité apparaît donc être l'élément charnière du suivi. L'autrice révèle aussi l'existence d'un schéma type de parcours de soin, basé sur le pré-requis de l'hétérosexualité et qui s'articule autour de la maternité. Finalement, elle montre que la pratique de la gynécologie entraîne des normes qui encadrent le " naturel " et qui nourrissent l'idée d'un déterminisme biologique des femmes.

Cette notion de déterminisme biologique nous l'avons également rencontrée chez nos interrogés. Elle se manifestait notamment à travers l'utilisation du vocabulaire de la conception pour donner une définition de la femme mais aussi par la naturalisation du processus reproductif. La justification par le " naturel " ou le " biologique " du désir de maternité est ainsi apparue tout au long des entretiens. Là encore, ce constat était d'autant plus marqué chez les femmes. L'idée du déterminisme biologique et de la maternité dite " naturelle " font partie des arguments de l'école psychanalytique, dont l'objectif est de justifier le désir d'enfant par une réalité biologique soumise à des désirs conscients et inconscients qui seraient ancrés en chacun de nous (20–22,43). C'est ce que nous avons exposé en introduction avec notamment les apports de Bydlowski par ses travaux sur l'exploration psychique de la maternité et de la fertilité (20). C'est à travers l'idée d'un recours à un professionnel spécialisé de la psychologie pour aider les femmes à comprendre leur désir de non-maternité que nous comprenons qu'une introspection psychanalytique était à envisager de leur point de vue. Ainsi, la maternité serait donc principalement lue sous le prisme de la psychanalyse par nos soignants, ce qui est difficilement conciliable avec une approche sociologique si nous nous référons aux travaux de Tabet démontrant qu'il s'agit d'un construit social (19).

D'autre part, la théorie du déterminisme biologique se voit parfois appuyée, argumentée par la finalité de la sexualité animale qui ne serait que reproductive. C'était en effet un des arguments avancé dans un des entretiens. Or des biologistes, mais également des sociologues, remettent en cause cette finalité. Nous l'avons aussi évoqué en introduction avec Priscille Touraille qui considère la sexualité animale comme une recherche de plaisir plutôt qu'un mécanisme de perpétuation de l'espèce (17). Ce constat est partagé par Thierry Lodé, professeur d'écologie évolutive et spécialiste des sexualités animales. À travers ses recherches et

observations du monde animal, il répertorie plusieurs pratiques et comportements sexuels non reproductifs comme, entre autres, la masturbation, l'homosexualité ou la sexualité orale et met ainsi en évidence que ce n'est pas la finalité procréative qui guide les animaux vers la sexualité mais bien la recherche de plaisir (44,45). La fonction initiale de la sexualité serait donc le plaisir et c'est en ce sens que Touraille place, non pas le désir de procréer, mais bien le plaisir sexuel comme phénomène " naturel " (46). Le désir de procréation serait, selon elle, le résultat de la catégorisation inéluctable des individus par le genre, puisqu'elle les oblige à se définir selon une fonction spécifique de leur organisme, celle de la reproduction. La présomption de la maternité ne serait donc pas inscrite dans les gènes, mais se construirait à cause du processus d'identification à un appareil reproducteur. La nomination d'un individu dans la catégorie " femme " initie donc l'injonction à la maternité. Ainsi, le déterminisme biologique et les théories psychanalytiques peuvent être considérés comme des alliés promoteurs de la naturalisation du désir d'enfant, comme nous l'indiquent Debest et Hertzog (47). Ces deux concepts se voient déconstruits par la sociologie du genre. Nous pouvons citer ici le travail de Dominique Memmi et son analyse de la naturalisation du for intérieur féminin (48). Ses conclusions dénoncent une naturalisation " psycho-biologisante " du désir de procréation construite sur des hypothétiques fragilités psychiques féminines. Son constat est dans la continuité de la démonstration de Paola Tabet, initiatrice de la déconstruction du déterminisme biologique grâce à un ensemble d'illustrations à travers des sociétés variées (19). Son argumentaire s'appuie au départ sur un double constat : l'infertilité relative de l'espèce humaine comparativement aux autres espèces animales, ainsi que la dissociation entre pulsion sexuelle et mécanismes hormonaux de l'ovulation. Elle montre que les mécanismes de la biologie de la procréation humaine sont moins nombreux face à ceux promouvant une construction sociale, et qu'ils sont manipulés pour répondre aux intérêts d'une société.

Nos résultats montrent donc que les praticiens que nous avons interrogés ont plutôt intégré une vision naturalisante de la maternité, appuyée par des arguments psycho-biologiques correspondant à une approche psychanalytique et contraire à l'approche sociologique.

IV.2.3 L'infécondité volontaire : un choix hors-normes ?

Si la totalité de nos enquêtés s'est accordée à reconnaître l'infécondité volontaire comme un choix de vie, nous avons remarqué qu'il n'était pas évident pour eux de le considérer comme " normal ".

Dans un premier temps, les différentes considérations évoquées plus haut sur la norme de la maternité pouvaient laisser entendre que l'infécondité volontaire était, elle, un écart à cette norme. Cela coïncide avec la conception de la " norme procréative " décryptée par Bajos et Ferrand, ainsi que celle du " faire famille " de Debest et Mazuy, encore largement répandues à l'heure actuelle (6,24). De plus, la non-maternité a clairement été associée à un processus contre nature par deux praticiennes. Cet argument de la naturalisation de la procréation, nous l'avons déjà exploré mais ici, il ne s'agit plus de justifier la maternité par le naturel mais de transposer le même argument pour identifier l'infécondité volontaire comme anormale. Nous avons répertorié plusieurs éléments qui convergent vers cette hypothèse d'anormalité.

D'abord, nous pouvons discuter du lien entre non-maternité et trouble psychologique ou traumatique. Certains praticiens avaient effectivement d'une part, associé l'infécondité volontaire à un vécu difficile, et d'autre part soulevé le besoin de recourir à une psychanalyse pour comprendre d'où provient cette absence de désir d'enfant. Cette association suggère un dysfonctionnement de la psyché féminine et renvoie donc toujours à cette idée de maternité enfouie dans l'inconscient de tout humain, particulièrement celui des individus féminins (20). L'infécondité volontaire prend ici l'apparence d'un symptôme, élément visible du dysfonctionnement. Ce constat mène à penser que l'infécondité est conceptualisée comme la résultante d'une pathologie. Ce mode de raisonnement clinique hypothético-déductif n'est pas étonnant de la part de professionnels médicaux puisqu'il correspond à la méthodologie enseignée en médecine conventionnelle (49). Cependant, appliquer ce raisonnement clinique à un choix de vie, autrement dit, chercher une explication rationnelle à l'infécondité volontaire, c'est admettre être face à un problème, à quelque chose d'anormal. Cette approche psychique est retrouvée dans le travail mené par Racca et Mazoyer sur les enjeux psychiques du non désir d'enfant chez la nullipare exposant ce non désir

comme le symptôme d'un ensemble de difficultés psychiques telles que l'absence d'identification à une figure maternelle procréatrice, le refus de la passivité et l'absence de séparation avec la mère provoqué par un manque d'investissement libidinal avec le masculin (50). L'idée de traumatisme ou de trouble psychique apparaît ici en lien de causalité de l'infécondité volontaire, de la même manière que nous l'avons retrouvé dans certains entretiens. Cependant, notons que cette approche psychique est relativement contradictoire avec une démarche sociologique, dont l'objectif est de trouver des réponses à des phénomènes sociaux par l'étude des interactions humaines, des représentations sociales, ainsi que des structures et des normes qui les accompagnent.

Ensuite, le fait de vouloir trouver d'emblée une explication, une justification à la non-maternité comme première approche, et d'autant plus avec des arguments négatifs, alimente encore le sentiment d'anormalité. Dans leur réflexion sur les motivations concernant le choix de ne pas avoir d'enfant, nos praticiens y voient pour beaucoup une " peur de ", ou une " absence de ". Nous pouvons interpréter ces motifs comme des obstacles ou des freins à la maternité, potentiellement surmontables. À l'inverse, les motifs positifs, moins nombreux, peuvent être vus comme des promoteurs encourageant l'infécondité volontaire. L'idée de motifs positifs et motifs négatifs a été observée, rappelons-le, par Donati (5). Elle détermine trois catégories de profils d'infécondité : l'infécondité résultant d'un choix volontaire et positif, celle résultant d'un choix négatif et enfin l'infécondité résultant d'une absence de choix directement en lien avec les circonstances biographiques. Les choix positifs d'infécondité sont en lien avec une aspiration à l'autonomie, tandis que les choix négatifs sont, eux, construits sur des craintes affectives et relationnelles conséquentes à l'investissement dans le rôle de parent, comme la peur de reproduire des mécanismes vécus. C'est ce que nous avons pu observer parmi les réponses de nos répondants. L'absence de choix, elle, peut être conséquente à une problématique de construction d'un soi autonome rejoignant la théorie psychanalytique (20,51). C'est alors dans ce cas précis que le désir d'enfant peut évoluer, par une introspection permettant de comprendre ce défaut de construction identitaire. Enfin, l'absence de choix peut aussi conduire à l'infécondité lorsque les aléas de la vie ne convergent

pas vers un projet de maternité. Cela concerne donc ceux qui ne sont ni dans le désir, ni dans le refus d'avoir un enfant. C'est dans cette catégorie que surviennent notamment les problématiques de stabilité professionnelle et conjugale (5).

Ainsi, à travers les différentes raisons avancées par nos répondants, nous retrouvons parfois une confusion dans les différents profils d'infécondité. Il semblerait que certains professionnels aient analysé l'absence d'enfant plutôt comme une absence de choix, et non pas comme un choix volontaire et positif.

Par ailleurs, nous constatons que la littérature ne fait pas état des craintes concernant le rapport au corps comme l'ont mentionné nos praticiens. Les professionnels en gynécologie, connaissant les multiples désagréments et complications possibles de la grossesse et de l'accouchement, imaginent qu'il pourrait exister un lien entre ces raisons médicales et le désir de non-maternité. Cet aspect très représenté dans le discours de nos professionnels n'est donc pas retrouvé dans la littérature que nous avons parcourue, notamment dans les nombreux travaux de Debest (6,38). Nous y voyons là un biais directement lié à la population que nous avons interrogée. Les études sur l'infécondité volontaire font plutôt ressortir des valeurs d'épanouissement personnel et de liberté, reflétant un choix de vie positif (6). Rappelons en ce sens, que l'épanouissement sans enfant était une raison jugée suffisante par trois de nos praticiens.

Les raisons de l'infécondité volontaire, telles qu'elles sont soupçonnées par les professionnels, ne sont pas toujours celles avancées par les personnes revendiquant ce choix de vie, ce qui pourrait engendrer une incompréhension par des a priori négatifs erronés.

D'autre part, la normativité de l'infécondité volontaire transparait également à travers la question de l'âge. Pour les professionnels interrogés, ne pas vouloir d'enfant semblait être normal dans une certaine tranche d'âge, située avant 30 ans. Cela suppose donc qu'il existerait une période où l'infécondité est tolérée, voire même attendue, de la part des praticiens mais qu'elle est limitée dans le temps. Cela suggère également que cette période se suivrait d'une période de fécondité attendue, dont la limite temporelle acceptable se situe aux alentours de 40 ans. Il y aurait donc une période propice à la procréation pour les femmes. Cette norme d'âge

est finalement en adéquation avec le constat que l'infécondité volontaire se déclare peu fréquemment entre 25 et 35 ans, ces mêmes âges auxquels s'observent les taux de fécondité les plus élevés (6,52). Ce " bornage " de l'âge selon la fécondité a également été observé par Ruault (31). De ses observations, elle décrit un enchaînement de périodes qui sont en lien avec une logique attendue de procréation. Ainsi, de l'adolescence à 25 ans, là où la fertilité est la plus élevée, il convient de la contrer par la délivrance d'une contraception : c'est l'acquisition de la capacité à procréer. Puis, entre 25 et 40 ans, c'est la période centrale de la maternité. L'âge de 40 ans semble être celui de la limite acceptable pour engendrer, en regard des normes sociales. De 40 à 50 ans, survient une période transitoire laissant apparaître les prémices de la fin de la période procréative. Au delà, c'est la fin de la fertilité, correspondant à une période de deuil (31,53). Nous retrouvons donc des similitudes entre les limites énoncées dans cet article et celles de nos résultats. Même si cet article est relativement récent, nous pourrions expliquer la différence de la limite des 30 ans par la conjoncture du recul de l'âge de la première grossesse et de la survenue des grossesses tardives, que nos praticiens sont les premiers à observer (39,54). Nous supposons ici que l'âge est perçu comme une norme pour les praticiens et qu'elle est utilisée pour conditionner la prise en charge des patientes.

Par ailleurs, nous pouvons mettre en lien cette hypothèse d'une norme d'âge avec l'avis de nos participants sur le caractère définitif du choix de ne pas avoir d'enfant. Le fait de difficilement considérer ce choix comme durable rejoint l'idée de cette norme d'âge encadrant l'infécondité. La rencontre de ces deux paramètres alimente finalement l'hypothèse d'une maturité surbordonnée par le temps et permettant l'accès à la maternité. La notion de réflexion, de maturation du désir d'enfant est apparue dans le discours des professionnels. Elle laisse entendre que ce désir est susceptible d'évoluer avec le temps et qu'il s'apparente à un cheminement. Nous retrouvons en ce sens, la théorie psychanalytique (20). Nous pourrions y voir ici une représentation de l'infécondité volontaire telle une absence de maturation, une absence de cheminement. Pourtant, il semblerait que ce soit tout l'inverse : Debest, qui est allée à la rencontre des personnes affirmant un choix positif d'infécondité volontaire, note que la question de l'absence de procréation est mûrement réfléchie

et qu'elle est particulièrement étudiée sous l'angle des normes sociales qui régissent la " bonne parentalité " (7). Le choix de procréer ou non suggère dans les deux cas une réflexion, un cheminement, tant les tenants et les aboutissants sont nombreux et complexes (25). L'avis sur le caractère définitif ainsi que la notion de maturité, appuyée par la représentation psycho-biologique de la maternité de nos praticiens, alimente donc ici aussi l'anormalité du choix d'infécondité volontaire.

La normativité de ce choix s'observe également par la place du partenaire dans le discours des praticiens. Nous avons effectivement remarqué que le partenaire semblait être un élément important, orientant le projet d'enfant, ou son absence. L'idée selon laquelle le partenaire influencerait obligatoirement le désir de maternité des femmes avait été abordée par un répondant, le plus âgé de notre corpus. Pour les autres, la place du partenaire semblait plus relative. Cette idée interroge donc la place du couple dans l'infécondité volontaire. Mais nous constatons en même temps un paradoxe : d'un côté l'idée que le couple favorise le désir d'enfant, de l'autre, la fiabilité du choix de ne pas en avoir grâce à l'appui du couple. Ce qui suggère qu'à deux, il serait plus facilement attendu d'une femme de produire des enfants mais aussi plus facile pour elle de défendre son choix de ne pas vouloir en faire. Nous pouvons nous demander ici en quoi le partenaire permet-il de justifier un choix de non-maternité. Il n'est probablement pas seulement question d'appuyer un choix à deux mais aussi de le rendre légitime par le genre. Toutes ces considérations mériteraient d'être mises en lien avec, d'une part, leur corrolaire masculin, à savoir s'il est nécessaire pour un homme d'appuyer son désir de non-paternité par la présence de sa partenaire, mais également avec le choix de s'engager dans une monoparentalité. L'article de Debest et Mazuy aborde justement l'analyse du déterminant social " être en couple " dans l'infécondité volontaire (6). Leurs résultats montrent que les taux de déclaration d'infécondité volontaire sont plus faibles parmi les personnes en couple, comparativement aux personnes célibataires. Cependant, il apparaît également que la moitié des individus en situation d'infécondité volontaire sont dans une relation de couple. Il semblerait d'autre part que la situation conjugale des femmes ait peu d'impact sur les justifications de ce choix de ne pas avoir d'enfant. Le poids alloué par nos enquêtés au partenaire dans le choix d'avoir ou non

un enfant reflète finalement la norme du couple stable conditionnant le projet de parentalité (25).

De plus, nous faisons le constat que cette norme du couple s'accompagne souvent de la norme de l'hétérosexualité. Le partenaire est quasiment toujours pensé au masculin dans les discours. Nous pouvons tenter d'expliquer cette association par le fait que la non-maternité est dépendante du processus de fécondation qui, lui, requiert la mobilisation de deux gamètes, féminin et masculin. Il y aurait donc un raccourci entre le pré-requis de la reproduction et l'orientation sexuelle. Aussi, nous avons constaté à travers un des témoignages, que cette orientation sexuelle pouvait susciter des questionnements sur la pertinence du choix de non-maternité. En quoi l'orientation sexuelle pourrait-elle influencer la décision d'avoir un enfant ? Devons-nous interpréter ici que la relation homosexuelle suggère de renoncer à la maternité ? Une possible explication à cette association provient du mélange entre l'effet générationnel et l'effet de genre. De plus, l'ouverture très récente de l'AMP aux couples de femmes en France montre également que l'accès à la procréation était seulement pensée à travers un prisme hétéronormé (55). Cette problématique du désir d'enfant à travers l'homosexualité, nous nous proposons de la mettre en lien avec le travail de Tarnovski sur la construction sociale du désir d'enfant dans le contexte de l'homosexualité masculine (56). L'auteur fait le parallèle entre ce qui paraît problématique dans l'absence de désir de parentalité au sein du couple hétérosexuel et son existence au sein du couple homosexuel. Afin de comprendre la provenance de ce désir, il suggère d'observer le désir d'enfant avec un regard anthropologique et non pas naturaliste. La construction de ce désir chez l'individu homosexuel serait donc dépendante du contexte social et notamment de la visibilité de l'homoparentalité, suggérant cette parentalité possible et potentiellement accessible. Cette visibilité de l'homosexualité d'une part, et de l'homoparentalité d'autre part, est très récente, en témoigne la légalisation du mariage pour tous en 2013 (57,58). Ainsi, il n'est pas étonnant d'observer cet a priori de l'hétéronormativité du désir d'enfant chez les praticiens d'une génération précédant l'inclusion de l'homosexualité parmi les schémas conjugaux.

Enfin, pour conclure cet état des lieux des normes, il est intéressant de noter que la question de la pertinence de la normalité procréative ait été soulevée par deux praticiens masculins. Pourquoi cette remise en cause de la normalité procréative interpelle-t-elle ces deux personnes ? Dans la démonstration de Tabet, la domination masculine est envisagée pour expliquer la construction de la norme sociale procréative (19). Alors que nous aurions pu nous attendre ici à une mobilisation des praticiennes pour déconstruire cette norme, il n'en est rien, et plus encore, cette question touche uniquement des hommes. Nous retrouvons ici les conclusions de Bozon sur l'intégration des normes de genre (42). L'impossible remise en question de la norme procréative par nos interrogées prend donc sens avec ce postulat.

À travers ces multiples exemples, nous constatons donc que les représentations des praticiens sur l'infécondité volontaire sont construites sur des écarts de normes.

IV.2.4 Influence des représentations sur les pratiques

L'étude des discours de nos huit praticiens met en évidence des différences de pratiques concernant l'accompagnement des femmes qui ne désirent pas d'enfant. Il semblerait, à travers ces témoignages, que les pratiques soient impactées par les représentations de l'infécondité volontaire et qu'il n'existe aucun consensus dans le cadre d'un désir de non-maternité exprimé en consultation gynécologique.

Nous pouvons dans un premier temps discuter de la légitimité du questionnement systématique du désir d'enfant. Entre nécessité et indiscretion, ce questionnement divise les praticiens. En pratique, le désir de grossesse se voit souvent interrogé lorsqu'il s'agit de choisir ou d'adapter un moyen de contraception. Or, dans le cadre des consultations gynécologiques de suivi préventif, aborder la contraception fait partie de l'interrogatoire au même titre que les antécédents médicaux (59). Notons également que cette question du désir de grossesse était mise en lien avec la question de la fertilité et son étroite relation avec l'âge. Dans le cas où le questionnement était jugé nécessaire, ce désir était recherché à partir d'un certain âge, correspondant à la période de maternité attendue, comme nous l'avions exposé plus haut (31). Nous avons également remarqué que les praticiens qui avançaient

une représentation naturalisante de la maternité, étaient les mêmes qui jugeaient nécessaire ce questionnement du désir de grossesse. Au contraire, les deux praticiens pour qui ce questionnement était jugé intrusif et déplacé, avaient un regard sur la maternité moins porté sur le " psycho-biologique ". Alors, est-il vraiment nécessaire de rechercher un désir de grossesse en consultation ? Les moyens de contraception ne sont-ils pas facilement réversibles ? Une patiente qui désire une grossesse n'est-elle pas en mesure de solliciter d'elle-même son praticien pour rendre possible une fécondation (naturelle ou assistée) ?

À travers cette observation, nous comprenons ici que la représentation naturalisante de la maternité, par son lien avec les différentes normes associées, comme celle de l'âge, influence la nécessité du questionnement systématique du désir de grossesse.

D'autre part, nous avons repéré que pour certains praticiens, informer sur la baisse de la fertilité était considéré comme un devoir. Il semblerait ici cette nécessité d'information suggère un rappel de " l'horloge biologique " qui conditionne les patientes dans une réalité biologique. Debest et Mazuy évoquent en effet l'utilisation par l'entourage des femmes, d'une pression basée sur la baisse de la fertilité avec l'âge, dont l'objectif est de faire naître chez elles la crainte du regret et l'envie de procréer (6). Pouvons-nous, dans ce cas, soupçonner une certaine pression médicale dissimulée sous l'argument de la fertilité ? L'incitation à procréer par le corps médical serait en fait une des composantes de ce que Debest et Hertzog nomment " le contrat social procréatif ", contrat qui garantit l'accès, aux femmes, à des techniques médicales permettant de maîtriser leur fertilité, mais qui leur demande, en contre-partie, d'utiliser ces moyens pour produire des enfants au moment opportun (47). Ce contrat confère à la profession de gynécologue le statut de garant de la fertilité au service de l'État. Ne sommes-nous pas alors plutôt face à la répercussion sur les patientes d'une pression institutionnelle s'exerçant sur les gynécologues ?

Aussi, n'oublions pas que les praticiens sont actuellement plus souvent sollicités pour aider des femmes en difficulté à concrétiser un désir de grossesse, qui plus est tardif, que pour répondre à un désir d'infécondité volontaire. Il y a donc ce biais sélectif entre celles qui sont en demande d'aide à la procréation, consultant relativement plus

souvent, et celles qui ne désirent pas se reproduire et qui n'ont pas besoin d'impliquer autant leur professionnel de suivi gynécologique.

La pratique, par l'exemple du questionnement systématique de désir de maternité et celui du devoir d'information sur la baisse de la fertilité semble donc impactée par les représentations mais également par le " matériel ", comprenez ici la représentativité entre infertilité et infécondité volontaire parmi les patientes.

Dans un second temps, nous avons également entendu des points de vue différents sur la nécessité d'orienter vers un psychologue, ou un psychiatre, les patientes exprimant un souhait d'infécondité volontaire. Bien que faisant partie du guide d'entretien, cette question de l'orientation vers un autre professionnel adapté à explorer la psyché, a été évoquée de manière spontanée lorsqu'elle apparaissait comme nécessaire. A l'inverse, ceux qui d'emblée ne l'avaient pas mentionné, ont répondu par la négative à cette question, suggérant ainsi qu'elle n'avait pas lieu d'être. Cette orientation semble donc être à l'appréciation de chaque praticien, qui, en l'absence de consensus, décidera de la pertinence de cette consultation en fonction de sa représentation sur l'infécondité volontaire. Or, nous l'avons vu, nos interrogés ont principalement une vision " psycho-biologisante " de la maternité, ce qui explique ce recours à une consultation psychanalytique en cas d'absence de désir d'enfant.

Le dernier point de variabilité dans les pratiques de nos enquêtés concerne la problématique de la stérilisation à visée contraceptive. Il était intéressant premièrement de remarquer que ce sujet a été spontanément discuté par tous les praticiens. Il y avait donc une association forte entre infécondité volontaire et stérilisation contraceptive dans nos résultats. La présomption du désir de ligature chez les patientes était présente dans plusieurs récits mais pas tous. Paradoxalement, si plusieurs de nos interrogés avaient un avis sceptique sur le fait que l'infécondité volontaire puisse être un choix définitif, la plupart supposait que la demande des patientes en désir de non-maternité portait sur une atteinte définitive de la fertilité. Alors comment répondre à une demande de stérilisation à visée contraceptive lorsque l'infécondité volontaire n'est pas considérée comme un choix

définitif ? Nos praticiens étaient majoritairement non favorables à cette demande, et cela s'explique, une fois encore, par leur représentation de la maternité. Seuls deux ne s'y opposaient pas fermement, ceux dont la conception de la maternité était moins empreinte du " naturel ". La loi relative à la stérilisation à visée contraceptive indique qu'il appartient à chaque gynécologue d'accéder ou non à la demande de la patiente mais qu'il est en revanche nécessaire en cas de refus, de le signaler dès la première consultation et d'orienter la patiente vers un confrère qui accepterait de le faire (60,61). Les praticiens sont donc dans leur droit de refuser de pratiquer une ligature. Cependant, il est intéressant de se questionner sur les raisons qui motivent ce refus, car il semblerait qu'elles soient à l'origine de la difficulté d'accès à la stérilisation à visée contraceptive (62–64). Notons ici que la contraception définitive féminine concerne 4,3% des femmes âgées de 15 à 49 ans en France, tandis qu'elle est le moyen de contraception le plus utilisé dans le monde (30%), devant le dispositif intra-utérin (22%) et la pilule (14%) (65,66). Dans nos résultats, nous avons retrouvé plusieurs motifs entravant une demande de ligature : l'âge, la parité et l'anticipation d'un regret possible. Les limites d'âge et de parité énoncées étaient différentes d'un professionnel à un autre et semblaient arbitraires. Ces motifs de refus ont également été retrouvés dans l'étude canadienne de Masella et Marceau (62). L'âge et la parité y sont d'ailleurs les deux critères ayant le plus de poids dans la décision des médecins d'accéder ou non à la demande. Ainsi, la demande est plus souvent refusée chez les nullipares, chez les femmes jeunes et si la demande ne relève pas d'une raison médicale. Rappelons que la loi de 2001 ne mentionne pas de motifs d'âge, de parité ou de statut marital limitant l'accès à la ligature dès lors que la demande est faite par une personne majeure (60). En revanche, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a publié en 2006 un avis sur la stérilisation tubaire qui décrit les indications absolues légales, mais également des précautions pour lesquelles il est recommandé d'être particulièrement attentif et dans lesquelles figurent l'hésitation de la patiente, l'âge inférieur à 35 ans et le statut conjugal, mentionnés comme facteurs influençant le risque de regret (67). De plus, ce rapport suggère l'utilisation d'un score pour aider à la prise de décision en dehors de raison médicalement valable, basé sur l'âge de la femme, sa parité, l'âge de son dernier enfant, la présence de pathologies ou contre-indications relatives à la

grossesse, les difficultés de contraception et le nombre d'interruptions volontaires de grossesse. La pratique de nos interrogés est donc en accord avec les principes du CNGOF, bien que ceux-ci restreignent le cadre de la législation.

Aussi, comme dans nos entretiens, le débat sur la question du regret est présente dans la littérature. L'article de Masella et Marceau nous explique que le jeune âge et la nulliparité sont souvent retrouvés dans les profils exprimants des regrets (62). Ainsi, il paraît compréhensible que les médecins avancent l'argument du regret pour dissuader un choix de ligature. Cependant, le taux de regret après une stérilisation volontaire reste faible, de l'ordre de 6% (68,69). Un de nos répondants l'avait d'ailleurs souligné. Il y aurait donc généralisation d'un exemple pour justifier un refus de ligature. Cette donnée est à mettre en relation avec les représentations de la maternité et celles de l'infécondité volontaire. En effet, considérer l'infécondité volontaire comme un choix non définitif, conditionné par la maturité liée à l'âge et dépendant du statut conjugal, donne une importance aux regrets, de même que le caractère précieux de la fertilité et de la maternité. Nous pouvons ici reprendre les travaux de Donati qui mentionnent que les regrets ne sont pas présents dans les choix positifs et négatifs de l'infécondité (5). Ils apparaissent en réalité seulement chez ceux qui n'ont ni choisi ni refusé la maternité. La confusion des profils d'infécondité peut donc aussi expliquer en partie l'argument des regrets avancé par nos praticiens.

D'autre part, nous avons repéré différentes interprétations de la notion de liberté de disposer de son corps. Ainsi, pour certains, disposer de son corps signifiait avoir le droit de choisir de renoncer définitivement à la procréation, tandis que pour d'autres, il s'agissait d'avoir le choix de ne pas porter atteinte à son corps pour empêcher une conception. La première représentation ne semblait pas influencer la pratique vers une meilleure acceptation du choix de ligature puisque l'opposition à la demande était quand même présente. La deuxième représentation, qui influence directement le refus de pratiquer une stérilisation, est à mettre en lien avec l'image non définitive de l'infécondité volontaire et avec la présomption de la maternité. Finalement, il semblerait qu'en dépit du principe de liberté, la pratique soit guidée par une morale médicale. Cette morale, basée sur ce que le praticien pense être le plus adapté pour sa patiente et qui, dans l'exemple de la stérilisation à visée contraceptive, s'oppose à

la volonté de la patiente, pourrait traduire une certaine forme de paternalisme médical. Plusieurs auteurs évoquent cette idée dans la littérature (62–64). Nous supposons que la stérilisation, par son caractère irréversible, était souvent jugée inappropriée et trop lourde de conséquences par les praticiens, parce qu'elle porte atteinte à une image idéalisée de la maternité. Il se pourrait aussi que l'infécondité volontaire, étant déjà en rupture avec les normes attendues de la maternité, heurte un peu plus les représentations lorsqu'elle se voit appuyée par une volonté de renoncer définitivement et physiquement à la fertilité. Accepter l'émancipation du devoir productif obligerait finalement les professionnels à penser l'infécondité volontaire comme un choix positif, alors que ce n'est majoritairement pas le cas.

L'accompagnement de la demande de stérilisation est donc également un exemple de l'impact des représentations sur la pratique, comme le questionnement systématique de désir de grossesse, le devoir d'information sur la fertilité et le recours à un tiers psychologue.

IV.3 Conclusions relatives aux objectifs et validation des hypothèses

Rappelons que ce travail de recherche avait pour objectif d'explorer les différentes représentations des professionnels de la gynécologie sur l'infécondité volontaire féminine et de déterminer leur influence dans la pratique des soignants.

Nous avons alors émis deux hypothèses : premièrement, que la représentation de la femme est fortement attachée à l'image de la maternité dans le monde professionnel de la gynécologie et, deuxièmement, que la représentation de la maternité impacte celle de l'infécondité volontaire et la pratique de soin.

Grâce à l'analyse d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de huit praticiens, nous avons tout d'abord déterminé que l'infécondité volontaire est un sujet insuffisamment démocratisé au sein du milieu gynécologique et qu'il est sujet à confusion. Nous avons également montré que la maternité occupe une place prépondérante dans les professions de gynécologie et qu'elle est pensée selon une approche psychanalytique basée sur des arguments psycho-biologiques. Ce résultat nous permet de confirmer notre première hypothèse. Nous avons aussi repéré que l'approche psychanalytique procure à l'infécondité volontaire un caractère déviant, la

plaçant à l'écart de plusieurs normes sociales. Enfin, nous avons constaté à travers quelques exemples, que les pratiques de soin sont conditionnées par les représentations de l'infécondité volontaire, ce qui conforte notre deuxième hypothèse.

IV.4 Perspectives

Une fois exposés ces aspects relatifs à l'infécondité volontaire dans le milieu gynécologique, nous pourrions imaginer trois axes de réflexion afin d'aider les praticiens dans les difficultés dont ils nous ont fait part.

Dans un premier temps, il serait intéressant de favoriser la sensibilisation au sujet dans le domaine de la gynécologie afin de permettre aux professionnels de distinguer les différentes catégories d'infécondité et ainsi être en mesure de reconnaître une femme en infécondité volontaire. Nous avons effectivement constaté qu'une méconnaissance du sujet conduisait à une confusion des différents profils d'infécondité.

Deuxièmement, nous pourrions envisager la mise en place d'une réflexion collective et pluridisciplinaire afin de protocoliser une prise en charge adéquate et respectueuse du désir des femmes, tout en sécurisant les professionnels impliqués. La variabilité inter-praticien dans l'accompagnement des femmes volontairement sans enfant, et notamment à travers l'exemple de la demande de stérilisation à visée contraceptive, nous amène à suggérer une concertation, une discussion inter-professionnelle sur ce sujet. La Clinique Jules Verne de Nantes a par exemple mis en place une consultation d'éthique pluridisciplinaire préalable à l'acceptation, ou au refus, d'une demande de contraception définitive chez les femmes de moins de 35 ans (70).

Le questionnement systématique du désir de grossesse, le rappel de l'horloge biologique, l'interrogatoire sur les motivations de ce choix ainsi que la nécessité d'un recours à un professionnel de la psychologie sont autant de points à éclaircir de façon collective afin de statuer sur leur intérêt, leur pertinence et leur légitimité dans le parcours de soin des femmes en désir de non-maternité.

Enfin, le développement de nouveaux moyens de contraception féminins et masculins doit continuer d'être encouragé. L'hétérosexualité active chez la femme

volontairement inféconde nécessite une méthode contraceptive fiable, durable et la moins contraignante possible. Rappelons que cette nécessité de contraception ramène toujours la maternité au centre de l'attention. Il est indispensable de pouvoir alléger les femmes de la charge mentale de la contraception d'une part et d'autre part, de les libérer des effets indésirables provoqués par les contraceptifs actuels.

V. CONCLUSION

L'infécondité volontaire est un choix de vie positif partagé par 4,3% des femmes en France. Ce choix de ne pas avoir d'enfant questionne nécessairement la façon dont une société pense la maternité. L'argument biologique de la reproduction, ainsi que celui du désir inconscient universel de maternité demeurent dans les discours psycho-biologisants véhiculés par le courant psychanalytique et procurent à la maternité un caractère naturel et presque obligatoire. Cependant, cette image de la maternité est contradictoire avec l'approche sociologique qui la décrit comme un construit social. L'absence de désir d'enfant, de surcroît chez les femmes, est donc en conflit avec les normes sociales qui leur incombent. La gynécologie étant la spécialité médicale consacrée à l'organisme féminin et prenant en charge toutes les femmes, quelque soit leur désir vis à vis de la procréation, il semblait intéressant d'aller explorer les représentations de l'infécondité volontaire dans ce milieu et d'essayer de comprendre en quoi ces représentations peuvent influencer la pratique des professionnels.

À travers l'analyse des discours de huit praticiens, nous avons tout d'abord mis en évidence que l'infécondité volontaire semble être un impensé au sein du milieu gynécologique, notamment parce qu'elle suscite un inconfort et qu'elle est sujette à des confusions dans les différents profils d'infécondité, avec en cause le défaut de visibilité de cette population de femmes.

Par la suite, nous avons souligné la place prépondérante de la maternité dans les représentations des gynécologues et des sages-femmes. La maternité vient teinter l'image de la femme et celle du métier exercé. Elle est souvent associée à une norme naturelle qui s'apparente à une idée de déterminisme biologique. Cette présomption est beaucoup plus marquée chez les praticiennes que chez les praticiens et pourrait être la résultante d'une forte intériorisation des normes de genre par les professionnelles. La maternité est principalement vue selon un prisme naturalisant s'appuyant sur des arguments psychiques et biologiques de la pensée psychanalytique.

Nous avons également constaté que cette représentation naturalisante de la maternité confère à l'infécondité volontaire un caractère déviant, en la plaçant à l'écart d'un certain nombre de normes. L'infécondité volontaire apparaît souvent contraire à la norme procréative. Elle est parfois associée à des traumatismes ou des

troubles psychologiques ce qui lui donne l'aspect d'un dysfonctionnement pathologique. L'analyse des motifs d'infécondité volontaire semble montrer qu'elle est le plus souvent imaginée comme une absence de choix ou un choix négatif par " crainte de " plutôt que comme un choix volontaire et positif. Le rapport au corps et les craintes des conséquences physiques d'une grossesse et d'un accouchement semblent être des raisons expliquant un choix d'infécondité volontaire pour les praticiens. L'infécondité volontaire est tolérée de façon transitoire mais pas définitive, ce qui suggère une norme d'âge et un bornage de la fécondité attendue. Elle semble également conditionnée par la présence d'un partenaire, de surcroît masculin, qui rend légitime et plus acceptable le choix de ne pas avoir d'enfant. L'infécondité volontaire bouscule donc les normes du couple stable et de l'hétérosexualité. La remise en cause des normes était seulement retrouvée chez des professionnels masculins, illustrant une nouvelle fois le poids du genre dans l'intériorisation des normes sociales.

Enfin, à travers l'analyse de quatre pratiques, nous avons pu mettre en évidence que les représentations de la maternité et de l'infécondité volontaire sont cohérentes avec les pratiques des professionnels et qu'elles semblent les conditionner.

Même si nos observations et nos analyses ne peuvent pas être généralisées, l'ensemble de ces constats nous amène toutefois à proposer des pistes de réflexion pour contribuer à une meilleure approche de ce sujet et à limiter les situations d'incompréhension dans la relation de soin. Il serait intéressant d'une part, de sensibiliser les professionnels de la gynécologie à ce sujet afin de leur permettre de distinguer les différentes catégories d'infécondité et d'être en mesure de reconnaître une femme en infécondité volontaire. D'autre part, il serait pertinent de construire une réflexion collective et pluridisciplinaire afin de protocoliser une prise en charge adéquate et respectueuse du désir des femmes en infécondité volontaire, tout en sécurisant les professionnels impliqués, en suivant l'exemple de la Clinique Jules Verne de Nantes. Enfin, il faudrait continuer d'encourager le développement de nouveaux moyens de contraception efficaces et peu contraignants pour alléger la charge mentale contraceptive des femmes volontairement infécondes et leur permettre de s'affranchir d'un modèle de fertilité non consentie.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Masson L. Avez-vous eu des enfants ? Si oui, combien ? INSEE; 2013. (France, portrait social).
2. Infécondité [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ined.fr>
3. Debest C. Le choix d'une vie sans enfant à travers le prisme des normes parentales et conjugales : étude de cas en France. *Nouvelles pratiques sociales*. 2012;25(1):28-43.
4. Définition de stérilité [Internet]. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr>
5. Donati P. L'absence d'enfants [Un choix plus ou moins délibéré dans le parcours d'hommes et de femmes]. *Revue des politiques sociales et familiales*. 2000;62(1):43-56.
6. Debest, Mazuy. Rester sans enfant : un choix de vie à contre-courant. *INED - Population et Sociétés*. 2014;(508).
7. Debest C. Quand les « sans enfant volontaires » questionnent les rôles parentaux contemporains. *Annales de démographie historique*. 2013;125(1):119-39.
8. Debest C. Le choix d'une vie sans enfant au cœur de la construction du couple. 2012.
9. Braun F. Matriarcat, maternité et pouvoir des femmes. *Anthropologie et Sociétés*. 1987;11(1):45-55.
10. Constant P. Une femme est une femme. *Revue des deux mondes*. 1991;164-70.
11. Dumont G-F. La place de la femme dans l'identité européenne révélée par la démographie. *HAL Archives ouvertes*. 2013;63-76.
12. Cardi C, Quagliariello C. *Corps maternel*. La Découverte; 2016.
13. Pickmann C-N. Actualité d'un symptôme féminin : la stérilité psychique. *La clinique lacanienne*. 2001;5(1):109-23.
14. Gatti TD, Naziri D. Le renoncement au désir de maternité comme issue possible d'une conflictualité intrapsychique. *Dialogue*. 2014;204(2):11-24.
15. Lapierre S, Damant D. *Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux*. Presses de l'Université du Québec; 2012. 280 p.
16. Tahon M-B. La mère sans ombre? *Recherches féministes*. 1990;3(1):97-109.

17. Touraille P. Mâle / Femelle. In: Encyclopédie critique du genre. Paris: La Découverte; 2016. p. 369-79. (Hors collection Sciences Humaines).
18. Bydlowski M. Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité. Odile Jacob; 2000.
19. Tabet P. Fécondité naturelle, reproduction forcée. In: L'arraisonnement des femmes: Essais en anthropologie des sexes. Editions de l'EHESS. Paris; 1985. p. 61-146. (Cahiers de l'homme).
20. Bydlowski M. Les enfants du désir. Odile Jacob; 2008. 212 p.
21. Jaquet E. Devenir mère pour la première fois après quarante ans. Génèse du désir d'enfant dans les maternité tardives. L'Autre. 2010;11(1):94-6.
22. Petit L. Désir d'enfant. Spirale. 2004;32(4):19-26.
23. Arènes J. Désir d'enfant et création de l'avenir. Etudes. 2013;419(10):327-36.
24. Bajos N, Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. Societes contemporaines. 2006;61(1):91-117.
25. Régnier-Loilier A, Solaz A. La décision d'avoir un enfant : une liberté sous contraintes. Revue des politiques sociales et familiales. 2010;100(1):61-77.
26. Blöss T, Frickey A. La femme dans la société française. Presses universitaires de France. 2001. 128 p. (Que sais-je?).
27. Femmes et hommes, l'égalité en question. INSEE; 2017 p. 98-101.
28. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances.
29. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
30. Martin C. Enjeux des politiques de la famille en France. Revue Projet. 2011;322(3):45-51.
31. Ruault L. La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine. Nouvelles Questions Feministes. 2015;34(1):35-50.
32. Définition de gynécologie [Internet]. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. [cité 17 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr>
33. De Tourris H, Magnin G, Pierre F. Gynécologie et obstétrique - Manuel illustré. Paris: Masson; 2000. 443 p.
34. Vuille M. Gynécologie. In: Encyclopédie critique du genre. La Découverte; 2016. p. 283-92. (Hors collection Sciences Humaines).

35. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 86.
36. Beaujouan E, Sobotka T, Brzozowska Z, Zeman K. La proportion de femmes sans enfant a-t-elle atteint un pic en Europe ? Ined - Institut national d'études démographiques. 2017;(540).
37. Gotman A, Lemarchant C. Sans enfant. Travail, genre et sociétés. 2017;37(1):33-6.
38. Debest C. Le choix d'une vie sans enfant. Presses universitaires de Rennes; 2014.
39. Toulemon L, Mazuy M. Les naissances sont retardées mais la fécondité est stable. Population. 2001;56(4):611-44.
40. Infertilité [Internet]. Inserm. [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr>
41. La fécondité est stable depuis 40 ans en France – [Internet]. Centre d'observation de la société. [cité 28 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.observationsociete.fr>
42. Bozon M. Les femmes et l'écart d'âge entre conjoints: une domination consentie. Repères. 2006;123-70.
43. Abdel-Baki A, Poulin M-J. Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. Psychothérapies. 2004;24(1):3-9.
44. Lodé T, Le Jacques D. Histoire naturelle du plaisir amoureux. Paris: Odile Jacob; 2021.
45. Lodé T. Tous les sexes sont dans la nature. 2022.
46. Touraille P. Du désir de procréer: des cultures plus naturalistes que la Nature ? Nouvelles Questions Féministes. 2011;30(1):52-62.
47. Debest C, Hertzog I-L. Désir d'enfant - devoir d'enfant. Recherches sociologiques et anthropologiques. 2017;(48-2):29-51.
48. Memmi D. Une discrète naturalisation de la maternité: le for intérieur féminin face aux aléas de la reproduction. Sociologie. 2016;7(4):413-22.
49. Nendaz M, Charlin B, Leblanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. Pédagogie Médicale. 2005;6(4):235-54.
50. Racca E, Mazoyer A-V. Enjeux psychiques d'un non désir d'enfant chez une femme nullipare. Filigrane : écoutes psychanalytiques. 2017;26(1):99-109.

51. Serre G, Plard V, Riand R, Moro MR. Refus d'enfant : une autre voie du désir ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2008;56(1):9-14.
52. Fécondité selon le groupe d'âges de la mère [Internet]. INSEE. [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr>
53. Delanoë D. L'ère de la médicalisation - Ecce homo sanitas. Paris: Anthropos; 1998. 251 p.
54. Beaujouan É, Sobotka T. Les maternités tardives : de plus en plus fréquentes dans les pays développés. *Population et sociétés*. 2019;562(1):1-4.
55. Loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique.
56. Tarnovski FL. Devenir père homosexuel en France : la construction sociale du désir d'enfant. *Etnográfica*. 2012;(vol. 16 (2)):247-67.
57. Loi n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe.
58. Lerch A. Visibilité croissante, dignité contestée : quelques étapes dans la reconnaissance sociale de l'homosexualité en France. *Cahiers de l'action*. 2013;40(3):13-9.
59. Directive qualité - Contenu minimum obligatoire d'un dossier de consultation en gynécologie. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français; 2010.
60. Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.
61. Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
62. Masella M-A, Marceau E. La stérilisation volontaire chez les femmes sans enfant de moins 30 ans : dilemme éthique et déontologique. *Revue canadienne de bioéthique*. 2020;3(1):58-69.
63. Sabbah F, Bonanni N, Foutre N von. « En êtes-vous bien sûre ? ». *Z : Revue itinérante de enquête et de critique sociale*. 2016;10(1):168-73.
64. Briex M. La stérilisation. *Spirale*. 2013;68(4):178-82.
65. La contraception dans le monde [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2011 [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ined.fr>
66. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ined.fr>

67. Lopes P. La stérilisation tubaire Indications, techniques, résultats et conséquences. In Paris: CNGOF; 2006. p. 135-46.
68. Raimond E, Graesslin O. La stérilisation tubaire. Genesis. 2016;(188).
69. 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. 2014;43(5):387-92.
70. Branger B, Dabouis G, Berthiau D, Durand G, Barre M, David P. Démarche éthique dans les demandes de contraception définitive de femmes majeures de moins de 35 ans sans handicaps et sans problèmes médicaux majeurs. In HAL Archives ouvertes; 2020.

ANNEXE I

Guide d'entretien

Présentation du sujet d'étude

Thème 1 : Rapport à la profession

Quelles étaient les motivations à vous engager/diriger dans cette profession ? Pourquoi ce métier centré sur les femmes ? Était-ce votre premier « choix » ?

Thème 2 : Représentation de la féminité/des femmes

Quels sont les 3 premiers mots qui viennent à l'esprit quand on pense au mot Femme ?

Comment définiriez vous les femmes ? (*Synonymes ?*) Quelle est votre définition de la femme ?

Que pensez vous du rôle des femmes dans la société ? Comment le décririez vous ?

Que pouvez-vous me dire à propos de la féminité ?

Thème 3 : Représentation de la maternité

Comment qualifiez- vous la maternité ? / Qu'est ce que la maternité ? Qu'apporte-t-elle ? Y a-t-il une différence entre maternité et être mère ?

Que pouvez vous me dire à propos de la nécessité d'accéder à la maternité Pouvez-vous expliquer le caractère nécessaire de la maternité ? (santé physique, psychique)

Peut-on parler de conditions nécessaires ou importantes pour devenir mère (santé, âge, mode de vie, vie conjugale et professionnelle) ?

Que peut-on dire à propos de nos attentes à propos des femmes sur leurs éventuels projets de maternité ? Projette-t-on des perspectives aux couples ?

Thème 4 : Non-maternité, représentation et pratiques

Que vous évoque le refus de maternité ou le non désir d'enfant ? Quelles sont à votre avis les motivations de ce choix de vie ? Que peut-on dire sur le caractère définitif de la décision de ne pas vouloir d'enfant ? Le rapport avec l'age ?

Au cours de votre carrière, avez vous déjà été confronté à des patientes en refus de maternité ? Comment les femmes osent-elles vous l'exprimer (seule ? En couple ?) ? Dans quel cadre en parlent-elles ? (consult contraception ? IVG ?) A quel moment de leur vie ? (age jeune ou avancé ?)

Pourriez vous expliquer pourquoi il y a une difficulté à accepter que ce choix puisse être définitif ?

Quelle prise en charge / accompagnement proposez vous pour ces femmes ? Quelles informations ? Une CAT ? Une orientation ?

Quel moyens de contraception pour ces femmes ? Explorer la place de la contraception définitive
Sur quels critères refuse-t-on une ligature à une femme qui la demande ? Quels sont les risques pour le praticien ?

A votre avis, la proportion de regret est elle importante ?

Doit-on changer nos pratiques à propos de cette thématique ? Quelle serait la meilleure posture à adopter face à un désir de non-maternité ? Quelles améliorations peut-on suggérer ?

Des éléments à ajouter ? Un autre point de vue à partager ?

Données du sujet participant

profession, age, sexe/genre, année de diplôme et temps d'exercice, parcours professionnel
statut de couple et des enfants, milieu social, origines culturelles, religion, femme en désir de non-maternité dans l'entourage ?

ANNEXE II

Prénom *	Sexe	Âge	Profession	Année diplôme
Héloïse	F	29	sage-femme	2015
Bernard	M	65	gynécologue	1980
Nicole	F	65	gynécologue	1982
Géraldine	F	38	gynécologue	2011
Nadine	F	62	gynécologue	1987
Luc	M	55	gynécologue	1998
Basile	M	30	sage-femme	2015
Anna	F	42	gynécologue	2009

* Tous les prénoms indiqués sont fictifs

RÉSUMÉ :

Introduction : L'infécondité volontaire féminine est un choix de vie qui interroge la façon dont une société pense la maternité. Ce choix est encore trop souvent perçu comme un concours de circonstances et bouscule les normes sociales de genre. La gynécologie, spécialisée dans la connaissance de l'organisme féminin, prend en charge toutes les femmes quelque soit leur désir de maternité. Il était donc intéressant d'explorer les représentations des professionnels de santé des femmes sur l'infécondité volontaire féminine et d'essayer de comprendre l'influence de ces représentations sur la pratique des soignants.

Méthode : Afin de répondre à ce questionnement, nous avons mené une étude non interventionnelle qualitative descriptive par le biais d'entretiens semi-directifs auprès des gynécologues et des sages-femmes exerçant dans une métropole du Grand Est au cours de l'année 2021.

Résultats : Notre enquête révèle que l'infécondité volontaire est un sujet qui ne semble pas être familier des professionnels de santé des femmes. La maternité occupe une place prépondérante dans les discours et semble être associée à une norme naturelle. L'infécondité volontaire est envisagée comme un choix transitoire et à l'écart des normes de la maternité. Diverses pratiques semblent être directement impactées par les représentations de l'infécondité volontaire et de la maternité, notamment l'accompagnement des demandes de contraception définitive.

Conclusion : L'infécondité volontaire semble être majoritairement considérée comme un écart à la norme du déterminisme biologique et psychique de la maternité par les professionnels de la gynécologie. Le poids du genre semble intervenir dans l'intériorisation de ces normes auprès des praticiennes.

Une sensibilisation au sujet permettrait de réduire la confusion des profils d'infécondité et les incompréhensions dans la relation de soin. Une réflexion pluridisciplinaire permettrait d'envisager un parcours de soin sécurisant pour les professionnels et respectueux du désir des femmes. Enfin, le développement de nouveaux moyens de contraception efficaces et peu contraignants doit continuer d'être encouragé pour libérer les femmes de cette fertilité non consentie.

Mots-clés : infécondité volontaire, représentations, gynécologie, normes sociales, influence sur les pratiques