

## LA STÉRILISATION VOLONTAIRE À VISÉE CONTRACEPTIVE COMME FACTEUR DE TRANSFORMATION POSITIVE CHEZ DES FEMMES SANS ENFANT

[Nora Ninane](#), [Cindy Mottrie](#), [Sarah Colman](#), [Isabelle Duret](#)

De Boeck Supérieur | « Cahiers de psychologie clinique »

2022/2 n° 59 | pages 169 à 196

ISSN 1370-074X

ISBN 9782807394049

DOI 10.3917/cpc.059.0169

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2022-2-page-169.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# LA STÉRILISATION VOLONTAIRE À VISÉE CONTRACEPTIVE COMME FACTEUR DE TRANSFORMATION POSITIVE CHEZ DES FEMMES SANS ENFANT

Nora NINANE<sup>1</sup>, Cindy MOTTRIE<sup>2</sup>,  
Sarah COLMAN<sup>3</sup> et Isabelle DURET<sup>4</sup>

---

**RÉSUMÉ** En 2018, le Service de Gynécologie du CHU Saint-Pierre de Bruxelles a décidé d'ouvrir une consultation pour les femmes, sans enfant, en demande de stérilisation à visée contraceptive. Le nombre de ces demandes est en augmentation. Au moyen d'un canevas de questions semi-directives et des cartes Dixit comme « objet flottant », nous sommes allées à la rencontre de trois femmes sans enfant et stérilisées depuis six mois à un an et demi afin d'explorer les motivations et vécus à l'origine de leur choix.

1 Psychologue clinicienne, Master en Sciences Psychologiques et de l'Éducation à l'Université libre de Bruxelles (ULB). nora.ninane@hotmail.com

2 Maître de conférences, Service de Psychologie du Développement et de la Famille, Université libre de Bruxelles ; Service de Psychologie Clinique, Université de Mons ; Psychologue clinicienne, Unité Parents-enfant, Centre Médical Pédiatrique de Clairs Vallons, Ottignies, Belgique. cindy.mottrie@ulb.be

3 Psychologue clinicienne, Psychothérapeute, Centre de PMA, CHU Saint-Pierre, Bruxelles, Belgique ; Psychologue clinicienne, Université libre de Bruxelles (ULB). sarah.colman@stpierre-bru.be

4 Professeure de psychologie clinique et psychopathologie ; Psychothérapeute de couple et de famille ; Cheffe du Service de Psychologie du Développement et de la Famille, Université libre de Bruxelles ; Formatrice en psychothérapie familiale et systémique à l'ULB et à Forestière ASBL. isabelle.duret@ulb.be

Les résultats mettent en évidence le poids d'événements historiques singuliers dans la décision d'inscrire corporellement leur non-maternité. Il semble que ces trois femmes se soient dirigées vers la stérilisation à un moment où elles ont eu besoin d'agir pour se réapproprier leur corps et leur vie, et de rétablir un vécu de sécurité suite à différents événements douloureux voire traumatiques.

L'exploration de leurs parcours révèle que la stérilisation est l'aboutissement d'un cheminement mais aussi un processus de transformation d'une souffrance. Une fois stérilisées, elles rapportent ressentir un apaisement et un bien-être à la fois physique et psychologique, et évoquent l'émergence d'une vie différente et d'une identité plus alignée. Dans leurs histoires singulières, la stérilisation apparaît comme ayant eu un effet thérapeutique et libérateur.

**MOTS-CLÉS** stérilisation volontaire, non-maternité volontaire, femmes nullipares, effet thérapeutique, cartes Dixit.

---

## VOLUNTARY STERILIZATION AS POSITIVE TRANSFORMATION AMONG CHILDLESS WOMEN

**ABSTRACT** In 2018, the Gynecology Department of the University Hospital Saint-Pierre in Brussels, Belgium, opened a consultation for childfree women requesting contraceptive sterilization. Ever since, the number of these requests continues to increase. Using a semi-structured interview and the Dixit board game cards as a “floating object”, we met three childfree women who had been sterilized six to eighteen months earlier in order to explore the core motivations for their decision.

The results highlighted the weight of singular historical events in a woman's decision to embed their non-maternal identity in their body. It seems that these three women decided to undergo a contraceptive sterilization surgery at a point in their lives when they needed to act, not only to reclaim their bodies and their lives, but also to reestablish a sense of security after various painful and traumatic events. Delving into the experiences of these women revealed that sterilization is the result of a journey but also a process of

transformation, moving from a place of suffering to contentedness. Once sterilized, they reported feeling physical and psychological relief and acknowledged a sense of renewal and a more aligned identity. Contraceptive sterilization appears to have had a therapeutic, restorative, liberating and well-being effect in the lives of these three women.

**KEYWORDS** voluntary sterilization, voluntary non-maternity, nulliparous women, therapeutic effect, Dixit cards.

## Introduction

Depuis ces dernières décennies, nous assistons en Occident à des transformations dans les pratiques reproductives. L'accès à la pilule contraceptive et la dépénalisation partielle de l'interruption volontaire de grossesse ont marqué le début d'une nouvelle époque et ont constitué un changement majeur dans la vie des femmes : celles-ci ont pu dissocier sexualité et conception. La maîtrise, parfois relative, de leur fécondité en amène certaines à interroger leur souhait d'avoir un enfant : si la pilule est un moyen de limiter et de différer les naissances, elle permet également de ne pas devenir mère (Tilmant, 2010).

En effet, aujourd'hui les femmes ont moins d'enfants et/ou les conçoivent plus tardivement. D'autres décident de ne pas en avoir. La littérature et Internet comptent de plus en plus d'ouvrages<sup>5</sup>, de reportages et de témoignages de femmes qui revendiquent ouvertement le choix de ne pas être mère. Ces femmes déclarent s'affirmer à travers d'autres sources de valorisation et de réalisation de soi.

Un phénomène émergent semble attester d'une évolution encore plus marquante de ce rapport à la reproduction. Depuis ces dernières années, le Service de Gynécologie du CHU Saint-Pierre à Bruxelles est confronté à des demandes de femmes, sans enfant, qui souhaitent avoir recours à une chirurgie de stérilisation à visée contraceptive<sup>6</sup>. Une réticence généralisée à pratiquer ce type d'intervention chez des femmes nullipares était d'abord de mise.

5 À titre d'exemples : Chollet, M. (2018). *Sorcières. La puissance invaincue des femmes*. Paris, France : Editions Zones. Ou Schmidt, F. (2019). *Lâchez-nous l'utérus !* Paris, France : Hachette Livre.

6 Il existe trois types de stérilisation : à visée contraceptive, à visée thérapeutique et à visée eugénique.

Toutefois, en 2018, un gynécologue du service décide d'ouvrir une consultation pour permettre la rencontre avec ces femmes et accéder à leur demande sous certaines conditions. Aujourd'hui, le nombre de ces demandes est en augmentation.

Avant l'apparition de la pilule et la dépénalisation de l'avortement, il y a probablement toujours eu des femmes qui ne souhaitaient pas avoir d'enfant. Mais le manque de contraceptif et certainement le contexte social de l'époque ne permettaient pas d'assumer ni de rendre effectif ce choix. Ce qui est inédit et récent, c'est que certaines choisissent aujourd'hui d'aller jusqu'à inscrire, dans leur corps, cette volonté de non-maternité.

Nous avons décidé de mener une recherche sur ce phénomène émergent par le biais d'un mémoire de fin d'études. L'objectif de cette recherche, menée en collaboration avec l'hôpital susmentionné, a été d'explorer les vécus et représentations de trois femmes<sup>7</sup> volontairement sans enfant qui ont décidé d'avoir recours à une chirurgie de stérilisation à visée contraceptive. Le présent article prend appui sur le travail de ce mémoire<sup>8</sup> de Master en Psychologie clinique. Nous tenons à informer le lecteur que nous ne porterons pas, ici, de regard psychopathologique ni sur les femmes rencontrées ni sur leur choix d'avoir recours à une stérilisation. Il s'agira de poser un premier regard sur un phénomène émergent, de relever la singularité de certains parcours, et de mettre en évidence que la stérilisation peut agir comme facteur de transformation psychique et physique constructive chez des femmes qui y ont recours.

7 Afin de respecter l'anonymat des femmes interrogées, nous leur avons attribué des prénoms d'emprunt et avons utilisé l'initiale de ceux-ci tout au long du présent article.

8 Pour en savoir plus : Ninane, N. (2020). *Le vécu de femmes sans enfant ayant eu volontairement recours à une chirurgie de stérilisation* (mémoire de Master en Sciences Psychologiques et de l'Éducation, sous la direction de la Prof. I. Duret). Université libre de Bruxelles, Bruxelles.

## L'accès à la stérilisation

Beaucoup de femmes relatent l'accès à la stérilisation comme un réel combat (Faya Robles, 2009 ; Schmidt, 2019 ; Tillich, 2019). Elles rapportent leurs difficultés à trouver un praticien qui consentira à les opérer, même dans le cas où elles auraient déjà eu des enfants (Froidevaux-Metterie, 2018). Par ailleurs, elles doivent souvent faire face à de vives réactions au cours de leurs recherches :

leur acte est jugé contre-nature ou irrationnel et elles sont parfois qualifiées d'« immatures », d'« égoïstes », de « folles » ou de « criminelles ». Le témoignage de G., 27 ans et stérilisée depuis un an, illustre bien ceci : G. rapporte avoir contacté « *trente, quarante* » gynécologues et en avoir rencontré une dizaine. Elle dit avoir été confrontée à des réactions parfois violentes : « *On me disait que j'exagérais, [...] que je mentais, que c'était pas possible que je rejette des stérilets comme ça, que j'étais une mythomane et que j'essayais à tout prix d'avoir une stérilisation qui de toute façon était irréfléchie et que j'allais le regretter plus tard* ».

Dans certains cas, des médecins vont jusqu'à affirmer qu'il s'agit d'une pratique illégale (Schmidt, 2019). G. témoigne de ceci : « [un gynécologue] *m'a dit qu'il n'y aurait personne qui le ferait et [...] que c'était illégal de stériliser une femme, que c'était criminel. Enfin, j'ai eu ce discours-là de plusieurs gynécologues. 'Vous ne vous rendez pas compte du geste que c'est !'* ». Pour ce qu'il en est des faits sur cette question : en Belgique, il n'existe pas de loi qui encadre la stérilisation. Toute personne peut en faire la demande à partir de sa majorité et les médecins sont libres d'accepter ou de refuser l'intervention. De plus, seul le consentement de la personne demandeuse est pris en compte et non celui de son ou sa partenaire (Solidaris, 2017).

Comme alternative, il arrive que la stérilisation soit proposée chez le partenaire masculin, mais il n'est pas rare que ces femmes refusent car elles revendiquent la stérilisation comme un choix et un besoin personnels.

Aujourd'hui, il existe de nombreux groupes et forums sur Internet qui permettent des échanges entre des femmes et des hommes sans enfant qui souhaitent se faire stériliser. Les membres y partagent leurs expériences et leurs vécus, et se transmettent les noms de médecins pratiquant la stérilisation. Froidevaux-Metterie (2018) constate que les femmes s'échangent aujourd'hui les noms de médecins qui pratiquent la stérilisation tout comme elles s'échangeaient en secret les noms de ceux qui pratiquaient l'avortement lorsque celui-ci n'était pas encore dépenalisé.

Les trois femmes rencontrées dans le cadre de notre étude évoquent que c'est précisément en raison de l'importante difficulté d'accéder à la stérilisation à visée contraceptive qu'elles ont accepté de témoigner : elles y ont vu une opportunité pour informer de l'existence de cette pratique, pour œuvrer à sa déstigmatisation, et contribuer de ce fait à la rendre plus accessible.

## **Le processus de prise en charge d'une demande de stérilisation au CHU Saint-Pierre**

Dans cette partie, nous développons le processus de prise en charge de stérilisation mis en place jusque fin 2020 et qui a été suivi par les trois femmes rencontrées dans le cadre de cette étude.

En 2018, le CHU Saint-Pierre de Bruxelles ouvre une consultation pour permettre la rencontre avec des femmes en demande de stérilisation à visée contraceptive. L'équipe, appartenant au Service de Gynécologie, est composée de trois gynécologues, d'une psychologue et d'une infirmière sociale.

En mai 2019, l'équipe formalise un protocole de prise en charge des patientes. L'objectif de ce protocole est d'accueillir les patientes dans un trajet de soin structuré et standardisé. Il prend en compte deux critères principaux : (1) présence d'enfant ou non et (2) âge de la personne demandeuse (plus de 35 ans ou moins de 35 ans). Pour les femmes nullipares, le trajet de soin est plus long que pour les femmes âgées de plus de 35 ans et ayant au moins un enfant. Il comprend plusieurs étapes, présentées ci-après.

Lorsqu'une patiente adresse une demande de stérilisation, un premier rendez-vous est planifié avec un gynécologue de l'équipe. Au cours de celui-ci, le gynécologue écoute la demande, interroge la patiente sur les raisons à l'origine de son choix, explore son parcours contraceptif et réalise l'anamnèse médicale. Il présente ensuite les différentes chirurgies possibles et les risques associés. La procréation médicalement assistée est également abordée,

au cas où la patiente souhaiterait revenir sur sa décision ultérieurement.

Toujours au cours de ce rendez-vous, le gynécologue informe les patientes concernées du processus de prise en charge : conformément au protocole, les femmes sans enfant rencontrent la psychologue du service au cours de trois entretiens. Ces entretiens constituent l'étape suivante du trajet de soin. Enfin, il notifie à la patiente que la décision de procéder, ou non, à l'intervention est prise en équipe après ces entretiens, au cours d'une réunion mensuelle dédiée à l'examen des demandes.

Parce qu'elle engage sa responsabilité en acceptant d'accompagner les patientes dans leur souhait de stérilisation, l'équipe a besoin, avant d'envisager une éventuelle opération, de prendre plus amplement connaissance de la demande et du contexte dans lequel celle-ci est formulée. Ces trois entretiens répondent principalement à ce besoin. Ils n'ont pas pour but de juger si les patientes sont prêtes ou non à se faire stériliser, ni de prédire si elles risquent à l'avenir de regretter d'avoir eu recours à l'intervention. Par ailleurs, la psychologue n'a pas comme fonction de rassurer l'équipe sur la question d'un éventuel regret ; elle l'accompagne dans le processus de décision en portant la parole de la patiente.

Ces trois entretiens successifs ont été pensés pour permettre une rencontre déployée dans le temps et la création d'un espace soutenant la mise en perspective des vécus.

Durant ces rencontres, la psychologue parcourt l'histoire de ces femmes et cherche à saisir ce que cette stérilisation représente pour elles. Elle tente de cerner et de mettre au travail les éventuelles ambivalences vis-à-vis de leur décision, s'assure qu'elles ont bien conscience de ce en quoi consiste une stérilisation, et vérifie que la volonté d'être stérilisée émane de la patiente elle-même et non d'un partenaire ou d'une personne tierce. Elle les accompagne dans un processus d'exploration et de mise en mots de leurs motivations, mais aussi dans leurs éventuelles questions par rapport à l'intervention. Elle partage également les quelques retours que l'hôpital reçoit de patientes après leur stérilisation.



La question d'un éventuel regret<sup>9</sup> et celle de la procréation médicalement assistée sont également abordées, en appui sur les témoignages de patientes qui ont souhaité avoir un enfant après leur opération.

Suit alors la réunion multidisciplinaire mensuelle, au cours de laquelle l'équipe passe en revue les diverses demandes. La décision de pratiquer l'intervention se prend en équipe, en explorant les retours du gynécologue et de la psychologue. Il s'agit d'une décision collégiale, prenant appui sur le sentiment commun de se sentir confortables et prêts à accompagner la patiente dans son projet, et non basée sur des critères d'inclusion ou d'exclusion.

Une fois que l'équipe s'est concertée, la décision est communiquée à la patiente au cours d'un rendez-vous prévu avec le gynécologue. Dans le cas d'une réponse positive, le gynécologue détaille l'intervention, informe des risques associés et des modalités post-opératoires. La patiente doit ensuite confirmer par écrit sa volonté de procéder à l'intervention et la bonne réception de toutes les informations concernant la stérilisation et ses implications. Enfin, deux rendez-vous sont fixés : le premier avec l'anesthésiste et le second pour l'intervention. En cas de refus, le gynécologue explique les raisons qui motivent leur choix et prend le temps d'échanger avec la patiente. L'équipe ne ferme jamais définitivement la porte, il est possible d'adresser une nouvelle demande ultérieurement.

Entre le premier rendez-vous avec le gynécologue et le jour de l'opération, il s'écoule généralement quelques mois.

Après l'opération, un dernier rendez-vous de contrôle post-opératoire est prévu, afin de vérifier le bon déroulement des suites de l'intervention.

### Chirurgies proposées

À l'hôpital, deux types de chirurgie sont proposées : la ligature des trompes et l'ablation des trompes, aussi appelée « salpingectomie bilatérale ». Dans le cas de la ligature, il s'agit d'apposer un clip en titane et en silicone sur chaque trompe, empêchant la rencontre des spermatozoïdes et de

9 Depuis l'ouverture de la consultation en 2018, l'équipe du service compte une seule intervention de restauration de fertilité sur une patiente de 31 ans ayant déjà eu un enfant avant sa stérilisation à 12 mois post-clips. Cette patiente a souhaité avoir un enfant suite à une nouvelle union (Vandromme, 2021).

l'ovocyte, et ainsi la fécondation. Pour la salpingectomie bilatérale, il s'agit d'enlever les deux trompes.

Des deux méthodes présentées, la salpingectomie est la plus fiable en matière de contraception définitive. En effet, dans le cas de la ligature, les clips pourraient être posés par erreur sur le ligament rond ou sur le ligament utéro-ovarien – deux éléments de l'appareil reproducteur féminin qui ressemblent à la trompe et qui avoisinent celle-ci – et rendre de ce fait la stérilisation ineffective. De plus, le mécanisme maintenant le clip en place étant relativement petit, il peut arriver que ce clip s'ouvre spontanément.

La patiente est opérée sous anesthésie générale et hospitalisée en One Day Clinic. Les complications post-opératoires de ces interventions sont rares. La ligature comme la salpingectomie n'entraînent pas d'effets secondaires et n'ont pas d'incidence sur l'équilibre hormonal, le désir ou le plaisir sexuels (Costello, Hillis, Marchbanks, Jamieson, & Peterson, 2002).

Dans les deux types d'intervention, la patiente conserve son utérus et ses ovaires : elle garde donc les organes nécessaires à la création et à l'accueil d'un embryon. Après une stérilisation, la patiente qui souhaiterait tout de même un enfant peut avoir recours aux techniques de procréation médicalement assistée. Mais les opérations de restauration de fertilité, comme toute intervention chirurgicale, présentent des risques, sont lourdes et offrent des résultats incertains (Delvigne, Delbaere, & Dubois, 2007). Il est donc nécessaire d'envisager les interventions à visée de stérilisation comme définitives.

## Approche méthodologique de l'étude

C'est dans ce contexte de demandes de stérilisation que nous nous sommes intéressées aux motivations et aux parcours singuliers de trois femmes. Trois questionnements sont à l'origine de notre étude : qu'est-ce qui conduit des femmes sans enfant à choisir de recourir volontairement à une chirurgie de stérilisation à visée contraceptive ? Pourquoi à ce moment de leur histoire ? Quels sont les

vécus et représentations de ces femmes qui déclarent ne pas vouloir d'enfant ni dans le temps présent ni dans le futur ?

Les critères de sélection ayant servi à constituer l'échantillon ont été les suivants :

- Être une femme ;
- Ne pas avoir d'enfant et déclarer ne pas en vouloir ni dans le temps présent, ni dans le futur ;
- Avoir eu recours, volontairement, à une intervention de stérilisation à visée contraceptive.

Au cours de l'année 2020, nous avons rencontré individuellement trois femmes après leur stérilisation : L., âgée de 26 ans et stérilisée depuis six mois ; G., âgée de 27 ans et stérilisée depuis un an ; et A., 24 ans et stérilisée depuis un an et demi. Toutes les trois se sont faites opérer au sein du même hôpital<sup>10</sup>. Précisons que ces femmes ont toutes moins de 30 ans. Ceci n'est pas volontaire de notre part, nous n'avions pas de critère d'échantillonnage basé sur l'âge.

La méthodologie utilisée est de type qualitative et inductive, afin d'explorer la non-maternité volontaire au plus près de la clinique sans formuler d'hypothèses de recherche *a priori*. Deux outils ont été employés pour aller à la rencontre de ces femmes. Le premier est l'entretien semi-directif, qui soutient l'élaboration en lien avec des contenus davantage conscients. Le second est un objet dit « flottant », à savoir le jeu de cartes Dixit (Roubira & Cardouat, 2014), qui fait appel à des représentations plus inconscientes.

Les objets flottants sont des outils, médiateurs de la relation, qui permettent d'ouvrir un espace tiers entre le patient et le psychologue et co-construit par ceux-ci. Au sein de cet entre-deux relationnel, ils introduisent un langage analogique et agissent comme « *des aimants qui attirent en surface le savoir présent dans la profondeur* » (Caillé & Rey, 2004, p. 14). Dans le cadre de notre rencontre avec ces femmes, cet objet flottant n'a pas été utilisé sous sa forme thérapeutique mais en tant que support à l'énonciation par le recours à un langage métaphorique.

10 Entre 2018 et 2020, le service a reçu 26 demandes de stérilisation dont 7 demandes introduites par des femmes ayant au moins un enfant et âgées de 25 à 32 ans et 19 demandes introduites par des femmes sans enfant et âgées de 22 à 36 ans. Parmi ces 19 demandes, 15 ont abouti à une stérilisation et provenaient de femmes âgées de 22 à 36 ans, avec une majorité de femmes âgées de 26 ans ; 1 demande a abouti à un refus ; et 3 sont restées sans suite parce que les patientes ont interrompu leur démarche (Service de Gynécologie-Obstétrique du CHU Saint-Pierre, 2020).

Durant un premier temps d'échange, nous avons exploré, au moyen du canevas de questions semi-directives élaboré au préalable, ce qui a amené ces femmes à prendre la décision de se faire opérer. Nous avons recueilli les chemine-ments, les réflexions, les raisons et évènements qui les ont conduites à entreprendre leur démarche.

Dans un second temps, nous avons eu recours aux cartes Dixit. Utilisées en tant que média, ces cartes contribuent à ouvrir des perspectives au niveau projectif.

La première étape du Dixit a pour objectif d'explorer l'« avant » stérilisation : elle consiste à choisir, parmi les 84 cartes proposées, une carte qui évoque ce qui a amené la participante à entreprendre sa démarche de stérilisation. Une fois la carte sélectionnée, nous l'invitions à expliciter son choix à l'aide de cette question : « Qu'est-ce que cette carte évoque pour vous ? ».

Dans le second temps de la passation du Dixit, nous proposons à la participante de choisir une nouvelle carte évoquant cette fois comment elle se sent aujourd'hui, une fois l'opération réalisée, afin d'explorer « l'après » stérilisation. À nouveau, nous lui proposons d'élaborer sur ce que cette carte lui évoque.

La dernière consigne de la passation du Dixit consistait à disposer les deux cartes côte à côte, de façon chronologique. Nous demandions alors à la participante si l'assemblage de ces cartes évoquait une émotion, un ressenti ou une idée en particulier. L'entretien prenait fin après cette passation.

## Les rencontres : des parcours singuliers

Parmi les femmes volontairement sans enfant, certaines mentionnent que leur refus de maternité a émergé dès leur plus jeune âge et demeurent alignées avec cette décision à l'âge adulte (Gotman, 2017 ; Palancz, 2010). D'autres en prennent conscience en cours de vie (Badinter, 2010). Les trois femmes que nous avons rencontrées illustrent ces deux cas de figure.

En ouvrant l'histoire de G. et celle de A., il semble que ce sentiment ait toujours été en elles, telle une certitude.

G. : *« J'ai toujours dit que je ne voulais pas d'enfant. Je l'ai toujours ressenti [...] Aussi loin que je m'en souviens »*. Pour A., *« c'est [ne pas vouloir d'enfant] un discours que j'ai toujours tenu [...]. Toujours. Vraiment. J'ai jamais pensé 'je veux', j'ai jamais dit 'je veux'. Je le disais déjà à mon premier copain, à 15 ans. Jamais j'ai ressenti le truc »*.

Quant à L., celle-ci raconte un épisode qui l'a marquée lorsqu'elle avait 11 ans : une jeune fille de son âge, plus grande physiquement et un peu plus large qu'elle, lui dit, sans qu'elle ne comprenne pourquoi, *« Ah mais toi tu n'as pas le bassin pour faire des bébés »*. Pour L., cette phrase est l'élément déclencheur de sa réflexion sur la maternité : *« Toute ma réflexion est venue sur : oui peut-être que mon corps ne va pas permettre ça, je suis très petite et très fine, et oui peut-être, j'ai un petit bassin, mais en fait, est-ce que j'en veux ? »*.

Au-delà des motifs<sup>11</sup> concernant le refus de maternité avancés par de nombreuses femmes et par les trois participantes interrogées (focalisation sur la vie professionnelle, crainte des responsabilités liées à la maternité, motifs écologiques et démographiques, etc.), la rencontre avec celles-ci met en évidence le poids d'événements historiques singuliers à la base de la décision d'inscrire corporellement leur non-maternité. C'est dans l'exploration de l'« avant stérilisation » que ces événements se distinguent.

11 Pour en savoir plus :  
Ninane, N. (2020).

*Le vécu de femmes sans enfant ayant eu volontairement recours à une chirurgie de stérilisation* (mémoire de Master en Sciences Psychologiques et de l'Éducation, sous la direction de la Prof. I. Duret). Université libre de Bruxelles, Bruxelles.

Ou Debest, C. (2014). *Le choix d'une vie sans enfant*. Rennes, France : Presses Universitaires de Rennes.

## « L'avant stérilisation »

### L., 26 ans

L. s'est toujours protégée avec des moyens contraceptifs. De 17 à 21 ans, elle prend la pilule. Elle envisage ensuite d'avoir recours à une chirurgie de stérilisation mais précise qu'à l'époque, elle ne croyait pas qu'un médecin accepterait de l'opérer. Elle se résout à mettre un stérilet. Elle décrit la pose comme particulièrement douloureuse et précise ne pas avoir été informée de la nécessité de prendre un rendez-vous ultérieur afin de vérifier par échographie que le stérilet soit bien en place. Malgré la présence du stérilet, L. tombe enceinte et c'est après avoir enduré un

avortement qu'elle prend conscience de ces modalités au cours d'une discussion avec des amies : « *Comment ça, faut vérifier ? [...] J'apprends ça après l'avortement. [...] Donc peut-être que ma grossesse aurait pu être évitée, en fait. [...] J'ai pas eu les bonnes informations [...] Je faisais confiance à la dame [à la gynécologue]* ». L. qualifie cet avortement comme particulièrement traumatisant. « *Donc, pendant trois ans j'ai eu un stérilet et je suis tombée enceinte. Et là on peut vraiment dire 'tombée' quoi... Donc là, la confiance... [...] C'était [l'avortement] affreux* ». Cette grossesse soudaine a été vécue comme « *une punition* » et les jours d'attente pour avorter ont été « *un supplice* ». Cet avortement est le « *choc électrique* » qui la conduit à entreprendre activement des recherches sur les procédures de stérilisation : « *Nan mais là faut arrêter. Je le [la stérilisation] veux quoi* ». C'est donc via un groupe sur Internet que L. trouve les coordonnées du gynécologue qui l'opérera. Elle précise qu'avant la stérilisation, les relations sexuelles étaient angoissantes. Comme type d'intervention, L. opte pour la salpingectomie bilatérale, voulant « *quelque chose de 100 % définitif* ».

À la première consigne du Dixit, celle qui consiste à choisir une carte qui évoque ce qui a amené la participante à entreprendre sa démarche de stérilisation, L. choisit la carte ci-contre parmi les 84 reprises dans le jeu. Elle élabore sur ce choix : « *[...] avoir quelqu'un, associé au loup, quelqu'un de négatif, sous un masque en fait. [...] comme si ceci [la poupée à l'avant-plan et le loup] représentait le système, qui te dit quoi faire et quoi penser [...] il pourrait avoir des desseins de manipulateurs [...], vils* ». Le loup représente le système qui dit : « *Toi, t'es une femme et il faut que tu fasses un enfant* ». L. se retrouve dans la « *petite poupée gigogne [à l'arrière-plan], toute mignonne, toute rouge et jeune* ». Elle « *a les yeux suspicieux* ». Elle est prise par le « *doute* ».



Nous l'interrogeons : que se passerait-il ensuite ? La poupée à l'arrière-plan « *tourne le dos* » au loup. « *Ça se tiendrait qu'elle tourne le dos, vers ce côté-là. Après, si on utilise la symbolique des couleurs, on est plutôt dans des couleurs froides, et ça se tiendrait d'aller vers ce qui est jaune, vert [coin supérieur gauche de la carte], et ce qui est plus chaud, vers quelque chose de positif. Et ça collerait avec le fait de tourner le dos au système [...], à la tradition, le fait de quitter le chemin habituel en fait. Et donc les démarches [de stérilisation] n'ont rien d'habituel. On va vraiment vers un cheminement, vers une voie différente* ».

#### G., 27 ans

G. a commencé la contraception avec la pilule vers l'âge de 14 ans, avant d'avoir un premier petit copain : « *C'était déjà une hantise à l'époque et je me suis dit, vaut mieux être préparée quoi, parce qu'on ne sait jamais* ». Les premières crises d'angoisse liées à la peur d'être enceinte surviennent dès sa première relation. De 14 à 20 ans, G. est sous contraception hormonale : elle essaie quatre pilules différentes puis opte pour l'implant contraceptif. Ces deux moyens de contraception la rendent « *malade et [lui] ruinaient la vie au quotidien* ». À 16 ans, G. pèse 90 kg et perd considérablement ses cheveux. Au terme de la durée de vie du premier implant, elle se rend chez un gynécologue pour en placer un nouveau. Celui-ci est étonné par cette prise de rendez-vous tardive : en cas de surpoids important, l'hormone diffusée n'est plus aussi efficace et l'implant doit être changé tous les ans. Lors du placement du premier implant, la gynécologue ne lui avait pas donné ces instructions : « *Je n'étais plus protégée et j'en savais rien [...] quand le gynéco m'a dit ça, la première chose que je lui ai demandé c'était une échographie pour vérifier que je suis vide* ».

Deux ans après, G. décide de mettre un stérilet : « *La douleur, j'ai jamais eu mal comme ça* ». Les jours suivants, les douleurs subsistent et sont accompagnées de pertes importantes de sang : « *J'ai eu l'impression qu'on était en train de me perforer l'utérus* ». Lors de l'échographie de contrôle, le gynécologue constate que le stérilet de G. est

redescendu dans le col et en replace donc un nouveau. Mais G. continue de perdre successivement ses stérilets. En trois ans, cinq stérilets lui sont posés. Les douleurs vont perdurer jusqu'au moment où on lui enlèvera le stérilet le jour de l'opération, c'est-à-dire presque quatre ans plus tard.

G. précise avoir découvert durant cette période qu'elle souffrait du syndrome des ovaires polykystiques. Ce syndrome peut provoquer une infertilité chez les femmes qui en sont atteintes. Chez elle, cela provoque une irrégularité des règles, avec une fréquence moyenne de l'ordre de deux fois par an. C'est durant cette période de pertes successives des stérilets que commence ce qu'elle appelle sa « névrose » : « *C'était pipi sur des languettes toutes les semaines pour savoir si je suis enceinte ou pas quoi. Et alors en plus, mon aménorrhée n'arrangeait rien parce que c'était pas un moyen pour moi de vérifier si oui ou non j'étais enceinte. [...] Toutes les semaines c'était crises de larmes* ». Ces états d'angoisse et de stress permanents l'épuisent : « *Je pleurais de stress. J'avais vraiment la boule au ventre tout le temps en me disant que, peut-être que cette fois-ci c'est la bonne, je suis enceinte* », et avaient également un impact sur sa vie affective et sexuelle. « *C'était juste pas vivable* ». « *Je préférerais qu'on me dise que j'ai le cancer plutôt que de tomber enceinte* ».

C'est à partir de la pose du deuxième stérilet, vers l'âge de 20-21 ans, qu'elle envisage la stérilisation et entreprend les démarches pour trouver un médecin qui acceptera de l'opérer. Dans sa « quête », G. a contacté « *trente, quarante* » gynécologues et en a rencontré une dizaine. Elle raconte que la stérilisation lui est systématiquement refusée, et fait parfois face à des réactions violentes de la part des gynécologues mais aussi du personnel de secrétariat qui, dans certains cas, refuse même de donner rendez-vous : « *On me disait que j'exagérais, que je mentais, que c'était pas possible que je rejetais des stérilets comme ça en un rien de temps [...] que j'étais une mythomane et que j'essayais à tout prix d'avoir une stérilisation qui de toute façon était irréflectie et que j'allais le regretter plus tard [...]* 'Vous êtes tarée, il vous manque un truc, allez voir un psy' ».



Par l'intermédiaire d'une amie, G. trouve finalement les coordonnées du gynécologue qui procédera à l'intervention. Lorsqu'elle apprend que l'opération lui est accordée, elle a les larmes aux yeux : « *Enfin je vais avoir cette paix d'esprit à laquelle j'aspire tant depuis de nombreuses années. Je vais enfin pouvoir virer ce truc en cuivre de merde qui me fait mal à longueur d'années et qui me pourrit la vie au quotidien* ». Comme type d'intervention, G. choisit la salpingectomie bilatérale : elle veut être « *sûre que ça se refasse pas !* ».

La « *névrose des tests de grossesse* » s'est arrêtée après l'opération, à l'exception d'un dernier test deux mois après, par crainte d'être tombée enceinte avant l'intervention. Au rendez-vous post-opératoire de contrôle, elle demande au gynécologue de vérifier qu'il n'y ait « *rien dedans* ». Une fois que cela a été fait, « *c'était fini quoi. Là, ça fait vraiment un an que j'y pense même plus* ».

Au Dixit, G. choisit la carte ci-contre parmi les 84 cartes. Elle évoque : « [...] *c'est ce grand méchant bébé [désignant le loup] qui pourrait se cacher au fond de moi. Qui pourrait sortir à tout moment. [...] la poupée russe [à l'avant-plan] c'est censé être moi en fait [...] Le loup va manger le Chaperon Rouge comme dans l'histoire. Le Chaperon Rouge, c'est la vie que je me suis tracée, la vie que je souhaite et que j'ai imaginée pour moi. [...] y a aucun moyen pour le Chaperon Rouge de se défendre face au loup, à part le chasseur, qui est la stérilisation* ». La matriochka à l'avant-plan « *est indépendante, elle est une femme forte. Elle a ses loisirs, elle a ses habitudes de vie, elle a ses centres d'intérêts qui ne sont pas compatibles avec le loup* ».



**A., 24 ans**

A. a commencé la contraception avec la pilule contraceptive au début de sa vie sexuelle, à l'âge de 14 ans.

À l'époque, il lui arrivait régulièrement d'oublier de la prendre. Elle précise qu'elle souffre d'endométriose et pense aujourd'hui que cette maladie, qui suppose une propension à l'infertilité, lui a évité d'être enceinte alors que sa prise de la pilule était irrégulière. À 18 ans, elle décide de changer de moyen de contraception et opte pour un stérilet après avoir pris connaissance des effets indésirables de la prise d'hormones. C'est quand elle est sous stérilet qu'elle envisage progressivement la stérilisation : « *Sachant que moi je ne voulais pas d'enfant, jamais, je cherchais une solution définitive, finalement* ». Elle entreprend des recherches et trouve le contact du gynécologue qui l'opérera sur un groupe de discussion sur Internet. Lorsqu'elle apprend que l'intervention lui est accordée, elle ressent « *un bonheur infini* », mais peu après ce moment de joie, elle se sent « *prise d'un stress* » : « *J'avais une crainte : subir des violences pendant l'anesthésie, des violences sexuelles* ». Nous interrogeons A. quant à l'origine de cette peur : « *Les viols... Que j'ai subis. Euh, les attouchements que toutes les femmes subissent tout le temps dans la vie* ». A. précise que les viols qu'elle a subis ont un rapport avec sa décision de stérilisation : « *Si ça se réitère, de manière non protégée, je sais que j'aurai jamais de chiard. À la rigueur le sida, mais j'aurai jamais d'enfant. Et ça, c'est un truc qui m'a beaucoup rassurée en fait* ». Elle précise que ces viols se sont déroulés il y a quelques années, au cours des relations avec ses compagnons. Aujourd'hui, A. est dans une relation amoureuse avec une femme.

Comme type d'intervention, A. a choisi la salpingectomie bilatérale. Elle voulait la méthode la plus « *sûre* » : avant d'être opérée, elle était très angoissée à l'idée d'être enceinte. Il lui arrivait parfois de ne pas avoir ses règles, tellement elle était prise par le stress. « *J'avais une angoisse permanente. [...] Tomber enceinte, c'est une charge mentale constante, on y pense tout le temps* ». Elle décrit ce qu'elle appelle sa « *psychose* » : tous les mois, elle faisait des tests de grossesse alors qu'elle était sous stérilet et avait des rapports sexuels avec préservatif. « *Tant que je ne voyais pas la barre sur le test, j'allais pas dormir* ». C'était « *un cercle vicieux [...] Je n'étais*

*jamais tranquille en fait. Si ce n'était qu'à chaque rapport, mais c'était après les rapports, et pendant un mois. C'était tout le temps, dans ma tête. 'Et si je faisais un déni de grossesse ?' – mon pire cauchemar –, 'Et si', 'Et si', 'Et si'. Toujours des 'Et si' mais qui existent, parce que les femmes tombent enceintes ». De peur que cela ne « crée un enfant », elle décrit sa sexualité avec les hommes comme étant bridée.*

Six mois après l'opération, elle fait encore un test de grossesse mensuellement : « *La psychose n'est pas partie tout de suite* ». À cette période, elle a encore des relations protégées avec des hommes mais malgré tout la peur subsiste : « *Je me disais : ça peut passer la capote, les trompes, etc., c'était une phobie* ». Nous l'interrogeons : qu'est-ce qui lui a permis de ne plus faire ces tests de grossesse ? « *Avoir des relations sexuelles avec des hommes et avoir vu que je n'étais pas tombée enceinte après tout ce temps. À un moment, ça a percuté, je ne sais pas pourquoi* ».

À la carte du Dixit qui correspond à « l'avant » stérilisation, A. choisit la carte suivante parmi les 84 proposées.

Elle évoque : « *C'est le tiroir ouvert. Parce que ça fait miroir avec la boîte de Pandore [...]* Le tiroir s'est ouvert,



*y a tout qui dégringole et la petite fée, elle veut garder la clé des secrets et la remettre dans le tiroir. Elle a envie de rattraper, que ça sorte pas. Elle est très angoissée à l'idée de la perdre, cette clé. Elle court, elle vole. Et ça c'est un peu moi* ». Nous lui posons la question suivante : pourquoi la fée ne voudrait-elle pas que « ça sorte » ? « *Parce qu'elle [la clé] détient tous les secrets [...]* Mais je ne veux pas parler de ces secrets, jamais, à qui

*que ce soit* ». « *Donc la fille essaye de rapporter la clé pour pas qu'elle tombe dans les mains de... entre de mauvaises mains [...]* Elle a peur, elle est inquiète, et elle se dit que s'ils sortent, tout le monde va le savoir et du coup ben, ça craint ». Nous n'en saurons pas plus.

### « L'après stérilisation »

Suite à leur stérilisation, L., G. et A. expriment toutes trois un mieux-être à la fois physique et psychologique.

L. se sent « bien » physiquement et n'observe que des changements positifs : « *Je n'ai plus mal à cause d'elles [les règles]. [...] je ne savais pas, je ne supportais pas mon stérilet* ». Par ailleurs, les « *relations sexuelles ne sont plus angoissantes. On a vraiment quitté quelque chose, pour aller vers tout va bien, y a plus d'inquiétude* ».

A la deuxième carte du Dixit, celle qui évoque « l'après » stérilisation, L. choisit « la porte » : « *Généralement quand on ferme une porte, c'est avec regret. Là, en fait, non, c'est génial. J'ai plus à me soucier de cette porte-là [la porte de la maternité]. Maintenant je vais pouvoir aller découvrir toutes les autres portes. [...] Y a plus de risque. On est bien* ».



À la troisième consigne, qui consiste à mettre les cartes « avant » et « après » stérilisation côte à côte, L. n'amène pas de matériel nouveau.

Pour G., la stérilisation a amélioré sa qualité de vie : elle n'a plus de crises d'angoisse ni de douleurs liées au stérilet. « *J'ai eu mes règles deux fois depuis que je suis stérilisée. Que demander de plus ? Ce qui avant était un calvaire pour moi, la gynécologie en général, maintenant je n'y pense même plus du tout* ». Cette opération lui a apporté la « *tranquillité d'esprit, la paix* ». Depuis, elle a une sexualité épanouie.



Au Dixit, elle évoque : « *Un livre ouvert [...] l'oiseau, symbole de liberté et blanc en plus [...] Ça parle de l'après parce que le livre, il y a l'avant et l'après. L'histoire*

*de l'après commence vraiment à la page de ce livre-là. Et c'est une vie bien plus tranquille, bien plus en paix, plus libre aussi, qui commence. [...] Un nouveau chapitre pour une nouvelle personne ».*

À l'instar de L., G. n'amène pas de matériel nouveau lors de la mise côte à côte des cartes « avant » et « après » stérilisation.

Quant à A., elle se dit « bien » aujourd'hui : « *Savoir que je ne suis plus à même de procréer, ça m'apaise [...]. J'ai jamais été aussi sûre pour une décision de ma vie je crois* ». La stérilisation a permis à la charge mentale, à l'inquiétude et à l'angoisse de « s'en aller » et de « laisser la place à autre chose » : « *une autre manière de réfléchir, de voir et d'appréhender [...]. Cette stérilisation m'a permis de 'couper' cette part reproductrice et du coup de 'couper' mes liens avec les reproducteurs, et d'imaginer une autre vie, qui existe et dont je n'avais même pas conscience, que je ne pouvais peut-être même pas m'accorder [...]. C'était moi en fait, cette stérilisation, c'était l'aboutissement de moi* ».

Sa stérilisation a par ailleurs permis un changement dans son orientation amoureuse : « *Quand je me suis fait stériliser, j'ai eu un désintérêt total pour les hommes, que, on ne va pas se le cacher, j'avais déjà à la base [...]. Foutu pour foutu, pas très utile pour la société, autant que j'y aille à fond et que je m'écoute quoi. Je me suis dit : je vais être moi-même* ». A. précise également que lorsqu'elle était en relation avec des hommes, elle avait régulièrement

des mycoses vaginales. Depuis qu'elle est en couple avec une femme, ces mycoses ont disparu : « *Donc en plus d'avoir mal [lors des rapports], j'avais tout le temps des mycoses [...]. Et bizarrement, là maintenant, plus jamais depuis que je suis avec une femme...* ».

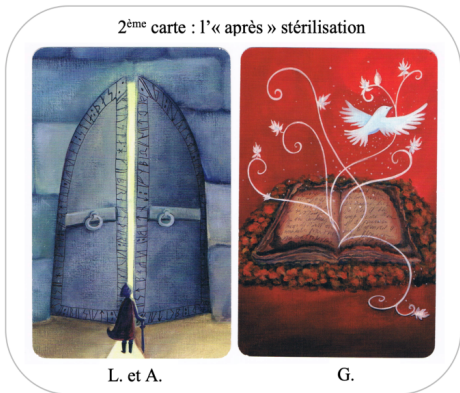
À la deuxième carte du Dixit, A. y voit une « [...] femme forte, et indépendante. Elle est sous le



*rayon lumineux donc on voit très bien que tout est lumineux derrière, y a pas une once de brume. Je le considère libérateur. En plus elle est sous le rayon, avec son glaive, donc femme forte, déterminée [...]. L'apaisement, derrière la porte [...]. Je ne l'aurais pas choisie si elle était fermée. [...] le soulagement final et éternel ».*

Lors de la mise côte à côte des deux cartes Dixit choisies, celle de « l'avant » et celle de « l'après » stérilisation, les élaborations de A. sont particulièrement évocatrices : *« Un fourre-tout, un bordel, et puis une sérénité, très rangée. Enfermée chez soi, à l'intérieur, avec son cocon, stressée, fermée, [...] puis ouverture au monde. Fantôme, un peu volant, un peu invisible, peu assuré, et puis, ici, les pieds sur terre. Course effrénée, à la recherche de la clé et ici, le glaive bien empoigné dans la main, les pieds au sol. Y a quand même toujours cette ouverture dans les deux. Mais j'ai une adoration pour le mythe de la boîte de Pandore, donc... Ici, tout est fermé à clé. Ici, pas besoin ».*

Dans la passation du Dixit, il est remarquable de constater que parmi les 84 cartes proposées, la même carte est choisie par L. et G. pour évoquer « l'avant » stérilisation. De la même manière, parmi les 84 proposées, la même carte est sélectionnée par L. et A. pour évoquer « l'après ». Elles ont été sensibles à la même représentation symbolique mais leurs élaborations sont différentes. Au stade actuel de notre recherche, nous ne possédons pas suffisamment d'éléments pour pouvoir formuler une hypothèse sur ce point, mais il nous paraît essentiel de le relever.



## La transformation d'une souffrance : advenir sujet

Sur base de ce qui a été recueilli en entretien, il semble que ces trois femmes se soient dirigées vers la stérilisation pour rétablir un vécu de sécurité et se réapproprier leur corps et leur vie suite à différents événements douloureux voire traumatiques : contraception vécue comme invasive et défaillante, avortement, viols, angoisse exacerbée d'être enceinte accompagnée de tests de grossesse réguliers, état d'épuisement et de douleurs, et relations sexuelles angoissantes.

Un élément est particulièrement interpellant dans ce qu'elles décrivent avant d'être opérées : alors qu'elles ont des rapports sexuels protégés, parfois même par deux moyens de contraception simultanés, elles nomment être aux prises avec une angoisse exacerbée de tomber enceinte. Dans ces moments, elles tentent de se rassurer au moyen d'un ou plusieurs tests de grossesse. Et malgré ces tests, G. et A. disent ressentir un état d'angoisse « *permanente* » qui mène à un état d'« *épuisement* ». La persistance de cette angoisse pendant encore quelques mois après la stérilisation souligne sa profondeur.

Nous sommes interpellées par ce qu'elles vivent : quelle est l'origine de cette peur débordante d'être enceinte ? Que s'est-il passé dans l'histoire de ces femmes pour vivre un tel niveau d'angoisse ?

Par ailleurs, leurs élaborations à la première carte du Dixit laissent entrevoir le niveau d'insécurité ressenti avant leur stérilisation : elles évoquent le loup qui a des « *desseins vils* » et « *manipulateurs* » (L.), le loup qui va « *manger le Chaperon Rouge sans défense* » (G.), et la clé des secrets qui risque de tomber « *entre de mauvaises mains* » (A.). Ces élaborations expriment l'imprévisibilité et se réfèrent au registre d'une menace, d'un danger. Ce vécu semble cohérent avec leur choix de la salpingectomie bilatérale, intervention de stérilisation la plus fiable, « *pour être sûre que ça se refasse pas !* » (G.).

Nous aurions pu imaginer que la stérilisation ne change rien à leur niveau d'angoisse, ou qu'un déplacement de

cette problématique ne s'opère sur un autre terrain. Or nous constatons qu'il n'en est rien : elles évoquent un apaisement et une libération en nommant ne plus être aux prises avec cette angoisse d'être enceinte, être libérées de la contraception vécue comme invasive et défaillante, et mieux vivre leur corps et leur sexualité. Il semble que dans leurs cas précis, la stérilisation ait constitué un facteur de transformation psychique et physique positive.

Nous pourrions formuler l'hypothèse que cette stérilisation a favorisé le passage d'un vécu « d'objet » – objet de leur corps fertile et imprévisible, de leurs angoisses, du système médical, etc. – à un état où elles adviennent en tant que « sujet ». Tout comme la construction d'une identité maternelle s'inscrit symboliquement dans le corps au travers des changements physiques et psychiques liés à la grossesse et à l'accouchement, la construction d'une identité nouvelle fait également suite à la transformation dans le corps par la stérilisation, qui revêt elle aussi une fonction symbolique. Le « liement » réel de la stérilisation – « lier » les trompes de Fallope pour empêcher la fécondation – aboutit à un « déliement » symbolique (Faya Robles, 2009, p. 70). Par cette opération, elles échappent à la douleur, à la charge mentale, à l'angoisse, au danger, au « système » (L.), au « loup » (G.), et développent un nouveau rapport au monde masculin en scindant sexualité et procréation. Défaites de ces « liens », elles reprennent le contrôle sur ce corps vécu comme imprévisible et obtiennent « *un corps à soi* » (Tillich, 2019, p. 797) et une identité féminine singulière. Cette transformation corporelle et identitaire fait d'elles des femmes « déliées » (Faya Robles, 2009, p. 70).

Ce qu'elles évoquent au Dixit paraît cohérent avec cette hypothèse : L. « *tourner le dos à la tradition, le fait de quitter le chemin habituel [...]. Et donc les démarches [de stérilisation] n'ont rien d'habituel. On va vraiment vers un cheminement, vers une voie différente* ». G. évoque : « *Un nouveau chapitre pour une nouvelle personne* ». A. précise : « *Je me suis dit : je vais être moi-même [...]. C'était moi en fait, cette stérilisation, c'était l'aboutissement de moi* ».



Nous pouvons par ailleurs remarquer qu'elles se sont placées en tant qu'actrices dans leur recherche de solution : elles ont mobilisé leur énergie avec détermination pour résoudre des éléments qui faisaient souffrance et prenaient une place débordante. Après leur stérilisation, il semble qu'elles recouvrent un sentiment de pouvoir : leurs élaborations passent de « *petite poupée* » (L.), « *aucun moyen de se défendre* » (G.), « *petite fée angoissée* » (A.), à « *aller découvrir toutes les autres portes* » (L.) et être une « *femme forte et indépendante* » (G. et A.).

Ces femmes mettent un terme à la question de la maternité qu'elles jugent incompatible avec leurs aspirations personnelles, se réapproprient leur corps et vont vers des potentiels nouveaux, comme le dit L. : « [...] *y a d'autres choses à découvrir maintenant* ». Elles confirment ces notions d'ouverture et de commencement en choisissant la « *porte* » entrouverte pour L. et A., et un « *nouveau chapitre* » d'un « *livre ouvert* » pour G.

## En conclusion

Les demandes de stérilisation à visée contraceptive émanant de femmes nullipares de moins de 30 ans sont en augmentation. Face à ce phénomène émergent, nous sommes allées à la rencontre de trois femmes pour approcher les raisons à l'origine de leur choix d'inscrire corporellement et définitivement leur non-maternité.

Les récits de L., G. et A. ont mis en évidence, au-delà de divers motifs partagés avec de nombreuses femmes ne voulant pas être mères (investissement du couple, focalisation sur la vie professionnelle, motifs écologiques, etc.), qu'il existe un versant très personnel à leur décision de ne pas avoir d'enfant, lié à des événements historiques singuliers. En effet, il semble que suite à différents événements douloureux voire traumatiques, ces trois femmes se sont dirigées vers la stérilisation à un moment où elles ont eu besoin de rétablir un vécu de sécurité et de se réapproprier leur corps et leur vie. Parmi ces événements, mentionnons une contraception vécue comme invasive et défaillante,

un avortement, des viols, une angoisse exacerbée d'être enceinte accompagnée de tests de grossesse réguliers, un état persistant d'épuisement et de douleurs, et des relations sexuelles angoissantes.

Les rencontres avec ces femmes révèlent que la stérilisation est l'aboutissement d'un cheminement mais aussi un processus de transformation d'une souffrance. Au vu de ce qui faisait souffrance avant l'intervention, nous aurions pu imaginer qu'une réponse de l'ordre de la stérilisation ne permette aucun changement à la problématique de départ, voire qu'un déplacement de cette problématique ne s'opère sur un autre terrain psychique ou somatique. Or il apparaît que la stérilisation a un effet réparateur, sinon thérapeutique, équivalent à une ouverture vers de nouvelles potentialités. Une fois stérilisées, elles évoquent ressentir un bien-être à la fois physique et psychologique. Mieux encore, elles parlent de l'émergence d'une vie différente et d'une nouvelle identité.

Que faire de ce constat ? Comment intégrer dans les réflexions et pratiques d'accompagnement le fait que le retrait d'un élément appartenant au corps biologique féminin ne fragilise pas nécessairement le vécu d'identité féminine mais au contraire permette, dans certains cas, une expérience plus sereine et plus confiante de la féminité ?

Au vu des changements positifs rapportés, il pourrait être intéressant que des recherches ultérieures soient menées auprès de femmes qui n'ont pas expérimenté de mieux-être physique et/ou psychologique suite à leur stérilisation, auprès de femmes pour qui la stérilisation s'est avérée défavorable, et aussi auprès d'un nombre plus important de participantes. Ceci permettrait d'approfondir la compréhension de ce qui a pu opérer comme facteur thérapeutique et de poursuivre la construction d'un appui à destination des équipes thérapeutiques, non seulement dans la prise en charge des demandes de stérilisation mais aussi dans les processus de décision.

Par ailleurs, nous pourrions poursuivre la réflexion en examinant quels ont été les facteurs effectivement opérants dans le processus thérapeutique de cette stérilisation : est-ce l'ablation en tant que telle ? L'accompagnement par une

équipe ouverte et à l'écoute ? La possibilité de décider de la manière dont elles modifient leur corps ? De nombreux facteurs pourraient entrer en compte.

En outre, les statistiques du CHU (Vandromme, 2021) révèlent que les femmes de moins de 35 ans et sans enfant sont majoritaires dans les demandes de salpingectomie, opération irréversible en matière de contraception définitive, et que les femmes plus âgées et ayant au moins un enfant choisissent davantage la ligature, intervention offrant la possibilité, sans réussite assurée, de rétablir la continuité des trompes et de pouvoir à nouveau concevoir naturellement. Quelles réflexions dégager du fait que les femmes nullipares choisissent majoritairement l'intervention qui est irréversible ? Quels sont les besoins émergents de cette génération de femmes ?

De plus, il pourrait être porteur d'approfondir la compréhension des mécanismes et représentations à l'œuvre chez ces femmes en demande de stérilisation en explorant deux axes de recherche ultérieurs.

Le premier concerne leur devenir. Les représentations et vécus qu'elles ont partagés entre 6 et 18 mois après leur stérilisation sont spécifiques à cette période de leur vie. Les revoir quelques années après, à la manière d'une étude longitudinale, permettrait de développer la compréhension de la façon dont cette stérilisation s'intègre psychologiquement et physiquement à plus long terme.

Le second axe porte sur la question des origines. Cette question a été volontairement écartée de cette recherche de manière à délimiter le champ d'étude. Dans leurs récits, les trois participantes interrogées amènent peu d'éléments historiques familiaux et n'abordent pas la question de la transmission. Face à ce constat, nous nous interrogeons : cette absence est-elle une expression de leur histoire développementale et familiale ? Qu'ont reçu ces femmes et que désirent-elles transmettre ? Y a-t-il un sens à cette non-inscription dans la lignée en tant que mère ?

Enfin, les vécus de nouvelle identité et de nouveau départ évoqués par L., G. et A. ouvrent le questionnement suivant : ces femmes, ne voulant pas « donner la vie », aspirent-elles à donner vie à leur propre vie ?

## Bibliographie

- BADINTER, I. (2010). *Le conflit. La femme et la mère*. Paris, France : Flammarion.
- CAILLÉ, P., & REY, E. (2004). *Les objets flottants : méthodes d'entretiens systémiques*. Paris, France : Éditions Fabert.
- CHOLLET, M. (2018). *Sorcières. La puissance invaincue des femmes*. Paris, France : Éditions Zones.
- COSTELLO, C., HILLIS, S.D., MARCHBANKS, P.A., JAMIESON, D.J., & PETERSON, H.B. (2002). The Effect of Interval Tubal Sterilization on Sexual Interest and Pleasure. *Obstetrics & Gynecology*, 100(3), 511-517. doi:10.1016/S0029-7844(02)02042-2
- DEBEST, C. (2014). *Le choix d'une vie sans enfant*. Rennes, France : Presses Universitaires de Rennes.
- DELVIGNE, A., DELBAERE, A., & DUBOIS, M. (2007). *Comprendre et traiter l'infertilité*. Bruxelles, Belgique : Editions Cortext.
- FAYA ROBLES, A. (2009). Lier ou ne pas lier. Choix contraceptif et stérilisation chez des femmes en milieu populaire urbain du nord-est brésilien. *Autrepart*, 51(3), 57-73.
- FROIDEVAUX-METTERIE, C. (2018). *Le corps des femmes. La bataille de l'intime*. Paris, France : Philosophie magazine Éditeur.
- GOTMAN, A. (2017). Le choix de ne pas avoir d'enfant, ultime libération ? *Travail, genre et sociétés*, 1(37), 37-52.
- NINANE, N. (2020). *Le vécu de femmes sans enfant ayant eu volontairement recours à une chirurgie de stérilisation* (mémoire de Master en Sciences Psychologiques et de l'Éducation, sous la direction de la Prof. I. Duret). Université libre de Bruxelles, Bruxelles.
- PALANCZ, G. (2010). *Pas de bébé à bord. Choisir de ne pas avoir d'enfant... envers et contre tous !* Paris, France : Éditions J. Lyon.
- ROUBIRA, J.L., & CARDOUAT, M. (2014). *Dixit : Quest*. Poitiers, France : Libellud.
- SCHMIDT, F. (2019). *Lâchez-nous l'utérus !* Paris, France : Hachette Livre.
- SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE DU CHU SAINT-PIERRE. (2020). *Données statistiques des demandes de stérilisation*. Document non publié, CHU Saint-Pierre, Bruxelles.
- SOLIDARIS. (2017). *La contraception. Les moyens pour une sexualité en toute confiance*. En ligne [https://sites.uclouvain.be/reso/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=4733](https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=4733)
- TILICH, E. (2019). Libérées, délivrées ! Stérilisées et sans enfant. *Ethnologie française*, 176(4), 787-801.
- TILMANT, I. (2010). *Ces femmes qui n'ont pas d'enfant. La découverte d'une autre fécondité*. Bruxelles, Belgique : Éditions De Boeck Université.
- VANDROMME, J. (2021). *Prise en charge des demandes de stérilisation des jeunes femmes sans enfant au CHU Saint-Pierre*. Acte de

colloque présenté au Colloque contraception 2021 : Mon corps, mes choix ?, Bruxelles. En ligne <https://outstanding-cloche-311.notion.site/Colloque-contraception-2021-Mon-corps-mes-choix-27b3374ee7cc4336bc848372c9eb5e74>