Université de Genève Fonds Maurice Chalumeau

CERTIFICAT DE FORMATION CONTINUE
EN SEXOLOGIE CLINIQUE

Enseignements suivis en 2008 - 2009

LE DESIR D' ENFANT CHEZ LA FEMME,

IMPORTANCE POUR LA PRATIQUE CLINIQUE EN GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Septembre 2011

Mémoire présenté par

Caroline D' ANDRES
Av. d' Agaune 40
1890 St - Maurice
c_d_andres@hotmail.com

Sous la direction de

Eric D. WIDMER, P. O.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION ……. p. 2

1. DEMANDE DE CONTRACEPTION …… p. 5
1.1. ABSENCE DE DESIR D' ENFANT ? …… p. 6
1.2. LE REPORT DU PROJET D' ENFANT …… p. 8
1.3. L' ILLUSION DE LA MAITRISE DE LA FECONDITE ……..... p. 10
1.4. DU POINT DE VUE DU GYNECOLOGUE …… p. 11

2. DEMANDE D' INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE ……. p. 13
2.1. LE DESIR DE GROSSESSE ……... p. 17
2.2. L' ABSENCE DE DESIR D' ENFANT ET DE PROJET D' ENFANT …. p. 18
2.3. LES GROSSESSES CHEZ LES ADOLESCENTES ……..…… p. 19
2.4. DU POINT DE VUE DU GYNECOLOGUE ……..... p. 23

3. DEMANDE DE STERILISATION ……. p. 25
3.1. REFUS DE GROSSESSE, D' IVG, D' ENFANT, DE CONTRACEPTION p. 28
3.2. REVENDICATION DU DROIT AU CHOIX
DE NE PAS VOULOIR D' ENFANT ……. p. 29
3.3. DU POINT DE VUE DU GYNECOLOGUE …… p. 32

4. DEMANDE D' ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION ……. p. 37
4.1. LE DESIR CONSCIENT NON SATISFAIT …….. p. 40
4.2. L' ILLUSION DU POUVOIR DU DESIR ET DU DROIT A L' ENFANT p. 41
4.3. QUID DU DESIR SEXUEL ? …….. p. 42
4.4. LES GROSSESSES TARDIVES ET LE DESIR TARDIF D' ENFANT ... p. 43
4.5. LES GROSSESSES CHEZ LES FEMMES SEULES ……..…. p. 44
4.6. LES GROSSESSES CHEZ LES FEMMES HOMOSEXUELLES …… p. 45
4.7. LES GROSSESSES CHEZ LES FEMMES ATTEINTES
DE MALADIES CHRONIQUES ET / OU TRANSMISSIBLES ……..... p. 46
4.8. DU POINT DE VUE DU GYNECOLOGUE …… p. 47

5. DEMANDE DE DIAGNOSTIC PRENATAL ……..... p. 48
5.1. LE DESIR DE L' ENFANT PARFAIT ……... p. 52
5.2. L' INTERRUPTION THERAPEUTIQUE DE GROSSESSE :
L' ENFANT IMPOSSIBLE …… p. 53
5.3. DU POINT DE VUE DU GYNECOLOGUE ……. p. 56

CONCLUSION …….. p. 59

BIBLIOGRAPHIE …….. p. 61
SITES INTERNET ……. p. 67

INTRODUCTION

Le présent mémoire, en tant que dernière étape du *Certificat de formation continue en sexologie clinique*, propose, à partir d'une revue de la littérature, une réflexion sur le désir d'enfant chez la femme et sur son importance pour la pratique clinique en gynécologie-obstétrique. Il se donne pour objectif de tirer un lien entre l'enseignement multidisciplinaire du *Certificat* et la pratique de l'auteure – médecin, actuellement en fin de spécialisation en gynécologie-obstétrique à l'Hôpital du Chablais, site d'Aigle, et titulaire d'un master en psychologie de l'Université de Lausanne.

Le désir d'enfant, s'il n'est pas exclusivement féminin, concerne en premier lieu la femme, dans son corps, sa sexualité, son identité (Desjardins-Simon et Debras, 2010). En effet, c'est elle qui subit les transformations physiques et psychologiques de la grossesse, et qui continue à assumer davantage que l'homme les conséquences de la parentalité. Pour cette raison, et puisque nous allons adopter une perspective centrée sur la gynécologie, nous allons nous concentrer sur la femme – ou sur le couple, selon le propos – en laissant volontairement de côté la perspective strictement masculine.

Le désir d'enfant chez la femme est un sujet éminemment complexe et dynamique, dont il est difficile de déterminer l'origine (Cukier-Hemeury, Lézine et de Ajuriaguerra, 1987 ; Hofman, 2011). On considère qu'il peut répondre à un besoin physiologique, au couronnement d'un désir amoureux, à l'amour des enfants, à l'accession au statut maternel ou à un conformisme social (Mimoun, 2007). Il remonte à la petite enfance et est lié à la curiosité sexuelle (Brun, 2010).

> « On pourrait, compte tenu de l'origine et de la nature mêmes du désir, se demander s'il existe un désir qui ne soit pas « sexuel ». » (Mimoun, 2007, p. 237)

Il comporte un pan conscient plus ou moins rationnel, et un pan inconscient et symbolique, forcément teinté d'ambivalence.

> « plus que le résultat d'une volonté, la grossesse est le fruit du désir, dans le sens où les psychanalystes l'entendent, c'est-à-dire forcément inconsciente. » (Szejer, 2010a, p.729)

On suppose souvent que la femme fait des choix réfléchis et a des intentions claires dans le domaine de la procréation (Schwab *et al.*, 2000). Mais elle ignore en partie ce qu'elle transmet et quel est le moteur de ses actes. Ainsi, selon la théorie de l'inconscient de Freud, le désir est l'accomplissement d'un vœu inconscient, à travers les rêves, les lapsus, les oublis et les actes manqués, dans des séquences contradictoires pour la pensée et peu accessibles à la conscience. La réalisation du désir comporte une certaine insatisfaction et un renoncement partiel à son objet, incarnés par l'écart entre l'enfant parfait, désiré et attendu, et l'enfant réel qui arrive. (Diamantis, 2010).

Même s'il s'inscrit dans le mouvement d'individualisme qui caractérise la famille contemporaine, le désir d'enfant est soumis à de fortes influences extérieures, aux conditions de vie, aux valeurs culturelles et familiales, aux tentatives de planification.

Sa définition est ambiguë et non consensuelle, diluée dans le flou des termes. Le désir ne coïncide notamment pas avec le besoin, la demande, l'évidence, la pulsion, l'instinct, la volonté, le choix, le projet, le manque, le rêve, ou l'acceptation. Le désir d'enfant se distingue du désir de grossesse, de bébé, de devenir mère, de fonder une famille, de procréer, du devoir d'enfant et du droit à l'enfant. Désirer un enfant n'est pas équivalent à vouloir un enfant, ni à faire un enfant. Ce désir varie d'une femme à l'autre et se décline presqu'à l'infini.

Le contraire du désir d'enfant est également difficile à cerner. Il est souvent défini comme un non-désir et parfois carrément taxé de refus d'enfant ou de refus de maternité. Il est rarement vu dans une perspective positive – nous y reviendrons.

Nous allons aborder le désir d'enfant à travers une sélection de situations courantes en gynécologie-obstétrique. En effet, le gynécologue est l'interlocuteur privilégié des patientes tout au long de leur parcours de vie, en tant que spécialiste du traitement et de la prévention des maladies des femmes (www.fmh.ch). Les demandes que nous allons parcourir ont toutes le désir d'enfant comme problématique sous-jacente, de manière plus ou moins patente. Elles s'articulent de manière complémentaire ou opposée, et peuvent émailler différentes étapes de la vie d'une même femme. Elles font partie du quotidien contrasté du gynécologue. Ces situations issues de la clinique s'inscrivent dans un contexte large, en particulier psychologique, sexuel, social, économique, éthique et légal. Elles nécessitent des connaissances vastes et des compétences pointues.

Nous allons nous intéresser à cinq demandes adressées par la patiente au gynécologue, à savoir la demande de contraception, la demande d'interruption volontaire de grossesse, la demande de stérilisation, la demande d'aide médicale à la procréation et la demande de diagnostic prénatal.

Nous allons d'abord voir que le développement d'une contraception fiable a modifié le sens de la maternité et de la sexualité, en permettant l'émergence du désir d'enfant et la dissociation entre sexualité et procréation, et qu'elle a ainsi rendu le désir d'enfant obligatoire. La demande de contraception signifie plutôt un report du projet d'enfant qu'une absence de désir d'enfant. La contraception déplace la responsabilité et le pouvoir du côté de la femme dans le domaine de la reproduction (Borten-Krivine, 2010). Elle contribue à entretenir une fausse illusion de maîtrise de la fertilité et de toute-puissance. Nous allons voir les enjeux de la contraception pour le gynécologue.

Puis, nous allons montrer que la légalisation de la contraception a été justifiée par son potentiel effet préventif sur la diminution du nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG). Nous allons voir que ces interruptions n'ont pas disparu et ont moins diminué qu'on pouvait espérer. Nous allons constater, que, de manière surprenante, le désir de grossesse est la cause la plus fréquente de grossesses non voulue et de demandes d'IVG. Le désir de grossesse n'est en effet pas équivalent au désir d'enfant ni au projet d'enfant. Nous allons voir l'importance pour le gynécologue de comprendre que toutes les IVG ne peuvent pas être prévenues et que la demande d'interruption n'est pas incompatible avec un désir de grossesse ou un désir d'enfant.

Nous allons ensuite discuter la demande de stérilisation contraceptive chez des femmes jeunes, en bonne santé et sans enfants. Elles refusent d'être enceintes, de subir l'interruption d'une éventuelle grossesse non voulue, d'avoir un enfant non désiré, et de prendre une autre contraception, et revendiquent le droit de choisir de ne pas avoir d'enfants, de disposer de leur corps, de leur sexualité et de leur fertilité. Nous allons voir quels sont les problèmes médicaux, légaux et éthiques que cette demande pose au le gynécologue.

Nous allons encore nous pencher sur la demande d'aide médicale à la procréation, qui trouve son origine dans l'insatisfaction d'un désir conscient d'enfant et n'est souvent pas loin de la revendication au droit à l'enfant. Nous allons voir que la sexualité des couples est influencée par la procédure de procréation médicalement assistée (PMA). Nous allons évoquer les grossesses tardives, qui surviennent à un âge avancé, parfois par PMA, suite à un non désir précoce ou à la non concrétisation du projet d'enfant plus tôt dans la vie, ou par réapparition d'un nouveau désir d'enfant pour différentes raisons. Nous allons examiner la demande de PMA chez les femmes seules, homosexuelles, et chez celles qui sont atteintes de maladies chroniques et/ou transmissibles. Nous allons présenter le rôle du gynécologue à qui la patiente adresse une demande d'enfant.

Nous allons enfin nous intéresser au diagnostic prénatal – comprenant le dépistage prénatal – qui doit toujours être proposé aux femmes enceintes, et qu'elles demandent parfois elles-mêmes. Nous allons en parcourir les différentes modalités, notamment l'échographie. Bien que légalement facultatif, il tend à devenir socialement obligatoire, en raison du désir sous-jacent de l'enfant parfait. Nous allons discuter l'interruption thérapeutique de grossesse, en tant que conséquence éventuelle du diagnostic prénatal, autour de la notion de l'enfant impossible. Nous allons nous pencher sur la place du gynécologue dans ce domaine particulièrement ardu.

Après avoir montré à travers ces cinq différents thèmes l'importance du désir d'enfant tout au long de la vie de la femme, et souligné sa place centrale pour la pratique du gynécologue, nous conclurons notre présentation et notre réflexion.

1. DEMANDE DE CONTRACEPTION

Si de nombreuses pratiques visant le contrôle des naissances ont toujours existé (Mimoun, 2007), la compréhension du lien de causalité entre activité sexuelle et procréation (Tilmant, 2008), ainsi que la découverte des mécanismes précis de la fertilité et de la fécondation – notamment de la régulation hormonale du cycle féminin – ont ouvert la voie au développement de moyens contraceptifs fiables dès le milieu du XX^{ème} siècle (www.ccne-ethique.fr). La contraception est définie comme toute

> « Méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé. » (Mimoun, 2007, p. 195)

Ces méthodes, multiples et variées, diffèrent notamment par leur mode d'action, leurs avantages, leurs effets secondaires, leur coût, leur durée d'action, le délai nécessaire ou non avant leur réversibilité, le besoin ou non de recourir à un médecin pour leur prescription, leur mise en place ou leur retrait, et par leur degré d'efficacité. Le préservatif, fabriqué à base de polyéthylène depuis 1962, procure une bonne protection contre les maladies sexuellement transmissibles, mais a un effet contraceptif suboptimal. Les stérilets au cuivre, dont l'efficacité est meilleure, ont été inventés en 1969, et les stérilets à la progestérone en 1977 (Mimoun, 2007).

> « [La] découverte de la progestérone en 1934 marque les débuts scientifiques de la contraception hormonale. » (Mimoun, 2007, p. 196)

La première pilule à base d'hormones de synthèse a été mise au point par Pincus en 1953, et constitue un jalon historique, qui a inspiré le développement d'autres méthodes hormonales. Elle a été commercialisée en tant que contraceptif dès 1960 en Amérique du Nord (Borten-Krivine, 2010 ; Mimoun, 2007). Légalisée en France par la loi Neuwirth en 1967, elle reste encore aujourd'hui la contraception la plus populaire dans l'Hexagone, utilisée par quelque 36,8% des femmes (Mimoun, 2007 ; www.ccne-ethique.fr). La démocratisation de la contraception hormonale, qui coïncide avec le mouvement de libération sexuelle et de contestation de Mai 68 (Mimoun, 2007), a provoqué de grands bouleversements dans la vie des femmes – des progrès incontestables, mais également une complexification indéniable de la situation (Szejer, 2010a). En effet, la contraception a fourni aux femmes des moyens efficaces pour éviter les grossesses non désirées et leurs conséquences. Elle leur a donné de nouvelles libertés, assorties de nouvelles responsabilités. Elle a modifié les rapports entre hommes et femmes, entre humanité et animalité, entre sexualité et procréation. Elle a par ailleurs changé les attentes de la société occidentale face aux femmes.

La contraception a certes permis aux femmes de se poser consciemment la question de leur désir d'enfant, plutôt que de chercher uniquement à limiter le nombre de naissances (Tilmant, 2008). Elle a par là même rendu cette réflexion quasiment incontournable et a conduit à l'obligation pour chaque femme de désirer l'enfant qu'elle décide d'avoir. On a tendance à en déduire qu'une femme

qui prend une contraception, et entrave ainsi volontairement sa capacité reproductive de manière provisoire et réversible, ne veut pas d'enfant, du moins pour l'instant. Nous allons examiner si la prise d'une contraception est vraiment synonyme d'absence de désir d'enfant pour la femme.

De nos jours, la contraception est essentiellement l'affaire des femmes (Mimoun, 2007). Elle leur confère le pouvoir du contrôle de leur fertilité et de celle du couple. Cependant, elle leur impose non seulement d'apporter une réponse individuelle à la question du désir d'enfant, mais leur fait encore porter le poids de la décision du moment opportun pour arrêter le contraceptif. Ce passage à l'acte, considéré comme un choix rationnel, devient incontournable, les grossesses voulues, le désir d'enfant contraignant. C'est l'ère du planning familial, de la programmation des grossesses, dans laquelle la société et les normes sociales ont un impact important. Nous allons voir qu'en matière de prise de contraceptif, il s'agit moins d'absence de désir d'enfant que de report du projet d'enfant.

En permettant aux femmes de ne pas avoir d'enfants quand elles n'en veulent pas (Tilmant, 2008), la contraception, associée à une foi en la technique et en la médecine, tend à leur laisser croire qu'elles pourront en avoir quand elles en voudront. La conviction est répandue que tout est possible pour tout le monde, n'importe quand, qu'il suffit de vouloir suffisamment pour pouvoir. Nous allons montrer que la contraception a contribué à créer une fausse certitude de maîtrise de la fertilité.

La contraception, comme prise en charge de sa propre santé par la patiente (Magnier, 2010), a influencé le rôle du gynécologue. En effet, le médecin est le prescripteur de nombreuses méthodes contraceptives, mais c'est en général la femme qui en fait la demande, et qui en choisit le type. La responsabilité médicale s'étend bien au-delà de l'examen des contre-indications physiques. Elle consiste en l'information de la patiente et en son interrogation quant à son désir d'enfant plus ou moins conscient et à ses projets. Nous allons voir quels sont les enjeux relatifs au désir d'enfant et au projet d'enfant qui se cachent derrière la demande de contraception, et quelle importance ils ont pour le gynécologue.

1.1. ABSENCE DE DESIR D' ENFANT ?

Par définition, la contraception permet à la femme de ne pas avoir d'enfant quand elle n'en veut pas (Tilmant, 2008), c'est pourquoi

> « [On] fait l'hypothèse que la prise régulière d'une contraception orale est le signe patent de l'absence de désir de grossesse. » (Barjot et *al.*, 2006, p. 122)

Nous allons voir si la demande ou la prise de contraception signifie forcément que la femme n'a pas de désir d'enfant, en commençant par réfléchir aux aspects inconscient et conscient de ce désir et aux modifications induites par la contraception dans ce domaine.

Le désir d'enfant représente un désir de vie. Son origine inconsciente semble remonter très tôt dans la vie, probablement à la naissance. Il s'exprime vers l'âge de 2-3 ans sous forme d'une rivalité à la mère, vue comme la détentrice du pouvoir de donner la vie (Delassus, 2010). Même s'il ne s'y réduit pas, le désir d'enfant a une composante animale ou d'instinct, soumise aux hormones, au désir physique d'être enceinte et de ressentir les sensations de la grossesse. En ce sens, il se situe dans l'agir plus que dans la réflexion (Tilmant, 2008). Les femmes ont des enfants parce qu'elles en sont physiologiquement capables, afin de perpétuer l'espèce (Tilmant, 2008), ou simplement parce que le vivant se reproduit (Szejer, 2010). Au départ, il y a la pulsion sexuelle, puisque chez l'humain, la reproduction est encore considérée comme sexuée – bien que peut-être plus pour longtemps (Szejer, 2010a). Le désir d'enfant, comme le désir sexuel, relève de l'inconscient et comporte une part nécessaire d'ambivalence (Mimoun, 2007).

De manière paradoxale, c'est grâce à la contraception que la notion de désir d'enfant a pu émerger au niveau conscient (Tilmant, 2010). On l'a vu, la libéralisation de la pilule – ainsi que la dépénalisation de l'avortement – laisse la possibilité aux femmes de ne pas avoir d'enfants si elles n'en veulent pas (Tilmant, 2008). La femme a les moyens de concrétiser son non-désir d'enfant. Elle peut se poser la question de son désir d'enfant, et y répondre en faisant un choix conscient. Celles qui ne se penchent pas sur la question de la maternité (Desjardins-Simon et Debras, 2010) prennent le risque d'arriver au terme de leur période féconde sans y avoir réfléchi, et de devoir subir un choix imposé par défaut. Celles qui ont des enfants choisissent en quelque sorte de ne plus refuser une grossesse (Frydman, Rufo et Schilte, 2005), en arrêtant de prendre un contraceptif ou en n'en prenant pas. La contraception, en donnant la possibilité de ne pas avoir un enfant qui n'est pas désiré, a créé l'obligation sociale pour la femme de désirer l'enfant qu'elle a décidé d'avoir, alors qu'elle aurait aussi bien pu choisir de ne pas l'avoir si elle ne l'avait pas désiré (Tilmant, 2008).

La mise au point de moyens contraceptifs a eu pour but premier d'extraire la femme de son destin biologique marqué par la procréation. Elle visait à lui donner les moyens d'éviter la reproduction non souhaitée. Elle voulait ouvrir l'accès à une sexualité sans risque de maternité (Campagna, 2011). Elle cherchait à transformer la procréation en « une action délibérée et maîtrisée » (Gauchet, 2004, p. 98). Si elle n'y est pas complètement parvenue, c'est justement en raison de la part inconsciente du désir d'enfant, qui échappe à la volonté et à la

programmation. La situation se complexifie encore si on considère les « effets inconscients de cette appropriation consciente de l'enfantement » (Gauchet, 2004, p. 99).

La contraception a donc permis aux femmes de se poser la question du désir d'enfant, de manière consciente. Elle a également introduit une obligation du désir d'enfant. Par contre, elle est loin d'exclure un désir d'enfant inconscient, qui ne se laisse pas soumettre à la volonté, et qui risque de resurgir à tout moment malgré les tentatives de contrôle, principalement lorsqu'il est en désaccord avec le désir conscient. En effet, l'inconscient ne connaît pas la planification (Szejer, 2010a), et se manifeste dans des actes manqués et des passages à l'acte.

La demande de contraception ne signifie donc pas une absence de désir d'enfant chez la femme, même si, nous allons le voir, elle peut l'influencer et le restreindre.

1.2. LE REPORT DU PROJET D' ENFANT

Nous avons vu que la contraception donne aux femmes un certain contrôle de la fertilité et leur permet de se poser consciemment la question du désir d'enfant. Nous allons montrer qu'elle impose à chaque femme d'y apporter une réponse personnelle, non seulement sous forme affirmative ou négative, mais encore de déterminer le moment idéal, les circonstances propices et les conditions minimales jugées nécessaires pour avoir un enfant, donc pour arrêter la contraception et programmer une grossesse. Nous allons présenter une notion nouvelle, le projet d'enfant, conscient et rationnel (Tilmant, 2008), qui a également pu émerger grâce à la contraception. Nous allons examiner le passage à l'acte de l'arrêt de la contraception, qui devient incontournable et doit être assumé par la femme. L'impression première laisse penser que la procréation devient une affaire privée, mais nous allons voir combien la société influence le report du projet d'enfant en définissant des normes. Nous allons voir que la contraception restreint le désir d'enfant et conduit surtout au report du projet d'enfant.

Libérée de l'obligation procréative par la contraception, la femme peut investir ou surinvestir d'autres domaines, tant professionnels que privés (Desjardins-Simon et Debras, 2010), dans lesquels elle s'épanouit, avant d'éventuellement envisager d'avoir un enfant. Chaque femme jouit de la liberté de choisir la vie qui lui convient (der Andreassian et Guillou, 2008 ; Devienne, 2007), et n'a plus à subir son destin. La contraception a changé le sens de la maternité et les enjeux de la sexualité (Gauchet, 2004), puisqu'elle les a dissociées l'une de l'autre (Campagna, 2011 ; Mimoun, 2007). Elle permet de distinguer

> « la sexualité objective ou naturelle (celle du processus biologique de la reproduction qu'on cherche à gouverner) de la sexualité subjective, celle, spécifiquement humaine et hautement singulière, du plaisir, d'un plaisir dominé par les représentations et les enjeux interpersonnels ». (Gauchet, 2004, p. 101)

La femme peut revendiquer son indépendance (Tilmant, 2008), viser une autonomie sociale, rechercher le plaisir sexuel sans risquer une grossesse (Mimoun, 2007). Elle rompt avec

> « le modèle féminin de la soumission, de la dépendance et de l'assignation uniquement maternelle. » (Hofman, 2011, p. 257)

La maternité n'est ainsi plus la seule identité féminine valable (Tilmant, 2008), mais une alternative parmi d'autres. Elle n'est plus acceptée passivement, sous contrainte, mais réellement choisie ou refusée (Bajos, 2010). La naissance d'un enfant devient attendue et sans surprise, ce qui, pour Frydman, Rufo et Schilte (2005), signifie que l'enfant est vraiment désiré. Mais

> « les grossesses dites planifiées ou programmées nous semblent correspondre à un désir restreint très conditionnel comportant des réserves et des risques lorsque la réalité s'éloigne trop du programme, du plan. » (Cukier-Hemeury, Lézine et de Ajuriaguerra, 1987, p. 78)

De plus, la contraception bloque l'élaboration psychique et imaginaire du désir d'enfant, qui est continuellement ajourné.

L'étape cruciale consiste en l'arrêt de la contraception, véritable passage à l'acte, plus ou moins délibéré (Athea, 1987). Nous avons vu qu'envisager une grossesse, c'est décider volontairement et consciemment de ne plus la refuser (Frydman, Rufo et Schilte, 2005). C'est la prise de décision d'arrêter la contraception qui est difficile (der Andreassian et Guillou, 2008). Dans notre culture, la fécondité n'est plus une fatalité, mais une décision et un choix considérés comme rationnels (Desjardins-Simon et Debras, 2010). La démarche s'inscrit dans

> « un plan de vie en relation avec les idéaux sociaux et familiaux de chaque individu, bien qu'il soit infiltré de significations inconscientes » (Vacheron, Ducroix et Choudey, 2008, p. 507)

Elle se veut raisonnable (Rosenblum, 2007), elle peut être longue et profonde (Frydman, Rufo et Schilte, 2005).

> « [Le] désir va devoir affronter la raison, dans un débat à l'issue toujours incertaine » (der Andreassian et Guillou, 2008, p. 101)

Le risque est le report perpétuel du projet d'enfant.

Le désir d'enfant semble devenir un problème de liberté individuelle (Moro, 2004 ; Mimoun, 2007),

> « la reproduction cesse d'être une affaire collective, elle qui représentait depuis toujours l'affaire collective par excellence » (Gauchet, 2004, p. 102)

La famille se transforme, avec une diminution du nombre d'enfants (Frydman, Rufo et Schilte, 2005), une baisse de la natalité, une augmentation de l'âge auquel la femme a son

premier enfant (Kellerhals et Widmer, 2007 ; Heslon, 1999). Mais, les chiffres et les opinions divergent à ce sujet. En effet, ni la légalisation de la contraception ni la révolution de Mai 68 n'ont conduit à une chute dramatique du nombre de grossesses (Magnier, 2010), comme le prévoyaient ou le craignaient les opposants à la contraception (Borten-Krivine, 2010). Par contre,

> « on enregistre une baisse continue des grossesses non prévues grâce à l'usage de la contraception moderne (près d'une grossesse sur deux était qualifiée d'imprévue en 1975 pour une sur trois aujourd'hui). » (Bajos, 2010, p. 549)

Socialement, la contraception a déplacé la norme procréative, qui est devenue celle de la non-fécondité (der Andreassian et Guillou, 2008), et de l'ajournement de la grossesse (Tilmant, 2008). On considère désormais comme normal de prendre une contraception depuis les premiers rapports sexuels, depuis l'adolescence, voire depuis la ménarche (Tilmant, 2008). La norme sociale va jusqu'à proposer une séquence contraceptive idéale au cours de la vie de la femme, à savoir l'utilisation du préservatif au début de la vie sexuelle et au début de chaque nouvelle relation, la pilule lorsque la relation se stabilise, et le stérilet après le premier accouchement (Bajos, 2010). La femme reçoit une injonction planificatrice au report du projet d'enfant à un âge socialement défini comme normal, c'est-à-dire environ entre vingt-cinq et trente-cinq ans. Les grossesses conçues avant vingt-cinq ans sont stigmatisées comme précoces et après trente-cinq ans comme tardives, sous-entendu à risque (Bajos, 2010). La société définit également les conditions idéales pour avoir un enfant : terminer une formation professionnelle, gagner convenablement sa vie, puis construire une maison (Mimoun, 2007), choisir le bon partenaire et enfin stabiliser la relation de couple. Le danger est qu'

> « A trop attendre l'idéal, on risque de ne jamais l'atteindre. » (Devienne, 2007, p. 83)

La contraception risque donc de restreindre le désir d'enfant de la femme, de le rendre conditionnel. Elle tend à pousser la femme au report sans fin de son projet d'enfant, en étant confortée, nous allons le voir, par une illusion de maîtrise de la fertilité.

1.3. L' ILLUSION DE LA MAITRISE DE LA FECONDITE

Nous allons montrer comment la contraception participe de la fausse certitude de maîtrise de la fertilité ou de la fécondation.

> « « Un enfant quand je veux, si je veux » voulait d'abord dire « Pas d'enfant si je n'en veux pas ». Progressivement, le slogan s'est transformé, dans l'imaginaire social et les fantasmes individuels, en « Un enfant quand je veux, dès que je veux » ». (Desjardins-Simon et Debras, 2010, p. 14)

La formule symbole de la lutte féministe (Tilmant, 2008) a ainsi été extrapolée de manière totalement incorrecte. La conviction est répandue que vouloir, c'est pouvoir. Associée à une

confiance exagérée en les techniques de procréation médicalement assistée et à la possibilité d'interrompre légalement une grossesse non désirée, la contraception

> « conforte […] dans une illusion de toute-puissance ». (Mimoun, 2007, p. 236)

Nous avons vu que la contraception a introduit le concept nouveau de projet d'enfant. Cette notion contient un désir de maîtrise, de programmation rationnelle fondée sur la liberté et la volonté individuelles. Il s'oppose aux aléas du hasard et de la fatalité. La maternité choisie semble le produit du libre arbitre (Devienne, 2007). La femme jouit de nouvelles possibilités, et se dégage des contraintes imposées par la nature (Gaudin, 2010). L'articulation entre l'humanité et l'animalité se trouve bouleversée par la maîtrise de la fécondité (Gauchet, 2004). Les relations entre l'homme et la femme, empreintes d'inégalité, s'en trouvent également modifiées. En effet, la contraception – associée à l'interruption légale de grossesse – déplace le pouvoir en faveur de la femme dans le domaine de la reproduction. Elle lui donne effectivement les moyens de choisir quand elle veut avoir un enfant et qui en sera le père, alors que c'était auparavant l'homme qui était maître de la fécondation (Frydman, Rufo et Schilte, 2005).

> « On peut parler du sexe comme institution parce que les relations qu'il crée sont loin d'être égalitaires et contractuelles, l'un des deux partenaires ayant à subir les choix de l'autre à la suite d'un rapport sexuel fécondant. Ainsi un homme ne peut-il pas refuser la paternité issue d'un rapport sexuel tandis que les femmes peuvent choisir de ne pas devenir mères. » (Iacub, 2004, p. 99)

Ce sentiment de liberté tend à occulter la persistance de certaines limites biologiques pour la femme, liées à sa période de fertilité définie dans le temps. Dès son apparition, la pilule a été accusée de rendre stérile. On sait maintenant que ce n'est pas le cas, mais à l'arrêt de la contraception, la femme retrouve sa fertilité naturelle préexistante, pas forcément bonne, et dépendante de l'âge (Magnier, 2010). Il ne faut donc pas se bercer d'illusion, et garder en tête que

> « l'abus de contraception nuit gravement à la reproduction. » (Belaisch-Allart, 2002, p. 798)

1.4. DU POINT DE VUE DU GYNECOLOGUE

Nous avons vu que, contrairement à ce que l'on pourrait penser *a priori*, une femme sous contraception peut avoir un désir d'enfant. Nous avons monté que la contraception modifie son désir d'enfant, la pousse au report de son projet d'enfant, et lui laisse parfois croire qu'elle pourra avoir un enfant quand elle le voudra. Nous allons examiner quelles en sont les implications pour le gynécologue.

Le gynécologue est le médecin de premier recours de la femme. Il s'intéresse aux pathologies féminines, ainsi qu'au maintien de la santé de la femme. En ce qui concerne la contraception,

la majorité des modalités les plus efficaces nécessitent une prescription médicale (notamment les pilules œstroprogestatives et progestatives, les patches Evra®, l'anneau vaginal Nuvaring®), voire une intervention médicale pour leur mise en place et/ou leur retrait (par exemple les différents stérilets au cuivre, le stérilet libérant un progestatif Mirena®, le bâtonnet Implanon® ou l'injection trimestrielle Depo Provera®). La femme s'adresse donc au gynécologue pour obtenir une contraception fiable, par opposition à la contraception dite naturelle (Mimoun, 2007). Elle en choisit souvent elle-même le type souhaité. En effet, les besoins en contraception varient d'une femme à l'autre et dépendent parfois du ou des partenaires. Ils évoluent au cours du temps, en fonction de la phase de la vie traversée et du type d'activité sexuelle actuelle (Mimoun, 2007). La demande de contraception constitue un bon exemple de la prise en charge de sa propre santé par une patiente qui n'est pas malade (Magnier, 2010). Même s'il peut déléguer une partie du conseil à un autre professionnel de la santé – par exemple à un conseiller en santé sexuelle exerçant dans un centre de planning familial – le médecin porte la responsabilité de la prescription, bien au-delà de l'exclusion de contre-indications physiques. Il se doit d'informer sa patiente, de lui exposer les avantages et les inconvénients des différentes méthodes, sans se laisser influencer par ses choix personnels (Mimoun, 2007), ni par la norme sociale que nous avons exposée ci-dessus.

Le gynécologue gagne à comprendre les enjeux qui se cachent derrière la contraception. Il devrait interroger sa patiente quant à son désir d'enfant et à ses projets. Les femmes doivent connaître la diminution de leur fertilité avec l'âge et les limites de la prise en charge de l'infertilité, dont nous reparlerons. Le gynécologue doit appréhender la part inconsciente qui se cache derrière le plan de vie programmé de ses patientes, et connaître les conséquences potentielles tant de la peur de la grossesse que de la crainte de la stérilité (Langer, 2008), en particulier chez les femmes qui prennent une contraception depuis de longues années (Mimoun, 2007). Le destin de la femme n'est plus tracé et la liberté psychique peut être angoissante (André, 2009). Contre toute attente, malgré la contraception, de nombreuses grossesses restent non planifiées ou non désirées dont certaines sont volontairement interrompues, nous allons en reparler. On peut y voir la marque du désir inconscient, qui ne se soumet pas à la planification. La motivation consciente et inconsciente des utilisatrices de contraception en détermine l'efficacité. Si l'ambivalence est trop importante, le choix se porte sur des méthodes moins efficaces et la compliance est moins bonne (Nisand, 2003). Le gynécologue doit en tenir compte et explorer ces pistes avec ses patientes.

2. DEMANDE D' INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Alors que la légalisation de la contraception a été légitimée par son impact préventif probable sur une diminution du nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG), la réalité actuelle ne correspond pas entièrement aux attentes et espoirs initiaux. Après avoir présenté un bref rappel historique, exposé les différentes méthodes utilisées – chirurgicale et médicamenteuse – énoncé quelques chiffres et rappelé le cadre légal, nous allons essayer de comprendre les raisons de la persistance d'un nombre irréductible de ces interruptions. Nous allons voir que les grossesses non prévues et les interruptions qui s'ensuivent résultent le plus souvent d'échecs de contraception. Nous allons en examiner les causes, qui se situent moins dans un manque d'accès à la contraception ou dans une efficacité insuffisante des moyens disponibles, que dans des raisons inconscientes. Pour ce faire, nous allons distinguer le désir de grossesse du désir d'enfant, et montrer que les femmes qui ont recours à l'IVG n'ont pas de projet d'enfant conscient. Nous aborderons ensuite le cas particulier des grossesses à l'adolescence, qui présentent des caractéristiques propres, et qui se terminent actuellement en majorité par une IVG. Nous verrons enfin que l'interruption de grossesse, en tant qu'intervention médicale conduite dans un cadre défini par la loi (Mimoun, 2007), intéresse particulièrement le gynécologue.

> « Aussi loin que l'on retourne dans l'histoire, l'avortement a toujours existé. Les femmes n'y ont jamais renoncé même au risque de leur vie. Primitivement, l'alternative était l'infanticide. Il faut toujours garder à l'esprit ces faits fondamentaux. » (Magnier, 2010, p. 552)

Rappelons que l'interruption volontaire de grossesse est restée illégale jusqu'à très récemment, et l'est encore dans un pays limitrophe. Les citoyens du Liechtenstein ont en effet refusé sa légalisation par une votation populaire en septembre 2011. Elle a même été considérée pendant la seconde Guerre mondiale comme un crime contre l'Etat français, « passible de la peine de mort », alors que des lois natalistes étaient promulguées (Mimoun, 2007, p. 475 ; http://fr.wikipedia.org). En Suisse, son interdiction était inscrite dans le Code pénal, entré en vigueur en 1942 (http://www.svss-uspda.ch). Sa dépénalisation et son remboursement semblent maintenant acquis dans une majorité des pays occidentaux. Mais ce statut légal reste fragile et précaire, remis périodiquement en question par différents groupes de pression. Il fait régulièrement l'objet de manifestations d'opposants, comme dernièrement à Zurich. En Suisse, l'initiative populaire "Financer l'avortement est une affaire privée" vient d'être déposée début juillet 2011. Elle demande que les coûts de l'interruption de grossesse et de la réduction embryonnaire soient retirés du catalogue des prestations à charge de l'assurance maladie de base. Elle vise ainsi, sous couvert d'une baisse des coûts de la santé, une diminution du nombre d'interruptions de grossesse par une limitation à leur accès (http://www.svss-uspda.ch). Dans l'Hexagone, l'IVG a été provisoirement légalisée en 1975 par la loi Veil, pour une période de cinq ans, puis définitivement en 1980 par la

loi Pelletier (Borten-Krivine, 2010 ; http://fr.wikipedia.org). Elle y est remboursée par la Sécurité sociale depuis la loi Roudy de 1982 (Mimoun, 2007 ; http://fr.wikipedia.org). Aux Etats-Unis, la légalisation de l'avortement par un arrêt de la Cour suprême date de 1973 (http://www.svss-upsda.ch). En Suisse, après trente ans de débats, l'initiative "Pour la mère et l'enfant", qui demandait une interdiction absolue de l'avortement a été refusée en 2002 par 81,7% des votes, et le régime du délai a été accepté par 72,2%. Les articles 118 à 121 du Code pénal ont été modifiés en conséquence. Dans les douze premières semaines d'aménorrhée, la décision d'interrompre ou non une grossesse appartient désormais à la femme enceinte, qui doit invoquer une situation de détresse et être conseillée personnellement de manière approfondie par un médecin. Au-delà du premier trimestre de grossesse, l'interruption reste possible et non punissable dans des conditions strictes. Un avis médical doit attester qu'elle est nécessaire pour éviter un danger grave menaçant la santé, ou que la femme se trouve dans un état de détresse d'autant plus profond que la grossesse est avancée. Quant à l'obligation du remboursement des frais, elle a été inscrite dans la loi sur l'assurance maladie (LAMAL) bien avant l'introduction du régime des délais, en 1981, suite à une décision du Tribunal fédéral des assurances. Le remboursement se fait aux mêmes conditions que celui des coûts de traitement d'une maladie. Mais, nous l'avons vu, il risque d'être prochainement remis en cause par l'initiative citée ci-dessus. (http://www.svss-upsda.ch).

Classiquement effectuée par curetage, l'IVG se pratique depuis les années septante par aspiration selon la méthode dite Karman, après dilatation médicamenteuse puis instrumentale du col, sous anesthésie locale ou le plus souvent générale (Mimoun, 2007 ; Moullier et Mesle, 2006). La loi française autorise l'interruption médicamenteuse de grossesse depuis 1988 (Moullier et Mesle, 2006), et a été assouplie en 2004, pour permettre de l'effectuer à domicile ou au cabinet médical (Mimoun, 2007 ; Bajos, 2010 ; http://fr.wikipedia.org). En Italie, la pilule abortive n'est autorisée que depuis 2009, en raison des nombreuses polémiques ayant précédé son introduction (http://www.svss-upsda.ch). En Suisse, elle a été définitivement admise en 1999 (http://www.svss-upsda.ch). Cette méthode se fonde sur la découverte faite par Beaulieu en 1982 que la mifépristone, ou RU 486 (Mifégyne®), provoque un arrêt de la grossesse par action antiprogestérone, et peut ainsi déclencher un avortement (Borten-Krivine, 2010). Selon un protocole séquentiel, on fait suivre cette pilule par l'administration d'un analogue de prostaglandine (Cytotec®) deux jours plus tard, ce qui induit l'expulsion du produit de conception (Mimoun, 2007). Ce procédé constitue une alternative à l'interruption chirurgicale en début de grossesse, avec une efficacité inférieure et un taux d'échec de 3 à 5% (Moullier et Mesle, 2006). Il est à l'origine autorisé jusqu'à 49 jours ou 7 semaines d'aménorrhée, mais son indication tend à être élargie et prolongée. L'Agence européenne des médicaments a ainsi admis en 2008 son utilisation jusqu'à 63 jours ou 9 semaines d'aménorrhée (http://www.svss-upsda.ch). Elle entraîne en effet peu de complications, facilite l'accès à l'IVG, ne

nécessite pas d'anesthésie ni de geste invasif, et paraît moins médicalisée (Borten-Krivine, 2010). En Suisse, 60% des interruptions de grossesse se font actuellement par la méthode médicamenteuse (http://www.svss-uspda.ch). Cependant, le vécu est très différent de celui d'une opération sous narcose et peut être ressenti négativement. En effet, seules 40% des femmes qui y ont eu recours seraient prêtes à le refaire si nécessaire, alors que 70% choisiraient à nouveau une IVG chirurgicale sous anesthésie générale (Mimoun, 2007).

Puisqu'on considère que les femmes savent désormais comment ne pas tomber enceintes lorsqu'elles ne le veulent pas, la contraception devrait en toute logique avoir diminué le nombre d'IVG. Or, il est impossible de le démontrer avec certitude, étant donné que le nombre d'avortements auparavant effectués clandestinement n'est pas connu avec précision et ne peut être qu'estimé approximativement (Magnier, 2010). En Suisse, on évalue à 20'000 à 50'000 par an le nombre d'avortements illégaux qui se pratiquaient jusque dans les années cinquante-soixante. On considère que, s'ils n'ont peut-être pas totalement disparu, leur nombre est actuellement négligeable. Le dernier décès lié à un avortement illégal en Suisse date de 1973, la dernière condamnation d'une femme de 2001 (http://www.svss-uspda.ch). Le nombre d'IVG n'a en tout cas pas augmenté depuis la légalisation, contrairement à ce que pensaient ses détracteurs. En Suisse, il a commencé à diminuer à la fin des années soixante, et s'est stabilisé dans les années nonante, passant d'environ 15'000 par an dans les années septante à 10'000 par an aujourd'hui (http://www.svss-uspda.ch). Les chiffres à partir de 2002 sont bien connus, puisque la loi oblige les cantons à tenir des statistiques et les médecins à annoncer de manière anonyme toutes les IVG qu'ils pratiquent. Le taux suisse actuel de 6,8 par an pour 1000 femmes de 15 à 44 ans, 13,3 pour 100 naissances, 1 grossesse sur 9, se situe parmi les plus bas en Europe occidentale. Les IVG tendent à être effectuées à un stade de plus en plus précoce, depuis l'introduction de la méthode médicamenteuse et la suppression de l'avis conforme, qui fait gagner du temps en supprimant l'obligation d'obtenir un deuxième avis médical (http://www.svss-uspda.ch). En France, il y a 1 avortement pour 2 femmes, pour 3 naissances et pour 4 conceptions (http://www.genethique.org). En moyenne, chaque femme a environ une grossesse non désirée dans sa vie, qu'elle décide d'interrompre dans la moitié des cas (Nisand, 2003). En tenant compte des IVG répétées, qui représentent une proportion de 17 à 20%, on estime à 40% la proportion de femmes ayant recours au moins une fois à un avortement (Bajos, 2010) ou une femme sur 5 ou 6 en Suisse (http://www.svss-uspda.ch). On sait que le taux de grossesses non prévues a diminué, passant de 50% en 1975 à 33% aujourd'hui. Par contre, le recours à l'IVG en cas de grossesse imprévue a augmenté dans le même intervalle, progressant de 40% en 1975 à 60% aujourd'hui (Bajos, 2010), en particulier chez les femmes mineures (Mimoun, 2007). Tous les âges et tous les milieux sociaux sont concernés, avec une surreprésentation des femmes jeunes, puisqu'elles sont plus fertiles et sexuellement plus actives. Les IVG à répétition

touchent majoritairement des femmes ayant eu des premiers rapports précocement, ayant souvent déjà un ou plusieurs enfants, et se trouvant dans une situation conjugale, économique et sociale difficile. (Bajos, 2010 ; Mimoun, 2007). En Suisse, les femmes migrantes ou d'origine étrangère, qui représentent 27% des femmes de 15 à 44 ans, subissent 50% des IVG (http://www.svss-uspda.ch).

Les taux de grossesses « involontaires » (Szejer, 2010a) et d'IVG restent plus élevés qu'on pouvait l'espérer. On peut donc se demander si l'accès à la contraception est réellement suffisant. De fait, une large palette de moyens de contraception est à disposition des femmes occidentales. Un effort grandissant d'éducation et d'information a été fourni. Les moyens de contraception les plus efficaces nécessitent certes une consultation et une prescription médicale, ce qui peut se révéler problématique dans certains cas. La précarité, notamment, complique l'accès à la contraception et à une sexualité maîtrisée et assumée (Mimoun, 2007). La remise de la contraception post-coïtale a également été facilitée, afin de donner la possibilité de rattraper rapidement les échecs de contraception décelés (Mimoun, 2007). En Suisse et en France, le Norlevo® est disponible en pharmacie sans ordonnance pour les femmes de plus de 16 ans et doit être pris dans les 72 heures, mais a encore un certain effet dans les 5 jours. La prévalence de la prise de contraception est un bon reflet de son accessibilité : 97% des femmes qui ne veulent pas d'enfant prennent un contraceptif (Bajos, 2010). Mais les grossesses imprévues ne se limitent pas aux 3% de femmes sans contraceptif et ne sont donc pas expliquées par un accès insuffisant à la contraception. Elles apparaissent dans la majorité des cas suite à un échec de contraception plutôt qu'à son absence (Mimoun, 2007). Deux tiers des grossesses non prévues surviennent sous contraceptif, dont 30% sous contraception médicalisée. En Suisse, 60% des IVG font suite à un échec de contraception (http://www.svss-upsda.ch).

> « Parmi les femmes ayant recours à l'IVG, 28% n'ont pas de contraception, 23% sont sous pilule, 19% sous préservatif, 19% sous « méthodes naturelles » et 7% sous stérilet ». (Mimoun, 2007, p. 477)

On s'interroge alors sur les causes de ces échecs de contraception. S'agit-il d'une efficacité insuffisante des moyens contraceptifs ? Certes, aucun contraceptif, aussi efficace soit-il, ne possède une fiabilité de 100%. Mais les taux d'échec théorique des différentes méthodes, exprimés couramment par l'indice de Pearl, ne rendent compte ni de l'ampleur des grossesses non voulues ni du nombre d'interruptions de grossesse.

Comment se fait-il, alors que la contraception est largement diffusée et a atteint une efficacité satisfaisante, que de nombreuses femmes persistent à être enceintes sans le vouloir, et à demander des interruptions de grossesse ? Les grossesses non prévues apparaissent suite à des actes manqués ou des passages à l'acte (Szejer, 2010a). Les échecs de contraception résultent souvent d'une

compliance insuffisante. La motivation, tant consciente qu'inconsciente, des utilisatrices détermine l'efficacité de la contraception (Nisand, 2003). Les échecs peuvent être dus à un manque d'information ou à de fausses croyances, notamment dans certaines franges sociales ou culturelles de la population (Mimoun, 2007). Les arrêts provisoires et les changements de méthode constituent également des moments de vulnérabilité. Il est donc important que le moyen contraceptif soit adapté au mode de vie individuel de la femme, en considérant par exemple la régularité ou non de la vie sexuelle et des horaires de travail. (Bajos, 2010). L'incapacité à gérer de concert l'activité sexuelle et la contraception joue également un rôle, en particulier au début de la vie sexuelle (Mimoun, 2007). Mais la raison la plus fréquente d'échec de contraception est en fait le désir inconscient de grossesse. En effet, il ne faut pas croire que désir de grossesse et désir d'enfant se confondent. Nous allons voir que la femme peut vouloir une grossesse en tant que telle et que la grossesse non désirée constitue un symptôme névrotique (Langer, 2008). La femme peut également se trouver dans l'impossibilité d'assumer une grossesse initialement désirée. (Mimoun, 2007).

Nous allons voir que les femmes qui demandent une interruption de grossesse n'ont souvent pas de projet conscient d'enfant. Nous allons nous intéresser aux grossesses à l'adolescence, qui aboutissent en majorité à une IVG (Mimoun, 2007). Nous allons examiner l'importance pour le gynécologue de comprendre qu'une patiente demandant une interruption de grossesse peut avoir malgré tout un désir de grossesse, voire une désir d'enfant.

2.1. LE DESIR DE GROSSESSE

Nous allons voir que, curieusement, le désir de grossesse est

> « la cause la plus fréquente des grossesses non voulues ou impossibles à mener à leur terme » (Mimoun, 2007, p. 477)

et qu'

> « Une grossesse refusée n'est pas nécessairement le fruit d'une conception involontaire » (Nisand, 2001, p. 410)

Nous allons montrer que les manifestations de l'inconscient sont d'autant plus visibles lorsqu'elles ne sont pas en accord avec le conscient (der Andreassian et Guillou, 2008). Nous allons réfléchir à ce que représente le désir de grossesse, au fait qu'il n'est pas synonyme de désir d'enfant, et qu'il n'est pas incompatible avec une demande d'interruption.

Le désir de grossesse chez la femme cache souvent un désir de réussite, une envie de prouver qu'elle peut de tomber enceinte (Devienne, 2007). La grossesse incarne la capacité de procréation (Tilmant, 2008) et démontre la potentialité de maternité, sans forcément impliquer un désir d'enfant réel. La femme cherche parfois à tester sa fécondité, hantée qu'elle est par

une angoisse de stérilité. Ce doute, plus ou moins conscient, est induit ou renforcé par la prise de contraception (der Andreassian et Guillou, 2008 ; Mimoun, 2007). En effet, après de nombreuses années passées sous contraceptif, dans une culture marquée par la peur de la conception (Szejer, 2010a), la femme finit par se vivre, se penser et, paradoxalement, se craindre stérile (Collier, 2010). Cette conviction résulte dans d'autres cas d'une appréhension des conséquences éventuelles d'une ou plusieurs interruptions de grossesse antérieures. En cherchant à tomber enceinte par arrêt de la contraception ou actes manqués répétés (Mimoun, 2007), la femme veut se prouver à elle-même et à la société que son corps fonctionne, et se persuader qu'elle maîtrise sa fertilité (Frydman, Rufo et Schilte, 2005). Elle s'en trouve rassurée quant à sa capacité reproductrice, qui constitue une part importante de son identité et de sa féminité (Frydman, Rufo et Schilte, 2005). Dans le cas contraire, elle se sentirait diminuée (Devienne, 2007).

La femme peut vouloir ressentir la complétude du fait d'être enceinte (Tilmant, 2008). L'interruption de grossesse permet à la femme qui y a recours de prendre une décision réversible : tomber enceinte et se vivre mère, puis interrompre la grossesse et redevenir fille (Diamantis, 2010), et éviter finalement de prendre la place de sa mère.

Certaines femmes, qui ont voulu tomber enceintes, éprouvent un sentiment d'intrusion et d'envahissement insurmontable dès la confirmation de la grossesse, qui n'est pas liée à la perspective de la naissance d'un enfant. Elles interrompent alors cette grossesse désirée, dans une réaction de protectionnisme face à un « passager clandestin » (Schneider, 2010).

La grossesse peut avoir été intimement désirée et se révéler impossible à assumer dans les conditions objectives défavorables dans lesquelles la femme se trouve, sur le plan conjugal, psycho-social ou économique (Mimoun, 2007).

De manière paradoxale et surprenante, le désir de grossesse semble donc être une des causes les plus fréquentes de la survenue de grossesses non voulues ou de la demande d'interruption de grossesse.

2.2. L' ABSENCE DE DESIR D' ENFANT ET DE PROJET D' ENFANT

Nous avons déjà vu qu'il ne faut pas confondre désir de grossesse et désir d'enfant. Les grossesses interrompues témoignent en majorité d'une absence de projet d'enfant, voire d'une absence de désir d'enfant, ce qui n'exclut pas un désir de grossesse.

> « [La] différence entre le désir de grossesse et celui d'enfant, et peut-être entre enfant réel et enfant imaginaire constitue un espace suffisant pour avorter. » (Mimoun, 2007, p. 478)

Notre culture est empreinte, comme nous l'avons vu, de la peur de la conception et d'une injonction sociale au report de la maternité jusqu'à l'obtention des conditions socialement indispensables pour permettre l'arrivée d'un enfant.

> « L'interdit d'enfanter empêche l'élaboration imaginaire du désir d'enfant. » (Szejer, 2010a, p. 600)

La conception se fait par un passage à l'acte, conduit par un désir inconscient, et la grossesse surgit sans projet construit.

L'ambivalence, normale chez toute femme enceinte, est alors parfois interprétée comme le fait de ne pas être encore prête à avoir un enfant (der Andreassian et Guillou, 2008), et la résolution de cette ambivalence se fait souvent par l'interruption volontaire de la grossesse (Tilmant, 2008). La femme a peur de ne pas savoir faire, de ne pas être capable d'élever un enfant. Elle invoque régulièrement la responsabilité envers un enfant, parfois une peur de l'avenir ou du surmenage que pourrait induire l'arrivée d'un enfant. Elle considère nécessaire d'avoir construit un couple stable avec un partenaire en accord avec le projet d'enfant, avant d'envisager de mener une grossesse à terme. La demande d'IVG est souvent motivée par une mauvaise relation de couple ou des raisons professionnelles. Les motifs uniquement financiers sont rares, les raisons de santé physique ou psychique ne concernent que 4,5% des demandes d'IVG. (http :www.svss-uspda.ch).

Ces grossesses mal planifiées ne représentent pas un enfant de moins, mais un enfant reporté (der Andreassian et Guillou, 2008). De manière paradoxale, comme nous l'avons vu pour la contraception, en permettant de ne pas avoir un enfant non désiré, l'IVG permet « l'accès à la maternité heureuse » (Nisand, 2003, p. 499), lorsque la femme décide de poursuivre sa grossesse et donne naissance à un enfant désiré.

> « Le libre choix de la maternité revendiqué au sujet de la libéralisation de l'avortement était en fait davantage un libre choix de non-maternité » (Engeli, 2009, p. 204)

mais qui a finalement ouvert la voie à la liberté de maternité. Le refus d'une grossesse est ainsi souvent suivi par le désir actif d'avoir un enfant, auquel la femme a le temps de se préparer (Frydman et Szejer, 2010a).

L'injonction au report et la planification des grossesses conduit au refus de certaines grossesses, désirées ou non, en l'absence de projet construit.

2.3. LES GROSSESSES CHEZ LES ADOLESCENTES

Nous allons nous intéresser au cas particulier au désir de grossesse chez l'adolescente et sur les raisons de sa concrétisation ou non, dans notre société où

> « la grossesse précoce est l'archétype de l'« accident à éviter ». La prévention vise à limiter les grossesses par la contraception, et quand elles surviennent sans avoir été désirées, à les interrompre. » (Alvin, 2010, p. 713)

Qu'entendons-nous par adolescence et adolescentes ? L'OMS a défini en 1974

> « l'adolescence comme la période au cours de laquelle : 1) l'individu passe du stade de la première apparition des caractères sexuels secondaires à celui de la maturité sexuelle ; 2) les processus psychologiques et les mécanismes d'identification cessent d'être ceux d'un enfant pour devenir ceux d'un adulte ; 3) le passage se fait de l'état de dépendance socio-économique totale à l'état d'indépendance relative. » (Faucher, Dappe, et Madelenat, 2002, p. 948)

Cette définition permet une délimitation relativement claire par rapport à l'enfance, mais ne propose pas de distinction évidente par rapport à l'âge adulte. Depuis 1998, l'OMS considère les jeunes de 10 à 19 ans comme des adolescents. Lorsqu'on parle de grossesse chez les adolescentes dans les études françaises, on assimile les adolescentes aux mineures et on prend en compte les filles jusqu'à 18 ans (Faucher, Dappe, et Madelenat, 2002). La frontière entre les grossesses chez les adolescentes, qui seraient à risque, et les grossesses chez les adultes jeunes, qui seraient normales et sans spécificité, est cependant artificielle et ne reflète pas la réalité clinique des grossesses précoces (Wendland, 2010). On observe en effet une problématique semblable à celle de l'adolescence au début de l'âge adulte, surtout dans notre société où l'adolescence, la période de formation et de dépendance tant économique qu'affective, a tendance à se prolonger.

> « L'adolescence est donc une notion floue, déterminée culturellement et socialement ». (Faucher, Dappe, et Madelenat, 2002, p. 948)

En France, les taux de femmes mineures enceintes et accouchant d'un enfant vivant ont fortement diminué au cours des dernières décennies. Les grossesses précoces sont interrompues quatre fois sur 5, et les naissances chez les moins de 18 ans représentent seulement 0,6% de l'ensemble des naissances. (Alvin, 2010). En Suisse, le nombre de grossesses chez des adolescentes de 15 à 19 ans est très faible et tend également à diminuer. Les grossesses chez les moins de 15 ans sont exceptionnelles, avec une tendance à l'augmentation du taux d'IVG chez les très jeunes filles. Le taux d'avortements se situe entre 2,6 et 10,2 pour 1000 adolescentes, avec une moyenne de 4,5 pour 1000. 9% des interruptions de grossesses effectuées en Suisse concernent des femmes de moins de 20 ans. La natalité chez les adolescentes continue également à baisser depuis les années septante. (http://www.svss-uspda.ch).

En Suisse, la loi sur l'interruption volontaire de grossesse fait une distinction entre les femmes de plus de 16 ans, autorisées à demander une interruption de grossesse lors d'une consultation médicale, et les femmes de moins de 16 ans, qui doivent obligatoirement bénéficier d'un entretien supplémentaire dans un centre de consultation spécialisé. Elle permet l'interruption

de grossesse chez la mineure sans que ses parents ne soient consultés ni même n'en soient informés (http://www.svss-uspda.ch).

A cet âge, le désir de grossesse peut être très fort, mais reste le plus souvent imaginaire (Hofman, 2011). Socialement, ce désir est considéré hors norme (Hofman, 2011), avec une injonction à en différer la réalisation – nous en avons parlé. La période de fertilité biologique ne concorde ainsi pas avec la période socialement normative pour procréer (Squires, 2008).

D'un point de vue psychologique, le désir de grossesse à l'adolescence peut revêtir différentes significations. Il est rarement question de désir d'enfant. L'enfant imaginaire est difficile à cerner chez les adolescentes hors grossesse ou en cours de grossesse. Chez elles, la construction de la représentation de l'enfant se fait seulement après la naissance, en présence de l'enfant (Delotte et *al.*, 2007).

L'adolescente – comme la femme plus âgée, nous l'avons vu – cherche parfois à vérifier son intégrité corporelle et le fonctionnement des organes reproducteurs (Faucher, Dappe, et Madelenat, 2002). Elle souffre déjà d'angoisse de stérilité. En effet, culturellement, la femme n'est pas considérée comme complète tant qu'elle n'a pas apporté la preuve de sa fertilité (Hofman, 2011). Elle vise une restauration de son « narcissisme défaillant », par l'obtention du statut social valorisant conféré par la maternité, dans une situation qui lui offre peu d'autres perspectives (der Andreassian et Guillou, 2008, p.49). La grossesse offre une « alternative de réussite sociale » (Hofman, 2011, p. 244) dans « un mécanisme plus ou moins conscient d'adaptation à une situation de précarité relationnelle ou sociale » (Alvin, 2010, p.713).

L'adolescente a aussi un désir de bébé, c'est-à-dire une envie de materner un être auquel elle veut donner ce qu'elle-même n'a pas reçu, et réparer ainsi les carences de sa propre enfance. Elle espère ainsi redevenir elle-même un bébé et retrouver l'enfance dont elle n'a pas profité (Faucher, Dappe, et Madelenat, 2002 ; der Andreassian et Guillou, 2008). Elle pense grandir en même temps que son enfant (Wendland, 2010). Cet aspect reflète un manque affectif (Frydman, Rufo et Schilte, 2005) que l'adolescente tente de combler par l'enfant, utilisé en tant qu'objet (Faucher, Dappe, et Madelenat, 2002).

La survenue d'une grossesse à l'adolescence est influencée par des facteurs psychologiques et par l'histoire de la relation aux parents (Hofman, 2011). Une partie de ces grossesses reposent sur l'affirmation de soi (Szejer, 2010a). Mais ce sont surtout les facteurs sociaux et culturels dont l'importance prédomine. On enregistre notamment un taux de grossesses chez les adolescentes toujours élevé aux USA par rapport aux autres pays occidentaux (Heavey et *al.*, 2008), pour des raisons obscures. La précarité liée au jeune âge rend certes plus difficile

l'accès à la contraception. On incrimine le manque d'informations et de connaissances des jeunes femmes (Bajos, 2010), qui ne suffit pas à expliquer la survenue des grossesses à l'adolescence (Faucher, Dappe et Madelenat, 2002). Le problème se situe plutôt dans la non-reconnaissance sociale de la sexualité des jeunes dans certains milieux, qui rend difficile l'inscription dans une démarche contraceptive (Bajos, 2010). Ces facteurs compliquent aussi l'acceptation d'une grossesse ou de son interruption (Mimoun, 2007). Mais on constate que ces grossesses peuvent aussi résulter d'un projet ou d'un choix, contrairement au paradigme actuel qui veut que les grossesses adolescentes soient forcément le fruit d'une erreur ou d'un accident (Heavey et *al.*, 2008). L'éducation sexuelle, construite sur ce paradigme erroné, ne parvient pas à faire disparaître ces grossesses désirées ou programmées. Lorsque la maternité s'inscrit dans les projets de l'adolescente, voire qu'elle constitue son seul projet, elle est très difficile à prévenir (Alvin, 2010). La recherche d'intégration sociale influence le fait de garder l'enfant, surtout chez les filles de milieux socio-éducatifs bas, avec des carences affectives et un narcissisme défaillant. Mais, contrairement au but recherché, la maternité précoce est statistiquement liée à des difficultés sociales (Faucher, Dappe et Madelenat, 2002). La question reste ouverte de savoir « si la survenue d'une maternité aggrave ou non le pronostic socio-économique » chez ces adolescentes, ou si leur avenir aurait été défavorable également sans l'apparition d'une grossesse (Faucher, Dappe et Madelenat, 2002, p. 950). La grossesse constitue une « stratégie d'adaptation » délibérée (Faucher, Dappe et Madelenat, 2002, p. 949), qui nécessite principalement « une maturation psychique qui permette d'envisager un glissement d'identité » en devenant le parent de ses enfants et en renonçant à être l'enfant de ses parents (der Andreassian et Guillou, 2008, p. 58). La grossesse permet de s'affirmer socialement en tant que femme et, pour certaines adolescentes, en tant qu'adulte. Elle tient lieu de rite de passage vers le monde adulte (Abdel-Baki et *al.*, 2004a ; Cournoyer, 1995).

La grossesse et l'oubli de contraception peuvent être l'expression de prises de risques liées à l'adolescence (Faucher, Dappe et Madelenat, 2002) ou incarner une provocation à l'attention de ses propres parents (Hofman, 2011). La grossesse révèle de manière ostensible l'existence d'une activité sexuelle, qui peut être interdite par ses parents ou taboue (Hofman, 2011). Elle est le signe d'une élaboration difficile de la sexualité (Frydman, Rufo et Schilte, 2005), d'une sexualité immature prégénitale centrée sur la recherche d'amour plus que sur l'accès au plaisir sexuel (Wendland, 2010). Dans la même optique, certaines adolescentes veulent devenir mère pour ne pas devoir être femme, au sens sexué. Le déni de l'acte sexuel peut conduire au déni de la grossesse (Wendland, 2010).

Parmi les adolescentes enceintes, peu gardent la grossesse (Hofman, 2011). En France, plus de 60% des grossesses chez les adolescentes se terminent par une IVG (Mimoun, 2007). L'ambivalence est parfois extrême, avec des conséquences violentes, pouvant aller jusqu'à l'autodestruction (Hofman, 2011).

L'absence consciente de désir d'enfant est peu citée comme motif de demande d'interruption de grossesse à l'adolescente, seulement dans 8,8% des cas (Delotte et *al.*, 2007). Le jeune âge, par contre, qui interdit l'élaboration d'un désir ou d'un projet d'enfant, est invoqué en tant que tel pour demander une IVG, dans une dynamique de « conformation sociale », comme si la grossesse faisait prendre conscience du statut social d'adolescente (Delotte et *al.*, 2007, p. 663).

L'interruption de grossesse peut être le premier acte adulte, qui s'oppose à l'opinion anti-avortement présumée des parents et de la société (Mimoun, 2007). C'est alors un acte vécu comme initiatique (Diamantis, 2010). Au niveau psychologique, certaines de ces grossesses résultent de conflits oedipiens mal résolus, qui n'autorisent inconsciemment pas toujours la naissance d'un enfant (Szejer, 2010a). Certaines grossesses constituent un passage à l'acte anxiolytique et masquent une demande d'aide (Szejer, 2010a).

La procréation et la sexualité chez les adolescentes semblent bien dissociées, tant par la société que par les filles elles-mêmes.

> « Ces jeunes patientes se perçoivent donc comme suffisamment matures pour avoir des relations sexuelles, mais pas suffisamment pour assumer la charge d'un enfant. » (Delotte et *al.*, 2007, p. 665)

Les adolescentes requièrent de l'aide pour effectuer leur choix, des informations précises et détaillées sur leurs droits, les modalités d'interruption de grossesse ou les contraintes d'un suivi de grossesse, ainsi que du soutien face à « la crise familiale corollaire à la révélation de la grossesse » (Alvin, 2010, p, 715).

2.4. DU POINT DE VUE DU GYNECOLOGUE

Dans la terminologie médicale, on parle d'interruption d'une grossesse non désirée. Or la grossesse, voire l'enfant, peuvent être désirés sans que l'enfant réel n'ait de place et n'entre dans un projet. Pour le gynécologue, il est important de comprendre qu'il existera toujours des demandes d'interruption de grossesse qui ne peuvent pas être prévenues, malgré l'accès à des moyens contraceptifs efficaces. Il ne doit pas se contenter de rester à un niveau rationnel. Toute femme enceinte se trouve devant une ambivalence, que chacune résout de manière différente. Les patientes ont besoin d'aide individualisée dans leur cheminement, et surtout de

soutien dans la concrétisation de leur décision lourde de sens, qui requiert une intervention médicale.

L'IVG est effectuée dans des conditions précisées par la loi (Mimoun, 2007). En Suisse, la femme est légalement seule juge de la détresse qui l'amène à demander une IVG dans les limites des 12 semaines d'aménorrhée (Magnier, 2010). Mais, historiquement, les médecins ont présenté de fortes réticences face à l'IVG, qui reste un acte peu valorisé (Bajos, 2010). S'ils disposent d'une clause de conscience (Magnier, 2010), ils sont tenus d'adresser la patiente à un confrère à même de réaliser la prise en charge.

Le développement de la méthode médicamenteuse facilite l'accès à l'IVG. Il n'y a entre autres plus de nécessité de trouver un médecin opérateur pour effectuer le curetage. C'est la femme qui concrétise sa volonté en avalant le comprimé abortif, dans des conditions contrôlées médicalement.

3. DEMANDE DE STERILISATION

La stérilisation à visée contraceptive fait partie des diverses possibilités à disposition des femmes lorsqu'elles ne veulent pas ou plus d'enfants. Elle n'est pas assimilable aux autres méthodes contraceptives que nous avons discutées précédemment, dont l'effet est transitoire et réversible. Elle constitue plutôt le meilleur moyen de supprimer volontairement et définitivement les facultés reproductives (www.ccne-ethique.fr). Elle nécessite une intervention chirurgicale, dont nous allons présenter brièvement les différentes techniques. Nous allons voir que son efficacité n'est pas absolue et que sa réversibilité peut parfois être possible, mais n'est pas garantie. Nous allons énoncer quelques chiffres montrant qu'elle est une solution répandue au niveau mondial, mais que son taux varie selon les régions et les cultures, et qu'elle est notamment faible en France. En Europe, elle s'inscrit dans les limites d'un cadre légal bien précis et très récent. Nous allons exposer le contenu des lois française et suisse. Nous allons discuter les spécificités de cette démarche.

La stérilisation à but thérapeutique chez la femme atteinte dans sa santé physique ou intolérante aux contraceptifs traditionnels, ainsi que la stérilisation à visée contraceptive chez la femme vieillissante ou chez la grande multipare – ayant eu de nombreux enfants – sont relativement peu sujettes à controverse. Nous allons nous intéresser plus spécifiquement au cas délicat des femmes jeunes qui, n'ayant parfois jamais été enceintes – dites nulligestes, n'ayant pas d'enfants – dites nullipares – et justement parce qu'elles n'en veulent pas, demandent une stérilisation. Nous allons voir que ces femmes refusent à la fois de tomber enceintes, de devoir avoir recours à l'IVG en cas de grossesse imprévue, d'avoir un enfant non désiré et de prendre un autre type de contraception. Elles revendiquent le droit de ne pas vouloir d'enfant et n'acceptent pas qu'on leur attribue le refoulement d'un désir inconscient.

Nous allons montrer que le gynécologue, qui reçoit la demande de la patiente, se trouve hautement impliqué dans tout le processus. Il se charge tant du conseil aux patientes que de la réalisation de l'intervention, en s'assurant de respecter le cadre légal et les règles déontologiques. Il engage ses compétences et sa responsabilité professionnelles. Nous allons réfléchir aux problèmes médicaux, légaux et éthiques posés par la demande de stérilisation dans le cas des femmes jeunes en bonne santé, n'ayant parfois pas d'enfants. (www.ccne-ethique.fr).

Les techniques de stérilisation remontent au début du XX^{ème} siècle (www.ccne-ethique.fr).

> « Le principe reste toujours le même, mais les techniques ont été améliorées pour permettre d'en augmenter l'efficacité et l'innocuité et d'en envisager la réversibilité. » (Picod, Coulon et Lambaudie, 2007, p. 1)

Chez la femme – puisque c'est notre propos, l'intervention consiste généralement en une occlusion tubaire bilatérale, par ligature et section, par électrocoagulation, par mise en place de clips ou

d'anneaux. De nos jours, l'abord se fait en général par laparoscopie, ou au cours d'une autre intervention – en particulier d'une césarienne, moins souvent par mini-laparotomie ou par voie vaginale. La stérilisation par hystéroscopie, importée d'Australie, permet d'insérer un implant dans chaque trompe en passant par les voies naturelles. A l'inverse des autres méthodes dont l'effet est immédiat, elle requiert un délai de 3 mois avant d'être efficace, puisqu'elle fonctionne en induisant une réaction de fibrose locale. Elle est de plus en plus utilisée en France, mais rarement en Suisse. L'anesthésie dépend de la voie d'abord, des comorbidités, des préférences de la patiente et de celles des médecins, gynécologue et anesthésiste. Elle peut être locale, loco-régionale ou générale. Chaque technique et chaque voie d'abord présente des avantages et des inconvénients, qu'il s'agit de discuter avec la patiente, mais que nous n'allons pas détailler ici. (Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 2005 ; Communauté Périnatale de l'Agglomération Versaillaise, 2007).

Contrairement à une croyance répandue, l'efficacité de la stérilisation n'est pas de 100% mais de 99%, ce qui en fait une méthode de contraception parmi les plus fiables, comportant cependant un certain nombre d'échecs (www.academie-medecine.fr). Sa fiabilité est dépendante de la technique utilisée et de l'âge de la femme. Elle est d'autant meilleure que la patiente est âgée. Le risque d'échec, toutes méthodes confondues, est évalué à environ 18,5 pour 1000 sur 10 ans, dont 33% de grossesses extra-utérines, qui peuvent entraîner des complications graves. Les ratés ont trois causes principales, à savoir la présence d'une grossesse évolutive le jour de l'intervention – que l'on doit exclure, la malposition d'un clip et la recanalisation tubaire secondaire (Picod, Coulon et Lambaudie, 2007).

La réversibilité de la procédure est de l'ordre de la probabilité. Elle n'est pas garantie pour une patiente déterminée et varie selon les méthodes. Le taux de succès des reperméabilisation tubaire doit être calculé en tenant compte du nombre d'enfants nés vivants rapporté au nombre de demandes d'interventions reconstructives – et non du nombre total de grossesses obtenues, comprenant entre autres les grossesses extra-utérines. (www.ccne-ethique.fr). Il se monte à quelque 50-60% et est inversement proportionnel à l'âge de la patiente (Picod, Coulon et Lambaudie, 2007). Face à ces chiffres, on doit considérer toute stérilisation comme définitive. Mais, par précaution, le chirurgien veillera néanmoins à appliquer la technique la plus facilement réversible lorsque la patiente est jeune ou susceptible de regretter sa décision. L'espoir d'une réversibilité de la part de la patiente peut révéler son ambivalence face à la demande de stérilisation, ce qui devrait conduire à surseoir à l'intervention tant que cette ambivalence n'est pas résolue. (Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 2005 ; www.ccne-ethique.fr). Si la reperméabilisation échoue, il ne reste parfois que le recours palliatif à une fécondation in vitro, en surfant sur les limites de la loi française de 1994. En effet, celle-ci autorise la procréation médicalement assistée uniquement pour pallier à

une infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué, ce qui n'est manifestement pas le cas ici (Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 2005¸ www.ccne-ethique.fr).

Au niveau mondial, la stérilisation féminine est la méthode contraceptive la plus courante, concernant en moyenne 20,2% des femmes en couple et âgées de 15 à 49 ans (Picod, Coulon et Lambaudie, 2007). Mais les taux de stérilisation féminine varient énormément d'un pays et d'une culture à l'autre, allant de 1-2% dans certains pays d'Afrique, jusqu'à 39% en République Dominicaine, 31% au Canada ou 23% aux Etats-Unis (www.ccne-ethique.fr). En France, il était estimé à 7,1% en 1994, ce qui représente 30'000 interventions pratiquées par an. Ce chiffre semble être resté globalement stable entre 1988 et 1994, avec une augmentation du taux de stérilisation des femmes âgées de 45 à 49 ans, une diminution chez les 30-44 ans, et une stagnation à un très bas niveau (0,5%) chez les 20-29 ans (Communauté Périnatale de l'Agglomération Versaillaise, 2007 ; www.ccne-ethique.fr; Picod, Coulon et Lambaudie, 2007).

> « On peut faire l'hypothèse que la stérilisation, qui n'a jamais été très répandue, fait dans notre culture l'objet d'une réticence, qui s'atténue quand approche la ménopause. » (www.ccne-ethique.fr)

Les indications médicales ont tendance à disparaître. Elles se limitent aux situations où la santé physique ou psychologique de la femme, voire son pronostic vital, seraient menacés par une grossesse (Mimoun, 2007), et où les autres moyens de contraception sont absolument contre-indiqués (Picod, Coulon et Lambaudie, 2007). Elles sont moins controversées que la demande de stérilisation de femmes jeunes, en bonne santé, n'ayant parfois pas d'enfants, recherchant un moyen de contraception radical et définitif, sans nécessité médicale patente.

En France, la stérilisation volontaire s'inscrit dans un cadre légal depuis 2001 seulement (Mimoun, 2007). Les prérequis légalement indispensables sont la majorité de la femme en âge de procréer, sa capacité de discernement, sa demande motivée, exprimée librement et par écrit et un délai de réflexion minimal de 4 mois après la première consultation (Borten-Krivine, 2010). « Il n'y a pas de condition d'âge, de nombre d'enfants ou de statut marital » (www.choisirsacontraception.fr). En Suisse, la stérilisation n'a également obtenu un statut légal que très récemment. Depuis 1981, elle faisait l'objet d'une résolution de l'Académie médicale suisse (Blanc et Madelenat, 2004). Elle est maintenant soumise à la Loi fédérale sur la stérilisation du 17 décembre 2004. Contrairement au texte français, la loi suisse n'impose aucun délai de réflexion. Elle autorise la stérilisation des personnes majeures, « capables de discernement », avec leur « consentement libre et éclairé, donné par écrit ». Elle ne permet qu'exceptionnellement et à des conditions strictes la stérilisation de personnes incapables de discernement. (www.admin.ch).

Il en résulte que la stérilisation d'un individu contre sa volonté est illégale. La stérilisation forcée rappelle des pratiques eugéniques abusives qui avaient cours au XX^{ème} siècle, entre autres aux Etats-Unis, au Canada, au Danemark, en Suède, en Allemagne pendant la période nazie et même en Suisse, et qui sont toujours d'actualité par exemple en Chine, au Pérou ou au Brésil (Picod, Coulon et Lambaudie, 2007 ; http://agora-2.org).

Le vécu de la stérilisation est évidemment très différent si elle est choisie en tant que contraception, et non imposée. Dans ce cas, elle est recherchée comme un exercice de la liberté individuelle. Elle permet l'expression sans entraves de la sexualité, qu'elle libère du risque de procréation (Mimoun, 2007). Face aux autres contraceptifs médicaux, elle a l'avantage non négligeable de ne pas imposer de contraintes une fois l'intervention réalisée, et de ne pas nécessiter de suivi médical à long terme (www.ccne-ethique.fr). Elle a l'image de la méthode contraceptive la plus efficace, même si d'autres méthodes moins invasives ont une plus grande fiabilité, en particulier chez la femme jeune et très fertile (Picod, Coulon et Lambaudie, 2007). Nous allons voir qu'elle est revendiquée comme un droit par une partie des femmes qui la demandent.

3.1. REFUS DE GROSSESSE, D' IVG, D' ENFANT, DE CONTRACEPTION

Contrairement à la prise de contraception, temporaire et réversible, la demande de stérilisation exprime un véritable refus définitif de procréer (Cukier-Hemeury, Lézine et de Ajuriaguerra, 1987). Les femmes qui entament cette démarche le font de manière active, en choisissant de ne pas subir leur destin reproductif.

La capacité à avoir des enfants n'est pas équivalente au désir d'en avoir (der Andreassian et Guillou, 2008). Toutes les femmes ne ressentent pas un appel irrépressible à la maternité, qu'il soit d'origine biologique ou non (Tilmant, 2008).

Ainsi, les femmes nulligestes qui demandent une stérilisation ne veulent consciemment pas avoir d'enfants. Nous allons voir que ce choix est souvent l'aboutissement d'un processus de réflexion construit, ou qu'il s'impose parfois avec le temps (Goodbody, 1979). Ces femmes cherchent un moyen très efficace, radical, définitif et peu contraignant de s'assurer d'atteindre leur objectif de manière responsable. Elles veulent être sûres de ne pas tomber enceintes, et par là même de ne pas devoir recourir à l'interruption d'une éventuelle grossesse non prévue et non désirée. Elles visent à éviter les conséquences indésirables de leurs conduites sexuelles et de leur fertilité potentielle. Pour ce faire, elles ne souhaitent pas s'astreindre à la prise régulière d'une contraception, soit parce qu'elles la considèrent comme contraignante ou peu sûre, soit parce qu'elles n'en tolèrent pas les effets secondaires.

De l'avis des femmes qui la demandent, la stérilisation à visée contraceptive traduit ainsi un refus ferme et définitif tant de la grossesse, de l'IVG, de l'enfant que de toute autre contraception. Nous allons voir qu'elles doivent défendre l'autonomie de leur décision face à la société et à certains médecins qui tendent à adopter un point de vue différent, en leur attribuant le refoulement de leurs désirs inconscients et de leur féminité.

3.3. REVENDICATION DU DROIT AU CHOIX DE NE PAS VOULOIR D' ENFANT

En français, il n'existe pas de terme positif pour définir le choix de ne pas avoir d'enfant. Les mots et les expressions l'expriment par la négative. On parle de refus, de renoncement, de non maternité, du fait de ne pas être mère, de ne pas avoir d'enfant etc. (Devienne, 2007). Le vocabulaire reflète l'image sociale péjorative du fait, pour une femme, de ne pas avoir d'enfant et de ne pas en vouloir. Nous allons parcourir les stéréotypes attribués à ces femmes, puis nous allons voir qu'elles sont de plus en plus nombreuses à aller à l'encontre de la pression sociale à la procréation.

> « Il ne s'agit pas de « ne pas être… », mais d'être autrement. » (Devienne, 2007, p. 52)

Nous allons nous intéresser à ces femmes qui revendiquent un tel choix de vie, dans une perspective positive et constructive.

Nous avons vu que la société détermine la fourchette d'âge au cours de laquelle une femme doit avoir des enfants, et lui donne une injonction à la procréation dans cette fenêtre temporelle. Tant que l'âge maximal pour devenir mère n'est pas atteint, le report d'agenda est socialement toléré, puisque considéré comme provisoire. Cependant, la société regorge d'*a priori* au sujet des femmes qui ne veulent pas d'enfants, qui osent l'affirmer et se donner les moyens d'atteindre leurs objectifs, notamment celles qui vont jusqu'à demander une stérilisation à visée contraceptive. On leur attribue fréquemment un psychisme pathologique (Mc Evoy DeVellis, Strudler Wallston et Acker, 1984 ; Frydman, Rufo et Schilte, 2005). On considère communément qu'elles refoulent des désirs inconscients. On suppose qu'elles présentent une aversion des enfants, du rôle de mère (Goodbody, 1979), de tout ce qui relève de la famille et de leur propre enfance (Tilmant, 2008). On imagine qu'elles refusent de revivre les expériences précoces de dépendance et de frustration (Gerson, 1984). Celles qui voient le fait d'avoir un enfant comme un assujettissement se posent sincèrement la question de ce que procréer leur apporterait (Devienne, 2007). On admet couramment qu'elles souffrent de relations perturbées à leurs propres parents. Dans leur enfance, elles auraient reçu de leurs géniteurs l'injonction plus ou moins explicite de rester à la place de l'enfant, qu'elles

n’ont pas réussi à neutraliser en grandissant (Tilmant, 2008 ; Devienne, 2007). D’autres fois, elles ont construit leur identité par identification au père plutôt qu’à la mère. En arrière plan, elles revendiquent l’égalité de droit avec les hommes. On en déduit qu’elles ne s’épanouissent pas pleinement dans leur féminité. Elles mènent une vie jugée plus libre, celle que leurs mères n’ont pas pu avoir, et les vengent ainsi d’une certaine manière (Tilmant, 2008). On leur attribue un fond dépressif, masochiste, voire suicidaire. Il est vrai que certaines femmes ont une vision négative et considèrent

> « le fait d’être né comme un cadeau empoisonné que nous n’avons jamais eu le pouvoir de refuser. » (Gaudin, 2010, p. 14)

Une partie des femmes qui refusent la maternité le font parce qu’elles ne veulent pas imposer à un enfant de vivre ou parce qu’elles se réservent la possibilité de se suicider pour échapper à leur existence (Tilmant, 2008). D’ailleurs, le fait de ne pas avoir de progéniture correspond symboliquement à un acte suicidaire, qui conduit à l’extinction de sa lignée en même temps qu’à sa propre disparition (Tilmant, 2008 ; Poma, 1980). L’infertilité choisie peut aussi être une forme d’auto-punition pour une faute réelle ou supposée (Poma, 1980).

La parentalité bénéficie d’un statut valorisé dans notre société. La maternité, surtout, est empreinte de moralité, de responsabilité, de devoir religieux, et justifiée par un instinct biologique. Elle fait partie intégrante du stéréotype féminin. (Goodbody, 1979 ; Cukier-Hemeury, Lézine et de Ajuriaguerra, 1987). Davantage que le refus de paternité, le refus de maternité est vu comme une déviance sociale (Cukier-Hemeury, Lézine et de Ajuriaguerra, 1987), une position non naturelle (Goodbody, 1979), égoïste et immature, allant à l’encontre du devoir d’enfant imposé par l’entourage social (Devienne, 2007 ; der Andreassian et Guillou, 2008). Il intrigue, inspire la pitié et nécessite fréquemment une justification de la part des femmes qui s’en réclament (Frydman, Rufo et Schilte, 2005). Classiquement, les femmes qui décident de ne pas avoir d’enfants sont assimilées à des carriéristes égocentriques, qui ne veulent pas s’engager affectivement sur le long terme et qui consacrent une grande place à leur intimité, leur tranquillité et leur liberté (Goodbody, 1979). Le fait de juger que leurs partenaires seraient de mauvais pères influence également leur décision de ne faire d’enfants avec eux (Goodbody, 1979). La demande de stérilisation peut dans ce cas servir à se venger de leurs conjoints (Poma, 1980) ou des hommes.

Si cette représentation correspond à une partie des femmes qui demandant une stérilisation contraceptive sans avoir d’enfants, elle ne reflète pas la complexité de la réalité. En effet, la stérilisation peut être vécue comme un acte responsable, dans une optique positive. Elle est

parfois un moyen fiable et définitif de concrétiser un projet de vie, d'assumer le choix de la non fertilité et de prévenir les conséquences non désirées de l'activité sexuelle.

Certaines de ces femmes cherchent ainsi à se libérer de leur fertilité (Goodbody, 1979), qu'elles n'ont pas demandée. Elles veulent jouir de leur vie et de leur sexualité (Poma, 1980), de la même manière que peuvent le faire les hommes, sans subir ni les contraintes liées à la maternité, ni la pression sociale de devoir enfanter (Tilmant, 2008). Elles en font un choix constructif (der Andreassian et Guillou, 2008), centré sur l'autonomie, la créativité et la fécondité psychique (Tilmant, 2008). Elles souhaitent fonder leur existence sur d'autres valeurs que la maternité (Mc Evoy DeVellis, Strudler Wallston, et Acker, 1984). Elles n'ont pas besoin de procréer pour avoir une identité ou du pouvoir, mais s'épanouissent dans les domaines professionnel, intellectuel, relationnel et conjugal (Tilmant, 2008). Elles sont satisfaites de leur mode de vie et ne souhaitent pas en changer, notamment en ce qui concerne le temps passé avec le partenaire (Goodbody, 1979). Des arguments écologistes et démographiques (Goodbody, 1979) viennent de plus en plus s'y greffer, plaidant pour la limitation des naissances et du nombre d'êtres humains, afin de préserver la planète et de favoriser *in fine* la survie de l'espèce humaine. Contrairement à la représentation sociale que nous avons exposée, ces femmes, loin d'être immatures et égoïstes, se demandent s'il est vraiment moral de procréer dans les conditions actuelles. Elles sont particulièrement conscientes des devoirs liés à la procréation. (Campagna, 2011). Nous reviendrons sur l'aspect éthique de la reproduction.

La non maternité est donc vue par certaines femmes comme une alternative à la maternité, et pas comme son antithèse négative (Devienne, 2007). Face à la pression sociale imposée aux personnes ne voulant pas d'enfants, des groupes se sont formés aux Etats-Unis et dans les pays anglo-saxons. Le vocabulaire anglais permet, contrairement au français, de distinguer les femmes *childfree*, qui choisissent de ne pas avoir d'enfants et s'en trouvent heureuses, par opposition à celles *childless* qui souffrent de ne pas avoir pu en avoir. (Tilmant, 2008).

Pour pouvoir assumer cette décision, les femmes doivent dépasser leur ambivalence face à leur désir de grossesse et d'enfant (Tilmant, 2008). Elles doivent prendre conscience que tout choix implique un renoncement. Il semble que le cheminement pour atteindre celui de la non maternité puisse suivre deux voies différentes. Soit la femme pèse soigneusement le pour et le contre des deux alternatives et décide préférable de ne pas avoir d'enfants. Soit la décision, moins structurée, se construit et s'impose au cours du temps, à force de repousser le moment pour avoir des enfants (Goodbody, 1979).

Nous avons vu que, dans le deuxième cas, lorsque les années passent et que le choix se fait par défaut, la stérilisation de la femme plutôt âgée est moins sujette à caution dans notre culture. Par contre, dans le premier cas, lorsque la femme jeune prend la décision réfléchie de ne pas avoir d'enfants et demande une stérilisation pour cette raison, elle peine souvent à obtenir satisfaction. Les femmes rétorquent que la société les considère suffisamment mûres pour décider d'avoir un enfant, et insuffisamment pour choisir de ne pas en avoir. Le cri de révolte de cette femme américaine, choquée de s'être vu refuser la stérilisation en raison de son jeune âge, en est emblématique :

> « « Je suis trop jeune pour savoir ce que je veux… si ce que je veux est de ne pas être mère ! Si j'avais voulu avoir un enfant, personne ne me dirait que je suis trop jeune, alors que là, franchement, je serais certainement trop jeune pour prendre une décision si grave ! » » (Tilmant, 2008, p. 295)

Elles argumentent que la réflexion sur le fait d'avoir un enfant et la demande de stérilisation peuvent être une preuve de maturité et de responsabilité (Devienne, 2007). Elles soutiennent que leur autonomie ne va pas augmenter avec leur expérience (Benn, et Lupton, 2005).

Nous allons voir les écueils qui se dressent dans ce domaine du point de vue du gynécologue, qui doit juger du bien-fondé de la demande et déterminer chez quelle patiente il accepte d'effectuer l'intervention.

3.3. DU POINT DE VUE DU GYNECOLOGUE

Lorsqu'il s'agit de stérilisation, le médecin est confronté à différents problèmes, notamment médicaux, légaux et éthiques, en particulier concernant la stérilisation à visée contraceptive demandée par une femme jeune en bonne santé.

Au niveau strictement médical, d'abord, le choix de la méthode revêt une grande importance. En effet, nous avons vu que la technique détermine l'efficacité de la stérilisation, donc son taux d'échec. Elle influence également son degré d'éventuelle réversibilité en cas de regret de la patiente, même si – rappelons-le – cette opération doit être considérée de principe comme définitive. Le type d'intervention effectuée conditionne évidemment les risques opératoires et anesthésiques. (Picod, Coulon et Lambaudie, 2007). Il est du devoir du médecin de discuter les différentes alternatives avec la patiente, de lui apporter sa compétence professionnelle, et d'appliquer la procédure la plus appropriée au cas par cas. Mais la bonne réalisation de la procédure ne dépend pas uniquement d'éléments strictement médicaux.

Examinons l'aspect légal (Picod, Coulon et Lambaudie, 2007). Nous avons vu que l'exercice de la stérilisation est encadré par des lois très récentes, datant de 2001 en France et de 2004 en

Suisse. La stérilisation, dans les limites définies par ces textes, est depuis lors accessible sans risque de condamnation pénale du chirurgien (Borten-Krivine, 2010).

La stérilisation a cependant été pratiquée depuis beaucoup plus longtemps. Classiquement, elle était réalisée sur indication médicale, face à une nécessité thérapeutique ou des motifs médicaux sérieux. Avant la légalisation, l'usage voulait que soient prises en compte un certain nombre de conditions dans l'évaluation de la pertinence et de la légitimité d'une stérilisation. On peut citer notamment l'âge de la patiente, sa gestité – ou le nombre de ses grossesses, sa parité – ou le nombre de ses accouchements, le nombre de ses enfants vivants, ses antécédents de césariennes, l'âge de son dernier enfant, la présence de pathologies mineures, son intolérance aux autres contraceptifs, ses antécédents d'échecs contraceptifs, le nombre de ses interruptions de grossesses et sa situation psychosociale (www.ccne-ethique.fr). Les gynécologues se montraient très réticents à stériliser les femmes jeunes en bonne santé, dans un but contraceptif, alors qu'elles ne remplissaient pas du tout ces critères. En effet, la stérilisation ne répondant pas à un objectif thérapeutique, pouvait être assimilée à une mutilation volontaire ou une atteinte à l'intégrité corporelle, ce d'autant plus qu'elle est irréversible (Picod, Coulon et Lambaudie, 2007 ; www.ccne-ethique.fr; www.academie-medecine.fr). De plus, l'image de cette opération auprès du public et des professionnels a été entachée par les dérives eugéniques dont nous avons déjà parlé (Le Bras, 2010). Ces applications abusives surgissent justement lorsqu'il y a « confusion entre buts thérapeutiques et réponses à des problèmes sociaux » (www.ccne-ethique.fr).

La légalisation a permis une dépénalisation, une clarification et une relative homogénéisation de la pratique de la stérilisation. Les lois française et suisse, nous l'avons vu, fixent un certain nombre de conditions nécessaires et suffisantes avant de pouvoir procéder à l'intervention. La patiente doit être majeure et avoir sa capacité de discernement, ce dont le médecin doit s'assurer. Sa décision doit venir d'elle et être prise librement (Poma, 1980). Sa demande doit être formulée par écrit, ce que le gynécologue doit également vérifier (Blanc, 2004). Le médecin a un devoir d'informer la patiente de manière claire et complète, tant sur les méthodes de stérilisation que sur les possibilités contraceptives alternatives. Il est chargé de recueillir son consentement éclairé en respectant la déontologie médicale. Il doit expliciter l'éventualité d'échecs de contraception et d'échecs de reperméabilisation tubaire (www.academie-medecine.fr). Il doit décrire l'intervention comme irréversible et prévenir la patiente du risque de regrets. La loi française va plus loin que la loi suisse, en imposant un délai de réflexion minimal de 4 mois après la première consultation. (Borten-Krivine, 2010¸ www.admin.ch; www.choisirsacontraception.fr).

Selon la jurisprudence, en cas de complications après une stérilisation, le médecin n'est pas condamné s'il peut apporter la preuve qu'il a rempli son devoir d'information et a consigné le consentement éclairé de la patiente par écrit, par exemple en utilisant un formulaire édité par la Société suisse de gynécologie-obstétrique (http://jurisprudence.ne.ch).

Nous avons vu que la stérilisation d'une patiente jeune en bonne santé reste une intervention délicate et lourde de conséquences – dont les effets psycho-socio-sexuels à long terme ont encore été peu étudiés (www.ccne-ethique.fr). Nous avons exposé le cadre légal dans lequel elle s'inscrit, et qui est vise à protéger la patiente. Quant au médecin, nous allons voir qu'il dispose légalement d'une clause de conscience. En effet, la loi ne stipule pas que la stérilisation soit un droit de la femme. Elle laisse la possibilité au gynécologue de refuser de la pratiquer lui-même ou d'y participer (www.choisirsacontraception.fr; www.academie-medecine.fr). Selon la loi française, il est cependant tenu, dans ce cas, de communiquer sa décision à la patiente lors de la première consultation et obligé de la rediriger vers un confrère. Cette disposition a le désavantage de ne pas lui laisser de délai de réflexion pour examiner et réévaluer sa position (Communauté Périnatale de l'Agglomération Versaillaise, 2007).

D'un point de vue éthique, on peut se poser la question de savoir s'il est moralement acceptable pour un individu, et en particulier pour un médecin, de priver autrui de ses facultés reproductives, et si oui dans quelles situations et à quelles conditions. On peut se demander s'il existe un droit, absolu ou conditionnel, à supprimer sa propre fertilité, au même titre qu'on peut « disposer de son corps » et « exercer librement sa capacité de procréer », ou s'il s'agit au contraire d'une « atteinte à l'inviolabilité et à la dignité de la personne ». Autrement dit, on aimerait définir si une stérilisation peut « se justifier par un intérêt autre que thérapeutique, et notamment par un intérêt déterminé par le seul patient ». (www.ccne-ethique.fr). (Picod, Coulon et Lambaudie, 2007 ; Communauté Périnatale de l'Agglomération Versaillaise, 2007).

> « La spécificité de la question éthique soulevée par la stérilisation consiste dans le fait qu'elle supprime une fonction qui ne peut être comprise comme simplement physiologique. Certes, en tant que fonction biologique, la capacité de procréer n'est pas indispensable à la survie de chaque individu, bien qu'elle le soit pour la survie de l'espèce. Mais dans sa dimension anthropologique, la capacité de procréer met en jeu pour chaque personne d'autres aspects, proprement humains, de son existence […] Ces enjeux humains sont trop importants pour qu'aucune société n'ait laissé à la seule liberté individuelle les conduites sexuelles et procréatrices. » (www.ccne-ethique.fr)

Au-delà du cadre défini par la loi, la réponse théorique à ces questions éthiques devrait donc faire l'objet d'un débat de société. Cette discussion s'inscrit dans un contexte actuel inédit.

D'une part, des techniques de procréation médicalement assistée dissociant la reproduction et la sexualité se développent sans cesse, et la démographique mondiale évolue dans une phase de croissance. La responsabilité individuelle en matière de procréation et la morale sexuelle

s'en trouvent bouleversées. Les femmes qui demandent une stérilisation revendiquent souvent le fait de disposer elles-mêmes de leur corps et le droit de faire des choix libres et éclairés pour assumer les conséquences reproductives de leur activité sexuelle. (www.ccne-ethique.fr)

> « [En] tant que faculté humaine, la capacité de procréer renvoie chacun à un droit de libre exercice mais également à un devoir d'exercice responsable. […] le droit de la personne au libre exercice de sa capacité de procréer inclut la possibilité légitime de limiter cette capacité, voire de la supprimer. Ce droit ne contrevient pas au principe de l'inviolabilité du corps, à la condition essentielle qu'il y ait information pertinente et délai de réflexion pour garantir une prise de décision libre et éclairée. » (www.ccne-ethique.fr)

D'autre part, les spécificités de la vie sociale contemporaine devraient encourager à la circonspection quant à la stérilisation contraceptive des femmes jeunes, en raison notamment de l'élévation de l'âge moyen auquel la femme a son premier enfant, de l'augmentation du taux de divorces, de la fréquence des nouvelles unions associées à un désir de fonder une nouvelle famille (www.ccne-ethique.fr).

La pratique médicale actuelle s'adapte à l'évolution des conditions anthropologiques de la procréation et admet la légitimité de certaines demandes de stérilisation à visée contraceptive (www.ccne-ethique.fr). Elle s'éloigne progressivement du paternalisme, qui cherchait en premier lieu à protéger la patiente, à ne pas nuire à ses intérêts, et à décréter à sa place ce qui était le mieux pour elle (Benn et Lupton, 2005). La tendance est plutôt de se centrer sur le respect de l'autonomie de la femme (Benn et Lupton, 2005), en tant qu'adulte responsable et disposant de son corps. L'accompagnement par le gynécologue devient crucial pour mener à une prise de décision médicale partagée (Communauté Périnatale de l'Agglomération Versaillaise, 2007). Le médecin commence par discuter avec ces femmes le risque potentiel de regret, questionne leurs motivations, et explore leur désir d'enfant (Communauté Périnatale de l'Agglomération Versaillaise, 2007). Mais respecter l'autonomie de la patiente signifie lui laisser prendre une décision irréversible qu'elle pourrait ensuite amèrement regretter, au même titre qu'à de nombreuses autres occurrences dans sa vie (Benn et Lupton, 2005).

On en conclut, avec Benn et Lupton (2005), que la stérilisation de jeunes nullipares peut être éthique si la patiente reçoit une information complète sur les risques, y compris celui de regret. En effet, on sait qu'entre 2 et 20% des femmes regrettent tôt ou tard de s'être fait stériliser. Les chiffres varient selon la définition donnée au regret, allant de 3,9% des femmes consultant pour demander un rétablissement de leur fertilité à 21,2% des femmes ayant éprouvé un regret sans en parler à leur médecin, dont seulement la moitié pensent qu'elles auraient passé à l'acte et cherché à tomber enceinte si elles l'avaient pu (Benn et Lupton, 2005 ; www.ccne-ethique.fr). Le risque de regret vient du fait que l'agenda reproductif n'est pas toujours prévu de manière consciente, rigide et immuable. Il varie au cours du temps, en

fonction des circonstances – par exemple du décès d'un ou de plusieurs enfants, et surtout en cas de changement de partenaire (Schwab Zabin *et al.*, 2000 ; www.ccne-ethique.fr). Différents facteurs de risque ont été mis en évidence, notamment le jeune âge lors de la stérilisation (Kancheva Landolt, Lakhonphon et Ananworanich, 2011 ; Curtis, Mohllajee et Peterson, 2006), une relation avec un nouveau partenaire, la présence de comorbidités psychiatriques, une histoire d'échecs de contraception (Picod, Coulon et Lambaudie, 2007). L'âge lors de l'intervention est la variable qui pèse le plus sur le taux de regrets. En effet, une femme sur cinq exprime un regret si elle a été opérée avant l'age de 30 ans, une femme sur six si elle a subi l'intervention plus tardivement (Kancheva Landolt, Lakhonphon et Ananworanich, 2011 ; Curtis, Mohllajee et Peterson, 2006). Une femme qui a été stérilisée entre 18 et 24 ans a quatre fois plus de risques de demander une reperméabilisation qu'une femme opérée après 30 ans (Benn et Lupton, 2005). L'âge a donc un grand impact, mais la plupart des demandes de reperméabilisation font suite à « un bouleversement de la vie conjugale » (www.ccne-ethique.fr).

> « [C]'est la "durée d'exposition au risque de regretter", c'est-à-dire le nombre l'années où les circonstances mouvantes de sa vie pourraient conduire une femme demeurée fertile à reconsidérer la possibilité d'une grossesse supplémentaire, qui se révèle déterminante.» » (www.ccne-ethique.fr)

Dans le domaine de la stérilisation, l'application pratique des dispositions légales et des techniques chirurgicales disponibles incombe au gynécologue. Il doit analyser les différents éléments, mettre en balance le bénéfice par rapport au risque d'échec et de complications. Dans ce processus, la discussion des motivations de la demande de la patiente et l'examen de son désir d'enfant dans le cadre de la consultation sont indispensables. La stérilisation ne doit jamais être assimilée à un substitut de contraception, puisqu'elle implique des enjeux bien plus importants, et la décision ne doit pas se prendre dans l'urgence. Chez la nullipare,

> « une ancienneté et persistance de la demande sont estimés par le nombreux praticiens comme des indicateurs fiables d'une stérilisation qui sera par la suite bien assumée » (www.ccne-ethique.fr)

Le gynécologue traitant, qui connaît bien sa patiente et la suit sur des années, est le mieux placé pour aider à prendre cette décision. Il lui est indispensable d'avoir des connaissances propres à ce domaine, qui viennent compléter utilement ses compétences spécifiques. Ce médecin, sensibilisé aux difficultés rencontrées par les patientes regrettant leur stérilisation, mais également confronté aux conséquences des grossesses non désirées et des interruptions volontaires de grossesse, est à même d'accompagner la patiente dans son choix. Il va s'efforcer de prendre une décision individualisée, sans perdre de vue l'intérêt de la patiente (Picod, Coulon et Lambaudie, 2007). Il doit se positionner face à sa demande sans se laisser influencer exagérément par ses propres valeurs, mais sans jamais être forcé à faire une stérilisation alors qu'il n'est pas convaincu d'agir pour le bien de sa patiente.

4. DEMANDE D' ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Les femmes dont le désir d'enfant n'est pas satisfait, adressent de plus en plus tôt une demande d'enfant au gynécologue (Faure-Pragier, 2010 ; Karpel, 2010), souvent teintée d'ambivalence. En effet, elles ne savent pas toujours si elles cherchent une réassurance quant à leur fonctionnement ou si elles sollicitent une aide médicale à la procréation (Karpel, 2010).

Nous allons voir comment sont définies la stérilité et l'infécondité, énoncer quelques chiffres qui soulignent leur fréquence, et présenter le cadre légal français et suisse dans lequel s'inscrit leur prise en charge.

Le gynécologue, à qui la demande est toujours adressée, tente d'éclaircir la situation (Faure-Pragier, 2010), recherche une cause organique à l'infertilité, évalue les chances de succès d'une thérapie, et la planifie si nécessaire. Il veille à éviter toute médicalisation inutile, abusive ou prématurée (Fanchin, 2010 ; Athea, 1987). Nous allons présenter les étapes de la PMA – procréation médicalement assistée – et exposer le principe des différentes thérapies, sans entrer dans les détails.

Nous allons voir que la demande de procréation médicalement assistée trouve son origine dans l'insatisfaction d'un désir d'enfant conscient.

Nous allons montrer que ce désir n'est souvent pas loin de la revendication au droit à l'enfant, de l'illusion que le désir d'enfant donne un droit à l'enfant. La PMA laisse croire qu'à chaque problème, il y a une solution. Elle introduit une médicalisation et une biologisation de la procréation.

Nous allons constater que la PMA introduit une dissociation entre sexualité et procréation. La sexualité des couples en PMA est influencée par le cours de la procédure. Si le plaisir reste parfois, le désir sexuel a tendance à s'émousser. Le sens du maintien de l'union du couple se dilue. La question se pose fondamentalement de savoir si le désir sexuel pourrait disparaître au cours de l'évolution, puisqu'il n'est désormais plus nécessaire à la procréation.

Nous allons nous intéresser au cas particulier des grossesses tardives, qui surviennent à un âge avancé. Si elles ont tendance à augmenter, c'est souvent par défaut, suite à un non désir précoce ou du moins à la non concrétisation du projet d'enfant plus tôt dans la vie. Nous allons voir les raisons pour lesquelles les femmes reportent leur désir de maternité.

Nous allons également réfléchir à la demande de PMA chez les femmes seules, chez les femmes homosexuelles et chez les femmes atteintes de maladies chroniques et/ou transmissibles. Ces demandes posent chacune des questions éthiques et sociales, auxquelles la réponse est loin d'être

claire et homogène. Elles s'inscrivent dans un cadre légal défini, avec en premier plan le souci du bien de l'enfant.

Nous allons nous pencher sur le rôle du gynécologue à qui les patientes adressent une demande d'enfant. Il doit informer les femmes du déclin physiologique de la fertilité, des limites légales de la prise en charge de l'infertilité, ainsi que des performances médiocres de la PMA. Il doit également accompagner les femmes dans leur démarche, voire dans leur processus de deuil de la fertilité et de l'enfant biologique. Il devrait s'efforcer de ne pas se placer en censeur.

L'infertilité est définie comme

> « [l]'incapacité pour un couple de concevoir un enfant » (Minoun, 2007, p. 461)

après 2 ans d'essais infructueux, malgré une activité sexuelle régulière. Ce terme est préféré à celui de stérilité, synonyme de constat d'échec définitif, pour son côté porteur d'espoir. (Mimoun, 2007).

L'incidence de la stérilité semble augmenter, ce qui est peut-être lié à un recours plus rapide aux techniques de PMA, dû à une meilleure information du public. Globalement, 18% à 20% des couples sont concernés (Mimoun, 2007), et 15% – ou 1 sur 7, selon les sources – consultent au moins une fois pour un problème de fertilité (Olivennes, 2003 ; Fanchin, 2010). 2%-3% des enfants qui naissent en France ont été conçus par PMA (Fanchin, 2010 ; Karpel, 2010). Les causes sont souvent multifactorielles, d'origine féminine dans 30% des cas, masculine dans 20%, d'origine mixte dans 40%, et idiopathiques – sans cause reconnue – dans 10% (Mimoun, 2007). Avant la découverte des gamètes, l'infertilité était attribuée à la femme, hors impuissance masculine (Genvresse, 2005). La femme continue à porter le poids de l'infertilité (David, 2004) et à payer un lourd tribut à la PMA (Desjardins-Simon et Debras, 2010).

Pour être prise en compte, la demande doit entrer dans les limites légales (Karpel, 2010). La PMA est en effet encadrée par des lois de bioéthique. En France, un couple qui veut en bénéficier doit être hétérosexuel, en âge de procréer, marié ou avec une vie commune depuis plus de 2 ans et avoir arrêté toute contraception depuis plus de 2 ans (Fanchin, 2010 ; Karpel, 2010). En Suisse, la loi fédérale de 1998 définit la PMA comme « les méthodes permettant d'induire une grossesse en dehors de l'union naturelle de l'homme et de la femme » (www.admin.ch). Elle la réserve aux couples hétérosexuels, dont les deux membres doivent être consentants, vivants et capables d'élever l'enfant jusqu'à sa majorité (www.natisens.com). Elle définit les indications légales, dans le souci du bien de l'enfant, à savoir la palliation de la stérilité d'un couple après échec des autres traitements, et l'évitement de la transmission d'une maladie grave à l'enfant. Elle limite le don de sperme aux couples mariés, interdit tout don d'ovules et d'embryons, ainsi que la maternité de substitution. Elle règlemente entre autres l'obtention du consentement du couple, les modalités de

conservation des embryons surnuméraires et les conditions de l'exercice de la PMA par les professionnels.

L'infertilité n'est pas une maladie, mais la patiente consulte son gynécologue lorsqu'elle y est confrontée, pour bénéficier de l'avis et de l'aide d'un professionnel. Elle ne consulte jamais un psychologue ou un psychiatre en première intention, même si l'infertilité fonctionne comme un cercle vicieux dans lequel les facteurs organiques et psychiques interagissent et s'amplifient (Faure-Pragier, 2010). A ce stade, la femme a déjà souvent intellectualisé son désir d'enfant, et y a réfléchi consciemment. Elle cherche un sens à ce qui lui arrive, culpabilise d'avoir précédemment utilisé une contraception ou eu recours a l'IVG, se sent victime d'une punition inconsciente ou divine. Elle pense payer le péché de libération féminine par son infécondité (Karpel, 2010). Elle a honte et se sent vulnérable de devoir demander l'intervention d'un tiers dans une affaire intime, confondant problèmes sexuels et médicaux.

Le gynécologue apporte une réponse médicale et technique à la demande de la femme (Athea, 1987). Face à lui, le corps de la femme – et celui de l'homme – est analysé, morcelé, disséqué, le sexe devient appareil génital (Karpel, 2010). La prise en charge débute par le bilan étiologique chez les deux partenaires. Le médecin consigne notamment l'âge de la femme, recherche un éventuel tabagisme, une obésité ou une maigreur, l'exposition aux toxiques, la prise de médicaments, les possibles antécédents de troubles hormonaux, d'infections pelviennes, d'endométriose, d'interventions chirurgicales abdominales ou gynécologiques. Il recueille une anamnèse sexuelle. Chez l'homme, il recherche également le tabagisme, l'exposition aux toxiques, et plus particulièrement des antécédents de traumatisme testiculaire, de torsion ou de cryptorchidie. Il procède à un examen clinique des deux partenaires, puis à différents examens complémentaires, dans le but de vérifier la fonction des organes reproducteurs et leur intégrité anatomique. Citons, sans les détailler, l'échographie pelvienne, les dosages hormonaux, l'hystérosalpingographie, la laparoscopie et l'hystéroscopie pour la femme, le spermogramme pour l'homme. (Fanchin, 2010).

Après le bilan vient l'annonce du diagnostic. Elle transforme l'inquiétude en réalité et provoque une blessure narcissique. La construction de l'identité sexuée est ébranlée et l'angoisse de castration réveillée par la confirmation de l'infertilité. Le ou les partenaires qui portent la responsabilité de l'infertilité du couple culpabilisent davantage. (Karpel, 2010).

Le choix des modalités thérapeutiques sera ensuite adapté à l'étiologie. Si les investigations n'ont rien montré d'anormal, l'infertilité est dite idiopathique, et le traitement est hiérarchisé, de plus en plus lourd au fil des échecs. Pour simplifier, il existe deux grands types de thérapies en PMA : l'insémination artificielle et la fécondation *in vitro* – ou FIV. Toutes deux peuvent nécessiter une

stimulation ovarienne et un déclenchement de l'ovulation. La FIV, avec ou sans injection intracytoplasmique du spermatozoïde, se fait après recueil des gamètes – ou avec sperme de donneur, par fécondation hors du corps de la femme, puis retransfert de l'embryon ou du blastocyste. (Karpel, 2010). Il est possible de congeler le sperme ou les ovocytes imprégnés, afin de procéder à une nouvelle tentative sans devoir recommencer la procédure depuis le départ. Chacune de ces techniques comporte ses indications, ses risques, son taux de succès et son coût, pas toujours remboursé par l'assurance-maladie. La prise en charge implique la participation pluridisciplinaire de spécialistes, cliniciens et biologistes de la reproduction, et n'est pas effectuée par tous les gynécologues.

L'attente du résultat des traitements est vécue dans l'angoisse, qui est censée protéger de l'effondrement dépressif en cas d'échec. La plus grande peur porte sur la répétition des échecs, qui risquent de laisser le couple définitivement sans enfants. En cas d'échec, la femme réagit le plus souvent à la perte de la promesse d'une grossesse et d'un enfant potentiel par la dépression et la tristesse. Elle ressent de la honte, de la culpabilité et de la révolte (Cohen, 2005 ; Frydman, Rufo et Schilte, 2005). Le désir d'enfant peut devenir envie d'enfant, le sentiment d'injustice mener à la jalousie des femmes enceintes et des gens qui ont facilement des enfants (Desjardins-Simon et Debras, 2010). La femme est prête à recommencer une tentative pour ne pas accepter l'échec et ne pas se résigner. En cas de réussite du traitement, elle manifeste une inquiétude quant au déroulement de la grossesse, qu'elle a parfois de la difficulté à investir. (Karpel, 2010).

4.1. LE DESIR CONSCIENT NON SATISFAIT

Le constat du désir d'enfant insatisfait mène la femme à adresser une demande au gynécologue. Une réflexion sur le désir d'enfant (Cohen, 1998) et sur l'idéalisation de la maternité (Desjardins-Simon et Debras, 2010) est nécessaire avant de se lancer dans le parcours de PMA. La femme se pose des questions sur ses motivations complexes, à la fois conscientes et inconscientes, à devenir mère (der Andreassian et Guillou, 2008).

A un niveau plus ou moins conscient, la femme a de nombreuses raisons de vouloir avoir un enfant, qui sont personnelles et individuelles. Nous allons en parcourir un certain nombre, non exhaustif. Ainsi, la femme peut vouloir la grossesse, considérée comme un accomplissement (der Andreassian et Guillou, 2008). Elle peut vouloir un bébé, qu'elle a envie de pouponner et de materner, dans un mouvement fusionnel (der Andreassian et Guillou, 2008 ; Desjardins-Simon et Debras, 2010 ; Tilmant, 2008), ou comme signe de réussite venant couronner le « conte de fées familial » (Hofman, 2011, p. 250). Elle peut chercher l'expérience de construction identitaire que représente la maternité (Desjardins-Simon et Debras, 2010), ou

l'acquisition du statut social qu'elle confère (der Andreassian et Guillou, 2008 ; Tilmant, 2008). La femme est poussée à vouloir un enfant par conformité sociale, pour être dans la norme, surtout vers l'âge de 30 ans et lorsqu'elle est en couple (Frydman, Rufo et Schilte, 2005 ; der Andreassian et Guillou, 2008 ; Tilmant, 2008). Elle peut vouloir rester jeune, refuser le vieillissement et la mort (Desjardins-Simon et Debras, 2010), revivre son enfance à travers son enfant, ou au contraire chercher à lui donner ce qu'elle n'a pas reçu (der Andreassian et Guillou, 2008). Elle peut vouloir un enfant pour le couple, pour lui donner une dimension supplémentaire, le faire mûrir et laisser un fruit qui lui survive (der Andreassian et Guillou, 2008). Ou elle peut vouloir un enfant pour sa famille, pour être reconnue par elle (Tilmant, 2008), pour lui donner une continuité (Hofman, 2011), pour transmettre une filiation symbolique (der Andreassian et Guillou, 2008), pour régler sa dette face aux générations précédentes (Frydman, Rufo et Schilte, 2005). Elle peut vouloir fonder sa propre famille (Gaille et Barroux, 2008). Elle peut vouloir avoir un enfant pour plaire à sa propre mère, pour s'identifier à elle, dont elle envie le pouvoir, pour cesser d'être fille en devenant mère (der Andreassian et Guillou, 2008 ; Faure-Pragier, 2010).

C'est de tous ces aspects dont sont privées les patientes qui souffrent de ne pas avoir d'enfants, dans une douleur souvent mal comprise par l'entourage (Tilmant, 2008). On peut alors se demander quel est le rôle du psychisme et de l'inconscient dans cette non réalisation d'un désir d'enfant en apparence si fort, mais plus ambivalent qu'il n'y paraît.

> « Le désir inconscient peut peser sur la volonté consciente. » (Desjardins-Simon et Debras, 2010, p. 20)

L'inconscient peut aller dans la direction inverse du désir exprimé consciemment, voire de la démarche entreprise en PMA.

> « Si mettre au monde un enfant est un acte concret, la conception et l'attente de l'enfant demeurent abstraites, tout comme le désir d'enfant, soumis au monde de l'imaginaire, reste bien souvent ambivalent. » (Squires, 2009, p. 48)

4.2. L' ILLUSION DU POUVOIR DU DESIR ET DU DROIT A L' ENFANT

L'insatisfaction du désir d'enfant aboutit à un sentiment de privation, d'échec, de blessure narcissique et sociale (Bydlowski, 2003 ; Tilmant, 2008 ; Hofman, 2011), déclenchant une violence pulsionnelle souvent intolérable et accompagnée de désespoir (Faure-Pragier, 2010).

> « Les traitements médicaux demandés […] par ces patientes peuvent avoir un caractère de nécessité et d'urgence pour l'intéressée, jusqu'à l'escalade thérapeutique. Il faut avoir un « enfant à tout prix » pour faire cesser l'angoisse, le sentiment de dépréciation et l'envie à l'égard des amies enceintes. » (Faure-Pragier, 2010, p. 648)

Suite à l'insuffisance de structuration œdipienne, le fonctionnement psychique est peu investi, pauvre en fantasmes et en rêves. L'action est privilégiée. L'appel au médecin permet d'éviter

de comprendre les conflits psychiques sous-jacents à l'infécondité, et à la patiente de s'estimer responsable de son état. (Faure-Pragier, 2010)

La PMA est une clinique de l'acte, qui cache une difficulté à fantasmer (Cauvin, 2009). Elle entretient l'illusion du pouvoir du désir et le fantasme de contrôle (Helson, 1999).

> « [Le] désir pourrait tout, le « désir d'enfant » justifiant en soi que l'on recourt à n'importe quelle prouesse technique pour l'honorer » (Genvresse, 2005, p. 50)

Elle laisse croire qu'il y a une solution à tout problème (der Andreassian et Guillou, 2008). Dans une logique de consommation et d'un supposé un droit à l'enfant, la femme réclame les meilleurs traitements et exige de la médecine la fabrication d'un bébé (Desjardins-Simon et Debras, 2010). Mais même si le recours à la PMA se fait de plus en plus tôt, le taux de succès reste faible par rapport aux espoirs suscités (Desjardins-Simon et Debras, 2010). Le désir n'est pas assimilable à la volonté (Genvresse, 2005), il ne suffit pas de vouloir pour pouvoir (Cohen, 2005) et l'inconscient ne se laisse pas contrôler (Karpel, 2010).

4.3. QUID DU DESIR SEXUEL ?

La PMA est une interférence dans la sexualité du couple, normalement nécessaire à la procréation. Elle représente une intrusion dans son intimité, avec toutes les conséquences que cela implique. (Mimoun, 2007)

Le désir d'enfant devient un besoin impérieux, obsessionnel et envahissant (der Andreassian et Guillou, 2008 ; Frydman., Rufo et Schilte, 2005 ; Devienne, 2007), alors que le couple avec un projet et un désir d'enfant devrait plutôt penser à lui et à son plaisir (Daubech, 2009). En fonction du type de traitement, soit le couple a des relations sexuelles dans le seul but procréatif (Karpel, 2010 ; Collier, 2010), subordonnant le désir sexuel au désir de grossesse (Coëffin-Driol et Giami, 2004), soit les relations sexuelles ne sont plus nécessaires pour procréer. L'histoire du couple perd alors de son sens (Karpel, 2010). Le plaisir sexuel diminue, mais c'est surtout le désir qui disparaît (Collier, 2010 ; Desjardins-Simon et Debras, 2010), menaçant la cohésion, la stabilité, voire l'existence du couple, qui n'a plus de raisons de faire d'efforts pour rester sexuellement uni (Karpel, 2010). Parfois, le fantasme refoulé est l'adultère ou le divorce. D'autres fois, le désir de l'autre se confond avec le désir de procréer (Frydman, Rufo et Schilte, 2005), et se déplace du partenaire sur la science médicale (Rosenblum, 2007). La recherche de la cause organique de l'infécondité prend alors le pas sur le désir d'enfant (Bydlowski, 2003). Le sentiment de succès est jaugé par la réussite du traitement (Athea, 1987), l'annonce de la grossesse provoque le même bonheur que la naissance d'un enfant (Frydman, Rufo et Schilte, 2005).

De manière plus fondamentale, bien que la PMA doive légalement être utilisée uniquement dans un cadre thérapeutique et en aucun cas devenir un nouveau mode de procréation (Fanchin, 2010), on peut se demander si l'évolution ne va pas faire disparaître le désir sexuel, qui n'est plus nécessaire à la procréation, depuis le développement des techniques de PMA.

4.4. LES GROSSESSES TARDIVES ET LE DESIR TARDIF D' ENFANT

Les grossesses sont dites tardives lorsqu'elles apparaissent chez des femmes de plus de 40 ans (Tournaire, 2010). Elles sont en augmentation, même si elles ne représentent que 2,4 à 3,9% du total des naissances (Frydman, Rufo et Schilte, 2005 ; Tournaire, 2010), parmi lesquelles 16% chez des primipares (Tournaire, 2010).

Certaines femmes qui pensaient être ménopausées et qui n'avaient plus de désir d'enfant se retrouvent spontanément enceintes par surprise. Elles peuvent réagir de différentes manières, en considérant la grossesse comme un imprévu bouleversant ou comme un cadeau de la vie, et décider de l'interrompre ou de l'accepter et de l'apprécier. (Szejer, 2010b ; Tournaire, 2010).

Mais nous avons vu que le désir d'enfant apparaît et se concrétise de plus en plus tard dans la vie (Frydman, Rufo et Schilte, 2005). Le désir tardif d'enfant est une notion définie sur la base de critères médicaux, obstétricaux et démographiques, alors que les femmes souhaitent avoir un enfant quand elles le veulent, quel que soit leur âge, sans penser qu'il y a un temps pour chaque chose (Commenges-Ducos, 2002 ; der Andreassian et Guillou, 2008). Le report de la maternité a été rendu possible par l'accès à la contraception et à l'interruption de grossesse, qui permet l'exercice de la sexualité sans risque de grossesse (Mimoun, 2007). Que ce soit chez la primipare ou chez la multipare, ce désir tardif est influencé par des facteurs psycho-sociaux. S'il s'agit du premier enfant, on peut souligner le rôle du prolongement de l'adolescence et de la période de formation, de l'investissement professionnel des femmes, de leur besoin d'assurer une sécurité matérielle avant d'assumer le coût de l'éducation d'un enfant, de leur recherche de liberté et de parité avec les hommes, de la difficulté du choix du bon partenaire, de l'envie de profiter du temps passé en couple, de la persistance d'un désir d'enfant après un long parcours de PMA sans succès. Le désir tardif d'un enfant supplémentaire est notamment lié à la perte d'un enfant ou à la recomposition tardive des couples. (Frydman, Rufo et Schilte, 2005 ; Kellerhals et Widmer, 2007 ; Marchaudon *et al*., 2007 ; Mimoun, 2007 ; der Andreassian et Guillou, 2008 ; Tilmant, 2008 ; Tournaire, 2010 ; Hofman, 2011). Le désir tardif peut s'inscrire dans une quête de jeunesse, un refus du vieillissement, une peur de la ménopause, surgissant dans la crise du mitan de la vie (Frydman, Rufo et Schilte, 2005 ; der Andreassian et Guillou, 2008 ; Szejer, 2010b).

Le plus souvent, à cet âge, la conception spontanée s'avère difficile, en raison de la chute naturelle bien démontrée de la fertilité, passant de 20% de chance de tomber enceinte chaque mois à 25 ans à 6% à 40 ans (Belaisch-Allart, 2002¸ Commenges-Ducos, 2002 ; Tournaire, 2010). La femme a alors parfois recours à la PMA, avec des attentes excessives et irréalistes face à des techniques dont le taux de succès reste limité par l'âge (Bydlowski, 2003 ; Tournaire, 2010). De plus, la loi impose une limite d'âge, bien qu'assez floue, à la prise en charge de l'infertilité (Belaisch-Allart, 2002 ; Marchaudon *et al*., 2007).

Il est important pour les femmes et leur gynécologue de chercher à comprendre les raisons de l'émergence de ce désir d'enfant tardif, et d'en sonder la force, avant de se lancer dans une thérapie lourde et parfois excessive (Commenges-Ducos, 2002). Le choix se fait parfois par défaut, à force d'attendre le bon moment qui ne vient pas (der Andreassian et Guillou, 2008). Certaines femmes ne s'autorisent pas à devenir mère, ou vivent la maternité dans la transgression et la rivalité à sa propre mère (Szejer, 2010b). D'autres font un dernier enfant pour éviter de devenir grand-mère, alors que leur fille arrive en âge de procréer (Szejer, 2010b). Une fois qu'elles se sont décidées, elles sont souvent prêtes à faire tout ce qui est médicalement possible. Elles adressent une demande de conception dans l'urgence, avec la peur de ne plus arriver à tomber enceintes (Bydlowski, 2003 ; Cohen, 2005). Mais elles font également preuve de davantage de maturité, de stabilité affective et de motivation, ont une meilleure conscience de leur désir et en général une bonne situation socio-économique (Tournaire, 2010).

Le gynécologue doit informer les femmes du déclin de leur fertilité lié à l'âge et des limites de la prise en charge de l'infertilité, dont certaines femmes ne sont absolument pas au courant (Tournaire, 2010). Il doit les accompagner tout au long de leur parcours difficile, les menant parfois à un don d'ovocyte à l'étranger – avec un taux de succès de 25% par cycle, au suivi de leur grossesse à risque, à une demande d'adoption, voire au deuil du projet déraisonnable de l'enfant biologique (Tilmant, 2008 ; Tournaire, 2010 ; Szejer, 2010b).

4.5. LES GROSSESSES CHEZ LES FEMMES SEULES

On parle de femmes seules et non de femmes célibataires, étant donné que de nombreuses femmes non mariées cohabitent en union libre (Kellerhals et Widmer, 2007). Et c'est bien les femmes qui font volontairement un bébé toutes seules auxquelles nous allons nous intéresser.

Ces femmes n'ont souvent pas trouvé le bon partenaire pour fonder une famille ou présentent des difficultés affectives dans leur vie amoureuse, mais ressentent un besoin de ne pas vivre

dans la solitude, ou de se prolonger (Frydman, Rufo et Schilte, 2005). Elle attendent parfois le dernier moment pour renoncer à chercher le partenaire parfait, puis se décident à concevoir l'« enfant de la dernière chance », en préférant être mère seule à ne pas être mère du tout (Sjezer, 2010b).

Les femmes seules revendiquent un droit à l'enfant, souvent considéré comme une dérive de la PMA (Engeli, 2009). En Suisse, elles sont pourtant exclues de la prise en charge et n'ont pas accès au don de sperme (Sjezer, 2010b ; www.admin.ch). Elles se tournent alors vers des traitements à l'étranger, conçoivent naturellement un enfant qu'elles assumeront sans père – parfois avec un substitut paternel, ou recourent à l'adoption, qui leur est ouverte (Frydman, Rufo et Schilte, 2005 ; Sjezer, 2010b).

4.6. LES GROSSESSES CHEZ LES FEMMES HOMOSEXUELLES

La définition de ce qu'est une femme lesbienne n'est pas toujours concordante, mais on considère qu'environ 11% des homosexuelles ont des enfants et 45% en désirent (Fohet et Borten-Krivine, 2004). L'homoparentalité est une réalité sociale (Prokhoris, 2010).

Face à ce changement contemporain dans la structure familiale, deux tendances s'affrontent. L'une revendique le droit à la parentalité homosexuelle, dans un souci d'égalité et de non discrimination. L'autre, au nom du bien de l'enfant et de l'articulation entre procréation, amour et sexualité, met en garde contre l'anormalité des familles homoparentales, les risques psychiques qui peuvent en découler pour l'enfant et la menace sur l'ordre humain (Prokhoris, 2010).

> « Bien que l'homosexualité conduise à une stérilité voulue, psychologiquement souhaitée, elle n'empêche pas le désir d'enfant. Ce désir garde le fondement que partagent tous les couples : deux personnes s'aiment, ont l'envie et le besoin de se lier pour la vie par un enfant.» (Frydman, Rufo et Schilte, 2005, p. 99)

De manière tout-à-fait semblable chez les couples homosexuels et hétérosexuels, l'enfant naît de la conjonction de deux désirs (der Andreassian et Guillou, 2008), du besoin de transmission (Frydman, Rufo et Schilte, 2005) ou du souhait de faire l'expérience de la parentalité (Grihom et Ducousso-Lacaze, 2009). Certaines lesbiennes revendiquent un droit à la filiation par un accès à la PMA, sans devoir renoncer à leur orientation sexuelle, en tant que particularité assimilable aux difficultés sexuelles des couples hétérosexuels (Bydlowski, 2003 ; Prokhoris, 2010). Elles s'inscrivent dans un processus qui dissocie complètement la sexualité, la filiation – sociale et psychique, et la procréation – biologique (Jouanet et Nahoum-Grappe, 2004 ; Prokhoris, 2010). La parentalité ne se limite pas aux géniteurs, mais se trouve élargie, avec une distinction faite entre la parenté biologique et éducative, comme par exemple dans les

familles recomposées ou dans l'adoption (Iacub, 2004 ; Frydman, Rufo et Schilte, 2005 ; Grihom et Ducousso-Lacaze, 2009 ; Prokhoris, 2010). La pensée de ces nouveaux liens familiaux se heurte à l'absence de vocabulaire pour en parler (Prokhoris, 2010).

> « [Les] prescriptions sociales issues des sciences humaines et largement diffusées de nos jours, tiennent souvent à des amalgames ou à des confusions entre l'organisation juridique de la parentalité (le statut de parent), l'organisation sociale de la famille (sa composition réelle) ; l'être parent de l'individu (ses droits et obligations, son expérience de parent) et les choix sexuels de ce dernier.» (Grihom et Ducousso-Lacaze, 2009, p.293)

Notre société tend par ailleurs à désexualiser les fonctions reproductrices féminines (Langer, 2008). Mais en Suisse, les couples de même sexe n'ont accès ni à la PMA – notamment au don de sperme, ni à l'adoption (www.admin.ch), qui pourraient donner une reconnaissance sociale aux grossesses chez ces femmes (Jouannet, 2004).

La demande d'aide à la procréation est une des seules occasions où les femmes homosexuelles révèlent leur orientation sexuelle à leur gynécologue, alors qu'elles restent sinon souvent invisibles (Fohet et Borten-Krivine, 2004). Une partie cachent leur orientation en ayant des relations hétérosexuelles, et parfois en tombant enceintes. En effet, la grossesse confirme leur féminité, les fait redevenir des femmes comme les autres, et constitue un symbole d'intégration sociale (Gross, 2006 ; Frydman, Rufo et Schilte, 2005).

4.8. LES GROSSESSES CHEZ LES FEMMES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES ET / OU TRANSMISSIBLES

L'archétype de la maladie chronique transmissible en lien avec la parentalité est le HIV/SIDA, sur lequel il existe une littérature abondante, centrée surtout sur les techniques actuellement disponibles pour éviter la transmission horizontale – au sein du couple, et verticale – de la mère à l'enfant. Le SIDA était considéré au départ comme létal, puis la séropositivité est devenue une maladie chronique depuis l'apparition des trithérapies.

80% des femmes infectées sont en âge de procréer (Craft *et al.*, 2007). Elles ont actuellement une bonne espérance de vie, qui leur permet d'avoir accès à la PMA, dans le but de limiter la transmission de la maladie et de traiter une éventuelle infertilité associée.

Du point de vue des femmes séropositives, plusieurs préoccupations entrent en balance avec le désir d'enfant, à savoir l'impact de la maladie sur la parentalité, le risque de transmission, et les répercussions de la maternité sur la maladie. Elles se trouvent dans une situation difficile, entre l'injonction sociale à procréer, avec parfois un partenaire désirant des enfants, et la stigmatisation liée au HIV (Craft *et al.*, 2007). Pour elles, avoir un enfant sain, non infecté, signifie survivre (Frydman, Rufo et Schilte, 2005).

Du point de vue de la société, il existe des représentations normatives

> « relatives à ce qu'est une « bonne famille » et à ce que des parents doivent à leur enfant. Doit-on soutenir le projet d'enfant d'un couple dont l'un des membres au moins est séropositif ou atteint de mucovicidose ? Que faire quand les deux parents sont atteints ? La perspective de la mort d'un ou des deux parents au cours de la période de jeunesse des enfants, la présence plus ou moins exacerbée de la maladie dans le quotidien sont-ils des arguments suffisants pour refuser d'agréer à la demande d'assistance médicale à la procréation faite par ces couples ? Pourquoi ces (futurs) parents ne jugent-ils pas eux-mêmes moralement illégitime d'avoir des enfants, compte tenu de leur état de santé ? Le devraient-ils ? Ou est-ce à ceux qui considèrent leur demande comme irresponsable et immorale de remettre en cause leur jugement ? » (Gaille et Barroux, 2008, p. 104)

Le débat n'est pas clos. Il concerne tant le HIV que les maladies physiques ou psychiques (Vacheron, Ducroix et Choudey, 2008) et la toxicomanie (Rosenblum, 2006). La réponse doit être apportée au cas par cas concernant la demande de PMA. Nous en reparlerons également dans le chapitre suivant, dédié au diagnostic prénatal.

4.8. DU POINT DE VUE DU GYNECOLOGUE

Le gynécologue est l'interlocuteur de choix de la femme dont le désir d'enfant est insatisfait. Il clarifie le problème, informe, rassure parfois, programme les premières investigations, puis, si nécessaire, oriente la patiente vers un centre hautement spécialisé. Il assume ensuite le suivi des grossesses obtenues par PMA en Suisse, ou à l'étranger au moyen de techniques interdites par notre législation. Il accompagne la patiente dans sa démarche, la prépare à la possibilité d'un échec (Athea, 1987), pouvant aller dans certains cas jusqu'au deuil de la fertilité (Collier, 2010) et de l'enfant biologique, avant de pouvoir envisager une éventuelle adoption (Fortineau-Guillorit, 1993) ou diriger la libido vers d'autres projets de vie (Faure-Pragier, 2010).

Il doit informer les femmes du déclin physiologique de la fertilité, des limites légales de la prise en charge de l'infertilité, ainsi que des performances médiocres de la PMA. C'est l'occasion de sonder le désir d'enfant de la patiente (Frydman, Rufo et Schilte, 2005).

Toute la difficulté tient dans le fait de recevoir la demande sans se placer en censeur ni porter de jugement, mais en assumant de refuser la prise en charge dépassant certaines limites sociales, éthiques et légales (Olivennes, 2003 ; Frydman, Rufo et Schilte, 2005). Le gynécologue peut être vu comme tout-puissant, et voir le désir se reporter sur lui et sur la science médicale. En tant que détenteur du pouvoir de fécondation artificielle, il a un aspect castrateur (Karpel, 2010).

5. DEMANDE DE DIAGNOSTIC PRENATAL

Nous allons nous intéresser au diagnostic prénatal, qui est un domaine particulièrement ardu. Pour aborder le sujet, nous allons distinguer le dépistage prénatal – dont l'échographie est emblématique, du diagnostic prénatal – dont l'amniocentèse est la technique la plus célèbre. Nous allons en exposer les différentes modalités moins connues et leurs possibles conséquences. Nous allons voir que même si le dépistage n'est pas obligatoire, la plupart des femmes enceintes se sentent obligées de s'y soumettre. Nous allons montrer que diagnostic fait logiquement suite aux révolutions que nous avons discutées dans le domaine de la procréation et qu'il est conditionné par le contexte dans lequel il s'est développé. Nous allons voir que chaque demande de dépistage est sous-tendue par une forme de désir de l'enfant parfait, et nous allons examiner le progrès apporté par le diagnostic prénatal aux couples à risque de transmettre une anomalie et désirant avoir un enfant. Nous allons voir comment la mise en évidence et la confirmation d'une anomalie peut rendre l'enfant impossible, et conduire la patiente à faire le choix difficile d'interrompre sa grossesse, pourtant initialement désirée. Nous allons voir quel rôle crucial et délicat joue le gynécologue, quelles solides compétences techniques et aptitudes communicationnelles il doit avoir pour faire face à ce type de prise en charge difficile. Il incarne un agent intrusif et persécuteur qui détruit le projet et le rêve de la femme enceinte en révélant la présence ou même la suspicion d'une anomalie fœtale. Puis il doit accompagner sa prise de décision, dans une responsabilité partagée, et favoriser le processus de deuil d'une grossesse ou d'un enfant imaginaire désirés, mais dont la réalité ne correspond pas à l'image idéalisée.

L'exercice du diagnostic prénatal a été rendu possible par les développements technologiques et l'avancée des connaissances dans les domaines de l'échographie et de la génétique, appliqués à la surveillance médicalisée de la grossesse (Driben et Munnich, 2010). Il s'est imposé depuis les années septante,

> « au moment où les malformations congénitales héréditaires ou acquises commencent à être considérées comme un problème de santé publique depuis que les grandes causes de mortalité infantile ont été maîtrisées. » (Driben et Munnich, 2010, p. 854)

> « Le diagnostic prénatal « s'entend des pratiques médicales ayant pour but de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité ». » (Bessis, 2010, p. 846)

Il comprend le dépistage prénatal, qui consiste en divers examens peu invasifs effectués à différentes étapes du suivi de la grossesse chez les femmes enceintes issues de la population générale (Ville, 2010). Le but est d'estimer les risques spécifiques d'atteinte du fœtus par certaines anomalies congénitales. Ce dépistage est une possibilité à laquelle a droit toute femme enceinte, dans une perspective préventive (Ville, 2010 ; Driben et Munnich, 2010). La patiente le demande

parfois elle-même spontanément. Il doit en tous cas lui être proposé par le médecin, mais n'est pas obligatoire et elle peut le refuser.

Le dépistage commence par une consultation de conseil génétique, puis combine le résultat de l'échographie et de tests biologiques pour calculer un risque (Driben et Munnich, 2010). Avant toute investigation, une anamnèse est recueillie soigneusement, afin de vérifier si la patiente et son conjoint font bien partie de la population générale, c'est-à-dire sans antécédents particuliers ni facteurs de risque spécifiques, et s'ils peuvent ainsi entrer dans la démarche de dépistage (Ville, 2010). Concernant l'échographie, la loi suisse reconnaît l'utilité de deux examens de dépistage obstétricaux, dont elle garantit le remboursement par l'assurance maladie. Celui du premier trimestre, réalisé entre 10 et 12 semaines d'aménorrhée, sert entre autres à mesurer l'épaisseur de la clarté nucale, qui est prise en compte dans la formule pour l'évaluation du risque d'anomalie chromosomique, et qui est l'outil isolé le plus fiable pour estimer ce risque (Ville, 2010 ; Forster, 2009). L'échographie du deuxième trimestre, effectuée entre 20 et 23 semaines d'aménorrhée, réalise un inventaire morphologique systématique, à la recherche de malformations, dont seulement 60% sont décelables à l'échographie. (Ville, 2010 ; Forster, 2009 ; Senat, 2010). L'examen ultrasonographique est complété par le dosage de marqueurs sériques maternels. Le taux d'hormones bHCG entre dans le calcul du risque d'anomalie chromosomique. Le taux d'alpha-fœto-protéine dans le sang maternel à 16 semaines d'aménorrhée détermine le risque de non fermeture du tube neural (Ville, 2010). Pour être complet, il faut également inclure dans le dépistage prénatal la recherche sérologique d'une absence d'immunité à certaines infections congénitales, qui permet à la patiente de bénéficier de mesures préventives et d'un suivi adapté, tant sérologique qu'échographique (Ville, 2010).

Un véritable diagnostic prénatal est offert si le dépistage est positif, ce qui ne signifie pas encore que le fœtus est atteint, mais que la probabilité qu'il soit malade est augmentée (Séguret et Gourand, 2010). Il est effectué en première instance pour les couples ayant des antécédents personnels ou familiaux de maladies héréditaires ou des facteurs de risques – notamment l'âge maternel pour la trisomie. L'objectif est d'infirmer ou de confirmer l'atteinte du fœtus avec certitude. Les techniques appliquées à cet effet sont globalement plus invasives que celles du dépistage, et comportent des risques de fausses couches, d'infections et d'accouchements prématurés (Séguret et Gourand, 2010). On commence donc par l'imagerie, qui est la méthode la moins invasive, et qui cherche à détecter les malformations visibles. On utilise d'abord l'échographie, complétée dans des cas particuliers par l'IRM ou le scanner. Ensuite viennent les prélèvements invasifs, parmi lesquels la biopsie du trophoblaste, l'amniocentèse et la cordocentèse – ou ponction de sang fœtal, dont les résultats sont absolument fiables, sous réserve d'échec du prélèvement. Ces techniques permettent

de diagnostiquer les anomalies chromosomiques, de réaliser la plupart des examens sanguins et d'identifier des mutations génétiques fœtales (Ville, 2010). L'espoir existe qu'à terme elles soient remplacées par la recherche d'ADN fœtal dans une simple prise de sang maternelle, comme c'est déjà le cas pour la détermination du sexe et du facteur rhésus fœtaux (Frydman, Rufo, et Schilte, 2005 ; Ville, 2010).

Nous avons vu que les femmes enceintes sont légalement et théoriquement libres de demander un dépistage prénatal ou de le refuser. Pour que leur choix soit éclairé, elles doivent toutes bénéficier d'une information détaillée sur le but des investigations, leurs limites, leurs risques, leurs conséquences, la possibilité d'une découverte inattendue et l'éventualité de procédures additionnelles (Séguret et Gourand, 2010). Le médecin doit s'assurer de leur bonne compréhension de ces notions très complexes. Il doit adapter la stratégie diagnostique à la demande des femmes, qui disposent d'un droit à l'autodétermination. Le consentement éclairé de la patiente doit être obtenu et consigné par écrit. (Forster, 2009 ; Ville, 2010).

Dans cette perspective, toute grossesse devient suspecte tant que les résultats du diagnostic n'ont pas démontré le contraire, ce qui va dans le sens des doutes, de l'angoisse et de l'ambivalence normaux éprouvés par les femmes enceintes. On se demande alors comment la plupart d'entre elles pourraient refuser un diagnostic prénatal et en assumer les conséquences. Elles n'ont plus vraiment la liberté d'ignorer (Driben et Munnich, 2010).

> « [Passer] outre ce savoir indiquerait alors une intentionnalité, celle de faire subir à sa descendance un préjudice irréparable. » (Driben et Munnich, 2010, p. 861)

Les femmes ne sont certes pas responsables d'être malades ou porteuses d'une maladie, mais elles se sentiraient coupables d'avoir refusé une investigation diagnostique, et pourraient assimiler leur choix au fait d'accepter de transmettre une anomalie à leur enfant (Driben et Munnich, 2010). Sans toujours bien en comprendre les enjeux, elles subissent également une pression sociale allant dans le sens du dépistage, voire de l'interruption thérapeutique de grossesse.

En se soumettant à un dépistage prénatal, la plupart des femmes enceintes attendent la confirmation de la normalité de leur grossesse et de la santé de leur futur bébé, ce que le gynécologue ne peut jamais leur garantir et se garde d'affirmer. Le diagnostic prénatal au sens large, en permettant de découvrir un monde préalablement interdit – l'intérieur du ventre des femmes enceintes (Séguret et Gourand, 2010) – contribue à l'illusion de maîtrise des étapes de la procréation et d'emprise sur le destin. Il cultive le sentiment d'invulnérabilité et de confiance en la médecine. Il laisse supposer que l'enfant est le produit d'un processus de fabrication bien connu, dont le gynécologue vérifie et certifie la conformité (Séguret et Gourand, 2010 ; Gourand, 2010). Il s'inscrit dans la révolution déclanchée par la libéralisation de la contraception et la dépénalisation de l'avortement. Le

glissement est facilement fait d'« un enfant quand je veux » à « un enfant comme je le veux » (Gourand, 2010). Le diagnostique prénatal met les futurs parents sous pression, dans une logique selon laquelle toute grossesse est le fruit d'un choix et l'objet d'une planification, et tout enfant doit être tel que voulu par ses parents, impérativement désiré et accueilli dans les meilleures conditions (Devienne, 2007). Les attentes sont encore renforcées si la grossesse est le résultat d'une conception par procréation médicalement assistée, ce qui laisse espérer aux parents que leur enfant, issu de la science, est protégé contre toute anomalie (Frydman, Rufo et Schilte, 2005). Nous allons nous intéresser aux demandes et à l'espérance excessives face au diagnostic prénatal, et notamment au désir de l'enfant parfait. (Driben et Munnich, 2010).

Nous avons vu que les couples qui se savent à risque de transmettre une anomalie spécifique grave et incurable peuvent bénéficier directement du diagnostic prénatal. Il leur apporte une réponse médicale sûre quant à l'atteinte du fœtus ou non, sans pouvoir toujours renseigner sur le degré de la maladie. Ces couples connaissent l'affection en question et la souffrance qui y est liée, parce qu'elle les touche eux-mêmes, ou un membre de leur famille proche, voire un de leurs précédents enfants. Ils sont dès le départ conscients que la démarche dans laquelle ils s'engagent peut aboutir à l'interruption de la grossesse. Le diagnostic prénatal, qui peut être ressenti comme une autorisation de la part des médecins, permet à des parents ayant un enfant malade de concrétiser leur désir d'en avoir un autre sans lui transmettre l'anomalie. La nouvelle grossesse porte l'espoir d'une réparation narcissique et d'un soulagement de la culpabilité. Mais elle incarne aussi la menace de la répétition de la transmission d'une maladie, qui serait vécue comme une confirmation d'un défaillance corporelle des parents, voire des conséquences négatives de leur union. Il est parfois difficile, en particulier pour la mère qui le vit dans sa chair, de concilier l'attachement au premier enfant malade et le désir de ne pas en faire naître un deuxième atteint de la même anomalie. Dans ce cas, l'annonce de la grossesse à l'entourage social et son investissement libidinal sont souvent retardés, par précaution et par peur de s'en trouver ensuite dépossédée. (Driben et Munnich, 2010).

La découverte anténatale d'une anomalie congénitale est suivie de l'établissement d'un pronostic et de la planification d'une conduite à tenir (Senat, 2010), qui ne se limite pas à l'interruption médicale de grossesse. Elle permet dans certaines situations, malheureusement encore trop rares, de tenter un traitement médical *in utero*, lorsque l'affection se péjore au long de grossesse. C'est le cas par exemple de la transfusion fœtale pour une anémie ou de la coagulation des vaisseaux placentaires au laser pour un syndrome transfuseur-transfusé compliquant une grossesse gémellaire monochoriale (Ville, 2010). Il donne également la possibilité de prévoir la naissance dans un centre adapté à la prise en charge multidisciplinaire de la malformation du fœtus, avec implication des pédiatres. Il sert en outre à préparer les parents à la maladie à laquelle ils vont être confrontés. Mais

la seule possibilité est actuellement souvent le recours à l'interruption de grossesse, qui souligne les limites de la médecine (Legros, 2010).

Les conséquences de la découverte et de la confirmation d'une anomalie au moyen du diagnostic prénatal peuvent donc être considérables, puisqu'elles peuvent conduire à ne pas faire naître un enfant (Legros, 2010). Elles affectent le psychisme de la femme enceinte, en exacerbant son angoisse et son anxiété (Ville, 2010). Elles menacent le plus souvent le devenir de la grossesse. Nous allons voir ce qui se passe lorsque la femme choisit de demander une interruption thérapeutique de sa grossesse pourtant désirée, parce que l'enfant réel est vu comme monstrueux, et s'éloigne trop de l'enfant idéal imaginé.

5.1. LE DESIR DE L' ENFANT PARFAIT

La grossesse est une période narcissique pour la femme qui se prépare progressivement à son futur rôle de mère.

> « Il faut rappeler l'importance des représentations mentales présentes chez chaque femme concernant l'enfant à venir : l'enfant imaginaire qu'elle a construit tout au long de son histoire infantile, l'enfant narcissique dépositaire de tous ses espoirs et de toutes ses attentes, l'enfant imaginé, produit des rêveries d'un couple donné à propos de l'enfant qu'il projette d'avoir, et l'enfant culturel, reflet des représentations de l'époque, de la société dans laquelle il naît. » (Garel, 2010, p. 936-937)

La femme enceinte imagine qu'elle attend un bébé de rêve qui viendra la combler, et en espère la confirmation par le gynécologue. Les progrès techniques dans le domaine du diagnostic prénatal – et la possibilité d'avortements thérapeutiques, renforcent ces fantasmes de contrôle et de perfection (Helson, 1999 ; Gaille et Barroux, 2008). Le diagnostic prénatal entretient ce désir d'enfant irréaliste et irréalisable. (Brun, 2010 ; Diamantis, 2010). La grossesse, la naissance et l'enfant sont fortement idéalisés (der Andreassian et Guillou, 2008).

L'échographie est l'examen qui a le plus grand impact irrationnel, fascinant et inquiétant à la fois (Séguret et Gourand, 2010). Elle montre ce qui restait autrefois caché (Séguret et Gourand, 2010). Classiquement, la femme se sentait enceinte à partir du moment où elle remarquait les changements de son corps, et avait ensuite l'impression subjective de porter un enfant dès qu'elle percevait les mouvements fœtaux. (Brun, 2010). L'échographie a permis d'anticiper cette transition, en provoquant un rendez-vous virtuel avec l'enfant (Gourand, 2010), en donnant une présence au fœtus, en transformant le bébé imaginaire en un bébé réel (Daffos *et al.*, 1997). Elle modifie l'inconnue du désir d'enfant en déplaçant la rencontre avec ce bébé réel de la naissance à la grossesse (Brun, 2010 ; Séguret et Gourand, 2010). Le fœtus, qui préfigure le nouveau-né, est alors investi de plus en plus tôt, souvent dès le premier trimestre (Daffos *et al.*, 1997), et personnifié précocement (Gaudet *et al.*, 2008).

L'échographie donne la possibilité à la future mère de présenter l'enfant au futur père (Frydman, Rufo et Schilte, 2005). Grâce aux images, les parents se font une idée du visage de leur enfant (Brun, 2010) et peuvent en connaître le sexe à l'avance (Shipp *et al.*, 2004).

Si l'échographie peut parfois stimuler les fantasmes de grossesse et d'enfant (Frydman, Rufo et Schilte, 2005), la difficulté face au développement de techniques de plus en plus réalistes – par exemple l'échographie tridimensionnelle, est justement de laisser une place à l'imaginaire des parents (Frydman, Rufo et Schilte, 2005). Il ne faut pas que la rêverie de la mère soit altérée par le regard que quelqu'un d'autre porte sur la même image qu'elle. Elle ne veut pas que l'échographiste la contredise (Gourand, 2010) et elle attend de lui qu'il lui montre l'enfant qui correspondrait le mieux à son désir. Certaines redoutent la confrontation aux images et l'impression de transparence apportée par les techniques modernes, qui ne correspondent pas forcément à leurs attentes. Celles qui ne veulent par exemple pas connaître à l'avance le sexe de l'enfant s'inscrivent dans cette tendance (Brun, 2010). Elles appréhendent une annonce qui détruirait leurs fantasmes (Séguret et Gourand, 2010). L'échographie entraîne ainsi une anticipation du deuil de l'enfant imaginaire en donnant une présence au fœtus et à l'enfant-projet (Helson, 1999).

Nous allons examiner la situation où ce désir d'enfant parfait est contrarié par l'annonce de la découverte d'une anomalie grave, qui conduit la patiente à demander l'interruption d'une grossesse désirée mais devenue impossible.

5.2. L' INTERRUPTION THERAPEUTIQUE DE GROSSESSE : L' ENFANT IMPOSSIBLE

On parle d'interruption médicale de grossesse ou interruption thérapeutique de grossesse, en cas d'interruption de grossesse effectuée sur indication médicale, notamment pour atteinte fœtale grave et incurable ou mise en danger de la santé ou la vie de la mère, par opposition à l'interruption volontaire de grossesse, dont nous avons déjà discuté (Senat, 2010). L'indication médicale pour atteinte fœtale, sans menace sur la mère, n'est jamais imposée à la femme, qui dispose de son droit d'autodétermination. Par contre, une atteinte fœtale mineure n'entrant pas dans les indications médicales peut conduire au refus par le corps médical de la demande d'interruption déposée par la femme enceinte.

La loi définit le cadre des interruptions médicales de grossesse et laisse à la femme la possibilité d'un choix (Legros, 2010). L'avortement thérapeutique a été légitimé par l'Académie de médecine en 1852 (Magnier, 2010). Son autorisation en France date de la loi

Veil de 1975, qui a été modifiée en 2001 pour l'étendre jusqu'au terme de la grossesse (Senat, 2010).

La possibilité légale de l'interruption médicale de grossesse fait planer le droit de vie ou de mort sur le fœtus et confronte à une toute-puissance divine (Daffos *et al.*, 1997 ; Soubieux, 2010). Dans le contexte de la morale judéo-chrétienne, les femmes peuvent se vivre comme coupables et meurtrières, incarnant l'extrême menace qu'une mère peut exercer sur son enfant (Legros, 2010). Elles craignent d'être jugées par leur entourage (Soubieux, 2010).

> « Derrière l'image de l'enfant parfait se profile son ombre menaçante, celle de l'enfant jetable, avec toute la culpabilité qu'elle engendre. » (Gourand, 2010, p. 833)

Nous avons vu que les femmes à risque, qui sont dirigées d'emblée vers le diagnostic prénatal sont souvent mieux préparées aux conséquences possibles de la confirmation d'une atteinte fœtale grave. Elles connaissent la possibilité de demander une interruption thérapeutique de grossesse déjà avant de se soumettre aux investigations, voire avant la conception. D'ailleurs, en tant qu'ils peuvent porter atteinte à la grossesse et révéler sa vulnérabilité, les prélèvements invasifs préfigurent le risque d'interruption médicale de grossesse (Séguret et Gourand, 2010). Certaines de ces femmes ayant un vécu difficile, dans un réflexe de protection et face à la peur de se trouver dépossédée de la grossesse, attendent très tard pour l'investir, parfois même jusqu'à la rencontre avec l'enfant réel le jour de l'accouchement (der Andreassian et Guillou, 2008).

> « Considérer le fœtus comme une personne, un rien ou un monstre n'est pas équivalent dans le travail psychique à accomplir par la suite. » (Soubieux, 2010, p. 963)

Nous avons exposé que la femme se soumettant au dépistage prénatal cherche avant tout à être rassurée, parfois à connaître le sexe de l'enfant. Malgré les explications qu'elle a reçues lorsqu'elle a donné son consentement, elle ne s'attend pas à devoir faire face à l'éventualité d'une interruption de grossesse, et est sidérée en cas de découverte d'une malformation grave. (Nihoul-Fékété, 2010 ; Soubieux, 2010). Nous allons voir qu'elle vit l'annonce de la possibilité d'une anomalie, puis sa confirmation, et le choix d'une éventuelle interruption de grossesse comme un traumatisme violent.

Le dépistage prénatal provoque toujours de l'anxiété (Ville, 2010) et l'acuité diagnostique se fait au détriment de la tranquillité des parents (Gourand, 2010). L'échographiste, en annonçant un doute ou une anomalie, se montre persécuteur et intrusif. Il risque de miner le projet d'enfant (Gourand, 2010).

> « La machine à détecter le risque peut parfois devenir – sur le plan psychologique – une machine à produire du risque. » (Legros, 2010, p. 946)

Dans le cas d'un dépistage positif, l'angoisse est empirée par l'incertitude qui flotte souvent un certain temps quant à l'atteinte réelle avant confirmation du diagnostic, l'impossibilité de la mise à distance par la mère, et l'absence d'identification visuelle du fœtus, qui laisse une plus grande place à l'imaginaire (Daffos *et al.*, 1997). Le vécu de la suite de la grossesse peut devenir insupportable (Gaudet *et al.*, 2008).

> « Les femmes oscillent entre le bébé monstrueux dont elles voudraient être débarrassées et le bébé merveilleux qu'elles voudraient encore porter. » (Gaudet *et al.*, 2008, p. 539)

L'annonce d'une malformation grave et de son pronostic défavorable est un drame, un choc et une urgence affective (Gourand, 2010 ; Soubieux, 2010). Elle vient briser violemment le rêve de l'enfant imaginé parfait, qu'elle remplace par l'enfant réel, qui est vu comme monstrueux.

> « L'inquiétante étrangeté est accentuée et le fœtus fait peur. » (Soubieux, 2010, p. 964)

Cette annonce provoque l'irruption douloureuse d'une perte de maîtrise et d'un sentiment d'injustice et de trahison, au cours d'une période de vulnérabilité psychique (Garel, 2010 ; Soubieux, 2010). Le narcissisme de la femme s'en trouve profondément blessé, son identité menacée et dévalorisée. Lorsque cela arrive lors de la première grossesse et que le couple n'a pas encore d'enfant, la capacité à devenir parents est mise en doute.

Le poids de la décision de l'interruption médicale de grossesse est immense (Séguret et Gourand, 2010). Le choix est marqué par l'ambivalence, une forte culpabilité– celle d'une faute imaginaire qui aurait causé l'anomalie fœtale et celle de tuer activement le fœtus (Legros, 2010) – et le sentiment d'avoir abandonné son enfant (Garel, 2010). L'interruption peut toutefois être ressentie comme la possibilité d'éviter une souffrance future et assimilée à des soins palliatifs appliqués au fœtus (Legros, 2010). Certaines femmes, en accord avec leurs convictions philosophiques et religieuses, décident de poursuivre la grossesse et d'accompagner l'enfant jusqu'à la mort, ce qui diminue leur culpabilité (Soubieux, 2010). L'interruption de grossesse est envisagée comme solution ultime lorsque l'atteinte diagnostiquée dépasse le degré de handicap et d'altération de la qualité de vie que les parents peuvent tolérer pour leur enfant, par rapport à ce qu'ils estiment lui devoir (Gaille et Barroux, 2008 ; Senat, 2010). Si l'enfant est déjà désiré et investi – ce qui n'est pas une question de durée de la grossesse (Tilmant, 2008) – la décision d'interruption provoque généralement chez la femme les symptômes psychiques et comportementaux typiques d'un traumatisme intense. Plus la grossesse est avancée, plus la femme risque de souffrir de symptômes dépressifs et de détresse profonde (Gaudet *et al.*, 2008). Le deuil périnatal est vécu comme un traumatisme physique par l'interruption du lien organique avec le fœtus, un traumatisme identitaire par perte du rôle parental et amputation d'une partie de soi, enfin un traumatisme narcissique et

fantasmatique par perte de l'enfant imaginaire et désiré. (Gaudet *et al*., 2008). La femme doit envisager de donner la mort à la place de la vie, et les affronter simultanément. A partir de 14 semaines d'aménorrhée ou lorsqu'une autopsie est souhaitée, l'interruption a lieu sous forme de déclenchement d'un accouchement par voie basse, à la maternité – plutôt que par curetage au bloc opératoire (Senat, 2010 ; Soubieux, 2010). Au moment de l'accouchement, la femme est confrontée à l'enfant réel, à son anomalie et à sa perte. La rencontre avec l'enfant, sous forme de visualisation et de contacts physiques, associée à des rituels funéraires, est encouragée mais jamais imposée. Des photos du fœtus sont consignées dans le dossier, au cas où les parents changeraient d'avis (Soubieux, 2010). La vérification de l'anomalie, quand elle est visible, confirme l'indication de l'interruption de la grossesse et rassure la femme quant à sa décision (Soubieux, 2010). La confrontation au fœtus peut être remplacée par sa description et le récit de quelqu'un qui l'a vu et qui lui confère une réalité. Elle permet de restaurer partiellement le narcissisme parental en montrant que le bébé réel n'est pas aussi monstrueux qu'imaginé. Elle est cruciale pour initier le travail de deuil, favoriser la représentation de l'enfant « disparu avant d'avoir été » (Legros, 2010, p. 948), diminuer les angoisses, encourager l'acceptation de la perte, et éviter l'installation d'un deuil chronique, compliqué et prolongé. La femme veut se sentir mère de cet enfant et être reconnue comme telle. Elle « se sent dépositaire de la seule mémoire vivante de l'enfant, disparu avant que de naître » (Legros, 2010, p. 949). Elle doit prendre le temps de faire un travail de deuil de cet enfant à qui elle a activement retiré la vie, afin de pouvoir surmonter sa blessure, se reconstruire et envisager un avenir. (der Andreassian et Guillou, 2008 ; Legros, 2010 ; Senat, 2010). Cette démarche difficile est sexuée, puisque différente pour la mère et pour le père. Elle est très solitaire, souvent effectuée en secret, dans la honte, le sentiment d'échec et le repli sur soi, et met le couple à l'épreuve. La solitude est renforcée par l'absence de soutien social, remplacé dans ce type de deuil très particulier par l'incompréhension et l'indifférence de l'entourage (Soubrieux, 2010). Mais

> « [le] processus de deuil est quelque chose de vivant en ce qu'il est tout à la fois un état psychique et avant tout un processus dynamique. A ce titre, le deuil c'est l'affaire du futur. » (Legros, 2010, p. 949)

Il n'est jamais clos, et doit être sans cesse recommencé. (Gaudet *et al.*, 2008 ; Garel, 2010 ; Legros, 2010 ; Soubieux, 2010)

5.3. DU POINT DE VUE DU GYNECOLOGUE

Différents gynécologues sont impliqués dans le processus allant du dépistage prénatal à l'interruption thérapeutique de grossesse.

Le gynécologue traitant a un rôle important dans le suivi de la grossesse et surtout de la patiente à long terme. Il doit proposer le dépistage ou le diagnostic prénatal à toute femme enceinte, ou recevoir sa demande. Il lui fournit l'information nécessaire, recueille son consentement éclairé, et le documente (Bessis, 2010). S'il en a la compétence, il réalise lui-même les examens de dépistage. Dans le cas contraire, ou pour tout diagnostic prénatal, il adresse sa patiente à des spécialistes en médecine fœto-maternelle.

Ces spécialistes effectuent une nouvelle information relative aux examens auxquels ils vont procéder. Ils annoncent la suspicion d'une anomalie fœtale, en infirment ou en confirment la présence et en évaluent le pronostic. Ils entourent la femme et le couple dans leur prise de décision, et enregistrent, le cas échéant, la demande d'interruption de la grossesse.

En général, le gynécologue traitant tient une place centrale dans l'accompagnement de sa patiente ou du couple, dans l'intégration des différents résultats, dans le processus de prise de décision et dans l'organisation d'une éventuelle interruption thérapeutique.

L'interruption elle-même doit avoir lieu en milieu hospitalier et est assumée par une équipe pluridisciplinaire.

La patiente est ensuite suivie par son gynécologue traitant, en ayant toujours la possibilité de solliciter un entretien avec les membres de l'équipe hospitalière, même à distance. Nous avons vu notamment que des photos du fœtus sont conservées dans le dossier médical, afin de pouvoir être consultées ultérieurement.

Le diagnostic prénatal soulève des problèmes statistiques, financiers et éthiques (Séguret et Gourand, 2010). Dans la majorité des cas, il vient certes rassurer la femme enceinte sur l'absence d'anomalie détectée et soutenir ainsi son désir et son projet d'enfant.

> « Si l'échographie, point nodal du diagnostic prénatal, c'est voir pour savoir, c'est aussi rêver pour comprendre. Si l'échographiste est celui qui mesure et vérifie, c'est aussi celui qui peut entendre le rêve des parents, constitutif de l'enfant à naître. En cela, le diagnostic prénatal est aussi un facteur d'aide à la parentalité. » (Séguret et Gourand, 2010, p. 845)

Cependant, nous avons vu que la certitude du diagnostic se fait au détriment de la quiétude des patientes. La suspicion d'une anomalie fœtale, même infirmée par la suite, teinte la fin de la grossesse, voire la naissance, d'une forte angoisse, non sans conséquences. La question se pose également de savoir combien de tests on accepte d'effectuer pour détecter une seule anomalie, et selon quels critères la société doit rembourser de tels examens. Les réponses sont en partie apportées par le cadre légal, les recommandations de pratique et la déontologie médicale. Mais le gynécologue et sa patiente sont confrontés à ces difficultés et à leur signification réelle, qu'ils doivent résoudre au cas par cas.

> « [Il] n'existe pas d'échelle de certitude pour le diagnostic, ni d'échelle de gravité pour la malformation. L'application stricte et générale des lois est incompatible avec la diversité des situations cliniques et humaines. » (Nihoul-Fékété, 2010, p. 853)

Le diagnostic prénatal est un domaine frontière de la médecine, situé entre la vie et la mort (Legros, 2010) et faisant planer une menace sur le fœtus (Gourand, 2010).

> « Suffit-il de ne plus vouloir ou de ne plus désirer pour que cesse une vie ? » (Legros, 2010, p. 947)

Il nécessite des compétences pointues et est l'affaire de spécialistes (Ville, 2010). S'il n'y a pas de manière idéale d'annoncer une anomalie fœtale, le médecin doit pouvoir prendre en charge les futurs parents en état de choc avec empathie (Gourand, 2010). La souffrance vient de la perte volontaire d'une grossesse désirée (Garel, 2010), du deuil de l'enfant parfait et du projet d'enfant.

La responsabilité est proportionnelle au savoir des échographistes (Gourand, 2010).

> « [L]'illusion de la toute-puissance de l'échographiste rend plus intolérables encore ses insuffisances » (Gourand, 2010, p. 833)

Le principal risque médico-légal est celui du faux négatif (Gourand, 2010). Mais il n'y a pas de droit à ne pas naître (Bessis, 2010) et la naissance n'est pas reconnue comme préjudice légal.

Une autre difficulté qui peut surgir est le refus de demande d'IMG face à une malformation jugée minime du point de vue médical, mais inacceptable pour les futurs parents (Nihoul-Fékété, 2010). La prise en charge de la suite de la grossesse et l'accueil de l'enfant sont ensuite hautement délicats.

Face aux conséquences des choix effectués et à l'ampleur des enjeux, il est important d'entourer la femme par une équipe, ce qui ne signifie pourtant jamais diluer les responsabilités (Ville, 2010). Il faut prendre le temps d'élaborer une décision réfléchie (Senat, 2010) et laisser un espace à la pensée (Séguret et Gourand, 2010).

CONCLUSION

Après avoir réfléchi au désir, et plus particulièrement au désir d'enfant, nous l'avons abordé autour de cinq axes tirés de la pratique en gynécologie-obstétrique.

Ainsi, nous avons vu que la demande de contraception n'est pas incompatible avec un désir d'enfant, qu'elle exprime plutôt le report du projet d'enfant, et que la contraception participe à l'illusion de maîtrise de la fertilité.

Nous avons montré que les IVG sont le plus souvent issues d'échecs de contraception, qu'elles ne sont de loin pas synonymes d'absence de désir de grossesse, mais parfois d'absence de désir d'enfant et surtout d'absence de projet d'enfant. Nous avons discuté le cas particulier des grossesses à l'adolescence, qui se terminent majoritairement par une IVG.

Nous avons présenté la demande de stérilisation à visée contraceptive, déposée par certaines femmes jeunes en bonne santé, qui ne veulent pas d'enfant, ni de grossesse, ni d'IVG, ni d'autre contraception et qui revendiquent le droit de faire ce choix.

Nous nous sommes intéressés à la demande d'aide médicale à la procréation de femmes qui n'arrivent pas à tomber enceinte ou à satisfaire leur désir d'enfant et qui en souffrent. Nous avons vu que cette demande n'est jamais très loin du droit à l'enfant, dans une perspective de toute-puissance du désir.

Nous avons examiné l'influence du protocole de PMA sur la sexualité du couple, ainsi que les spécificités de la demande de PMA déposée par les femmes sur le tard, les femmes seules, homosexuelles ou atteintes de maladies chroniques et/ou transmissibles.

Nous nous sommes penchés sur le diagnostic prénatal, que la plupart des femmes enceintes demandent ou auquel elles acceptent de se soumettre, dans la quête de l'enfant parfait. Nous avons vu qu'il peut conduire la femme à demander l'interruption d'une grossesse désirée, parce que l'enfant réel devient impossible et ne correspond pas à l'enfant imaginaire.

Nous avons choisi de nous concentrer sur la femme – plutôt que sur le couple ou sur l'homme, puisque c'est elle qui est plus directement concernée, légalement responsable de ses choix, et au premier plan pour le gynécologue. Il s'est beaucoup agi des droits de la femme, du respect de son autonomie, de la disposition de son corps, du choix de son mode de vie, du fait d'assumer sa sexualité et sa fertilité. Les différents thèmes traités ont montré l'importance du désir d'enfant tout au long de la vie de la femme, et souligné sa place centrale pour la pratique du gynécologue. Ils sont tous plus ou moins liés entre eux, interdépendantes, parfois complémentaires ou opposées.

Relevons par exemple que la prise de contraception au long cours associée au recours à l'IVG peut reporter la concrétisation du désir d'enfant à un âge tardif et mener ainsi à une infertilité, à une demande de PMA puis de diagnostic prénatal. La légalisation de la contraception a été justifiée, à tort ou à raison, par la prévention des IVG. Quant à la majorité des IVG, elles résultent d'échecs de contraception. La stérilisation demandée à visée contraceptive assimile la stérilisation à un sous-type de contraception, dans le but d'éviter la prise d'autres contraceptifs et le recours à l'IVG. Elle peut conduire à une demande de PMA en cas de regrets. La dissociation entre sexualité et procréation est induite par la conjonction de la contraception, de l'IVG et de la PMA.

Le gynécologue est confronté à cette variété de situations, dans un métier riche et varié, parfois difficile, mais toujours passionnant. Il est gagne à s'arrêter pour y réfléchir, à se plonger dans la complexité inhérente à sa profession, à élargir le champ de sa pratique et à la mettre en perspective.

Les thèmes que nous avons parcourus exigent des compétences professionnelles et des connaissances médicales pointues, dans des domaines où les erreurs ont de graves conséquences. Ils ne se limitent pas à un niveau strictement médical, mais s'inscrivent dans un cadre juridique, soulèvent des questions éthiques, et se situent dans un contexte social. Ils bousculent la pensée et atteignent les limites du vocabulaire, dans notre langue où les mots manquent pour désigner certaines réalités pourtant fréquentes (Soubieux, 2010). Ces problématiques se mettent en jeu dans la relation entre le médecin et sa patiente, où la communication est fondamentale. Il est incontournable pour le gynécologue de connaître les divers aspects du désir d'enfant chez la femme et de situer chaque patiente dans la phase de vie où elle se trouve, tout en individualisant la prise en charge, afin de pouvoir offrir à chacune ce qui lui convient le mieux.

Ce travail n'a pas l'ambition d'avoir abordé un sujet si vaste et complexe de manière exhaustive. Il s'est centré sur des demandes adressées par les femmes au gynécologue. Chaque thème mériterait d'être approfondi en tant que tel. Mais nous avons voulu montrer la richesse de leur coexistence et de leur interrelation tant dans la vie des femmes que pour la pratique en gynécologie. Afin de nous limiter, nous avons volontairement négligé les troubles en cours de grossesse, les fausses couches, les grossesses extra-utérines ou l'*emesis* gravidique, le déni de grossesse, l'adaptation à la naissance, l'infanticide ou l'adoption, la ménopause, les interventions ou les pathologies qui induisent une ménopause ou une stérilisation – des sujets qui en disent également long sur le désir d'enfant et sont tout autant dignes d'intérêt, mais dépassent le cadre que nous nous sommes fixé.

BIBLIOGRAPHIE

Abdel-Baki, Amal et Poulin, Marie-Josée, « Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. I. Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse », *Psychothérapies* [en ligne], 2004a, 24, 1, p. 3-9.

André, Jacques, « Introduction », in Jacques André, Catherine Chabert, Jean-François Daubech, Amalia Giuffrida, Patrick Guyomard, Sylvie Karila, Isabelle Nicolas et Claire Squires, *Désirs d'enfants*, Paris, PUF, 2009, p. 9-13.

Athea, Nicole, « Nouvelles techniques de procréation : quelques réflexions d'une gynécologue sur la médicalisation et la psychologisation du désir d'enfant », *Revue française de psychanalyse*, 1987, 51, 6, p. 1531-1542.

Bajos, Nathalie, « Le point sur l'IVG en France», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 549-551.

Barjot, B., Graesslin, O., Cohen, D., Vaillant, P., Clerson, P., Hoffet, M., « Grossesse survenant sous contraception orale : les leçons de l'étude GRECO », *Gynécol Obstét Fertil* [en ligne], 2006, 34, p. 120-126.

Belaisch-Allart, Joëlle, « Au-delà de quelles limites l'AMP n'est-elle plus valable ? », *Gynécol Obstét Fertil* [en ligne], 2002, 30, p. 793-798.

Benn, Piers, et Lupton, Martin, « Sterilisation of young, competent, and childless adults », *BMJ* [en ligne], 2005, 330, p. 1323-1325.

Bessis, Roger, « Aspects juridiques du diagnostic prénatal », in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 846-848.

Blanc, Bernard et Madelenat, Patrick, La stérilisation à visée contraceptive, Paris, Elsevier, 2004.

Borten-Krivine, Irène, « Naissance et droit des femmes», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 564-568.

Brun, Danièle, « La naissance à l'ère de l'enfant désiré», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 585-592.

Bydlowski, Monique, « Facteurs psychologiques dans l'infertilité féminine », *Gynécol Obstét Fertil* [en ligne], 2003, 31, p. 246-251.

Campagna, Norbert, *L'éthique de la sexualité*, Paris, L'attrape-corps, La Musardine, 2011.

Cauvin, P., « Motivations des donneuses d'ovocytes », *Gynécol Obstét Fertil* [en ligne], 2009, 37, p. 934-941.

Coëffin-Driol, C. et Giami, A., « L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple : revue de la littérature », *Gynécol Obstét Fertil* [en ligne], 2004, 32, p. 624-637.

Cohen, Brigitte-Fanny, *Un bébé mais pas à tout prix*, Paris, J'ai lu, 2005.

Collier, Francis, « Quand le désir d'enfant est là : quelle sexualité pour le couple ? », *Sexologies* [en ligne], 2010, 19, p. 170-174.

Commenges-Ducos, Monique, « La vie humaine, fruit d'une rencontre. A propos de l'infertilité conjugale », *Gynécol Obstét Fertil* [en ligne], 2005, 33, p. 998-1002.

Communauté Périnatale de l'Agglomération Versaillaise, *Stérilisation tubaire à visée contraceptive*, 2007 (http://www.medical78.com, consulté le 01.09.2011).

Cournoyer, M., « Maternité précoce : un passage inédit à l'âge adulte », *P.R.I.S.M.E.*, 1995, 5, 2-3, p. 266-287.

Craft, Shonda M., Delaney, Robin O., Bautista, Dianne T., et Serovich, Julianne M., « Pregnancy decisions among women with HIV», *AIDS Behav* [en ligne], 2007, 11, 6, p. 927-935.

Cukier-Hemeury, Françoise, Lézine, Irène et de Ajuriaguerra, Julian, « Désir d'enfant », *La Psychiatrie de l'Enfant*, 1987, 30, 1, p. 59-63.

Curtis, K.M., Mohllajee, A.P. et Peterson, H.B., « Regret following female sterilization at a young age : a systematic review », *Contraception*, 2006, 73, 2, p. 205-210.

Daffos, Fernand, Dumez, Yves, Fontanges-Darriet, Marianne, Guinet, Paul, Saada, Philippe et Soulé, Michel, *Le fœtus à l'hôpital*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1997.

Daubech, Jean-François, « Entretiens préalables », in Jacques André, Catherine Chabert, Jean-François Daubech, Amalia Giuffrida, Patrick Guyomard, Sylvie Karila, Isabelle Nicolas et Claire Squires, *Désirs d'enfants*, Paris, PUF, 2009, p. 31-43.

David, Georges, « Entre vouloir social et pouvoir médical », in Pierre Jouanet et Véronique Nahoum-Grappe, *Histoires de sexe et désir d'enfant*, Paris, Le Pommier, 2004, p. 50-56.

Delassus, Jean-Marie, *L'Aide-mémoire de Maternologie*, Paris, Dunod, 2010.

Delotte, J., Pillet, E., Bafghi, A., Boucoiran, I., d'Angelo, L. et Bongain, A., « Demandes d'IVG des mineures. Etude de leurs motivations et influences menée au CHU de Nice », *Gynécol Obstét Fertil* [en ligne], 2007, 35, p. 662-665.

der Andreassian, Christiane et Guillou, Sophie, *Un bébé, oui ou non ? Pas facile de se décider…*, Toulouse, Milan, 2008.

Desjardins-Simon, Joëlle et Debras, Sylvie, *Les verrous inconscients de la fécondité*, Paris, Albin Michel, 2010.

Devienne, E., Etre femme sans être mère. Le choix de ne pas avoir d'enfant, Paris, Robert Laffont, 2007.

Diamantis, Irène, « Désir non-désir», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 593-599.

Driben, Adèle et Munninch, Arnold, « Considérations humaines et questions éthiques», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 854-863.

Engeli, Isabelle, « La problématique de la procréation médicalement assistée en France et en Suisse », *Revue française de science politique* [en ligne], 2009, 59, 2, p. 203-219.

Fanchin, Renato, « Stérilité, infertilité, AMP : indications et limites», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 654-661.

Faucher, Philippe, Dappe, S. et Madelenat, P., « Maternité à l'adolescence : analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers », *Gynécol Obstét Fertil* [en ligne], 2002, 30, p. 944-952.

Faure-Pragier, Sylvie, « De l'impatience à la patience», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 645-653.

Fohet, C. et Borten-Krivine, I., « Les patientes homosexuelles en gynécologie », *Gynécol Obstét Fertil* [en ligne], 2004, 32, p. 228-232.

Forster, Peter, « Rechtliche Grundlagen der pränatal Diagnostik », *Blokkurs SSGO Pränatal Diagnostik*, Zurich, 2009.

Fortineau-Guillorit, E., « Quand l'idée d'adoption prend le pas sur le désir d'enfant », *Perspectives psychiatriques*, 1993, 32, 38, p. 178-181.

Frydman, R., Rufo, M. et Schilte, C., *Désir d'enfant. Mettre toutes les chances de son côté pour réaliser son désir d'enfant*, Espagne, Hachette, 2005.

Frydman, René et Szejer, Myriam, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010.

Gaille, Marie et Barroux, Gilles, « De l'enfant projeté à l'enfant né : la famille, un lieu de représentations normatives dans l'accompagnement médical de la procréation », *Corpus*, 2008, 54, p. 93-115.

Garel, Micheline, « La perte du bébé à naître», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 931-938.

Gauchet, Marcel, « L'enfant du désir », *Le Débat* [en ligne], 2004, 132, 5, p. 98-121.

Gaudet, C., Séjouné, N., Allard, M.-A. et Chabrol, H., « Les femmes face à la douloureuse expérience de l'interruption médicale de grossesse », *Gynécol Obstét Fertil* [en ligne], 2008, 36, p. 536-542.

Gaudin, Philippe, « L'énigme de la naissance entre philosophie et monothéismes », in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 11-25.

Genvresse, Patrick, « Engendrement, filiation, transmission et ruptures traumatiques », *Dialogue*, 2005, 168, p. 45-54.

Gerson, Mary-Joan, « Feminism and the wish for a child », *Sex roles* [en ligne], 1984, 11, 5/6, p. 389-399.

Goodbody, Sandra Toll, « Helping families explore parenthood alternatives », *Can Fam Physician* [en ligne], 1979, 25, p.744-748.

Gourand, Luc, « Echographies de la grossesse : voir ce qui ne se voit pas», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 832-835.

Grihom, Marie-José et Ducousso-Lacaze, Alain, « Parentalité et homoparentalité : quels enjeux ? », *Perspectives Psy* [en ligne], 2009, 48, 3, p. 292-299.

Gross, Martine, « Désir d'enfant chez les gays et les lesbiennes », *Terrain* [en ligne], 2006, 46, p. 151-164.

Heavey, Elizabeth J.,Moysich, Kirsten B., Hyland, Andrew, Druschel, Charlotte M., et Sill, Michael W., « Differences in pregnancy desire among pregnant female adolescents at a state-funded family planning clinic », *Journal of Midwifery & Women's Health* [en ligne], 2008, 53, 2, p. 130-137.

Heslon, Christian, « Du désir d'enfant à l'enfant-projet : vers l'effacement de l'enfance ? », *Education permanente*, 1999, 1, 138, p. 37-48.

Hofman, Philippe, *L'impossible séparation entre les jeunes adultes et leurs parents*, Paris, Albin Michel, 2011.

Iacub, Marcela, « Les libertés à l'épreuve du droit », in Pierre Jouanet et Véronique Nahoum-Grappe, *Histoires de sexe et désir d'enfant*, Paris, Le Pommier, 2004, p. 96-102.

Jouannet, Pierre, « La procréation dans tous ses états », in Pierre Jouanet et Véronique Nahoum-Grappe, *Histoires de sexe et désir d'enfant*, Paris, Le Pommier, 2004, p. 57-66.

Jouanet, Pierre et Nahoum-Grappe, Véronique, *Histoires de sexe et désir d'enfant*, Paris, Le Pommier, 2004.

Kancheva Landolt, Nadia T., Lakhonphon, Sudrak et Ananworanich, Jintanat, « Contraception in HIV-positive female adolescents », *AIDS Research and Therapy* [en ligne], 2011, 8, 19.

Karpel, Léa, « Le vécu de la médicalisation de la conception», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 683-691.

Kellerhals, Jean et Widmer, Eric, *Familles en Suisse : les nouveaux liens*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 2007.

Langer, Marie, *Procréation et sexualité. Etude psychanalytique et psychosomatique*, Paris, Des femmes – Antoinette Fouque, 2008.

Le Bras, Hervé, « L'IMG et le psychanalyste», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 946-950.

Legros, Jean-Philippe, « L'interruption de grossesse pour motif médical, une intervention à part», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 942-945.

Magnier, Jean-Claude, « L'avortement et la contraception. Une affaire de femmes… et d'hommes », in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 552-563.

Marchaudon, Valérie, Piccardino, O., Dufour, P. Subtil, D. et Deruelle, P., « Etre enceinte après 45 ans grâce au don d'ovocyte à l'étranger. Merveille de la médecine ou transgression des règles éthiques ? », *Gynécol Obstét Fertil* [en ligne], 2007, 35, p. 1235-1238.

Mc Evoy DeVellis, Brenda, Strudler Wallston, Barbara et Acker, David, « Childfree by choice : attitudes and adjustment of sterilized women », *Population and Environment* [en ligne], 1984, 7, 3, p. 152-161.

Mimoun, Sylvain, *Petit Larousse de la Sexualité*, Paris, Larousse, 2007.

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, *Stérilisation à visée contraceptive, Livret d'information*, Paris, Sicom, 2005.

Moro, M. R., « Petites cuisines du désir », in Pierre Jouanet et Véronique Nahoum-Grappe, *Histoires de sexe et désir d'enfant*, Paris, Le Pommier, 2004, p. 148-158.

Moullier, R. et Mesle, B., « Interruption volontaire de grossesse », *EMC*, Gynécologie, 2006, 738-A-40, p. 1-18.

Nihoul-Fékété, Claire, « La prise en charge du fœtus malformé», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 850-853.

Nisand, Israël, « Faut-il assouplir encore les règles de l'interruption volontaire de grossesse en France ? », *Gynécol Obstét Fertil* [en ligne], 2001, 29, p. 409-412.

Nisand, Israël, « Comment diminuer le nombre des IVG en France ? », *Gynécol Obstét Fertil* [en ligne], 2003, 31, p. 499-503.

Olivennes, François, « Doit-on diaboliser la FIV ? », *Gynécol Obstét Fertil* [en ligne], 2003, 31, p. 405-407.

Picod, G., Coulon, C. et Lambaudie, E., « Stérilisation tubaire », *EMC*, Gynécologie, 2007, 738-A-20, p.1-13.

Poma, Pedro A., « Why women seek reversal of sterilzation », *Journal of the national medical Association* [en ligne], 1980, 72, 1, p.41-48.

Prokhoris, Sabine, « Faut-il avoir peur de l'homoparentalité ?», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 377-383.

Rosenblum, O., « Toxicomanie : un pont entre sexualité et désir d'enfant », *Gynécol Obstét Fertil* [en ligne], 2006, 34, p. 990-993.

Rosenblum, O., « Désir d'enfant : une folle passion ? », *Gynécol Obstét Fertil* [en ligne], 2007, 35, p. 1060-1063.

Schneider, Monique, « La naissance, un traumatisme pour les parents ? Ce qu'en dit la psychanalyse. », in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 487-495.

Schwab Zabin, Laurie, Huggins, George R., Emerson, Mark R. et Cullins, Vanessa E., « Partner effects on a woman's intention to conceive : 'not with this partner' », *Family Planning Perspectives* [en ligne], 2000, 32, 1, p. 39-45.

Séguret, Sylvie,et Gourand, Luc, « Les parents, le fœtus et le diagnostic anténatal», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 836-845.

Senat, Marie-Victoire, « L'interruption de grossesse pour motif médical, une intervention à part», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 942-945.

Shipp, Thomas D., Shipp, Diane Z., Bromley Bryann, Sheahan, Robert, Cohen, Amy, Lieberman, Ellice et Benacerraf, Beryl, « What factors are associated with parent's desire to know the sex of their unborn child ? », *Birth* [en ligne], 2004, 31,4, p. 272-279.

Soubieux, Marie-José, « Regard de la psychanalyse sur le deuil périnatal», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 962-973.

Squires, Claire, « Les grossesses tardives : un nouveau modèle féminin ? », *Champ Psychosomatique* [en ligne], 2008, 49, p.57-70.

Squires, Claire, « Retour aux sources : identité sexuée et oralité dans les désirs d'enfant », in Jacques André, Catherine Chabert, Jean-François Daubech, Amalia Giuffrida, Patrick Guyomard, Sylvie Karila, Isabelle Nicolas et Claire Squires, *Désirs d'enfants*, Paris, PUF, 2009, p. 45-66.

Szejer, Myriam, « Les grossesses involontaires», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010a, p. 600-601.

Szejer, Myriam, « Les enjeux subjectifs de la grossesse tardive », in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010b, p. 729-733.

Tilmant, Isabelle, *Epanouie avec ou sans enfant*, Paris, Anne Carrière, 2008.

Tilmant, Isabelle, *Ces femmes qui n'ont pas d'enfant. La découverte d'une autre fécondité*, Paris, De Boeck, 2010.

Tournaire, Michel, « Les grossesses tardives et leur spécificité», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 722-728.

Vacheron, M.-N., Ducroix, C. et Choudey, M., « Du désir d'enfant au désir de l'enfant : particularités chez la femme atteinte de troubles psychotiques », *Gynécol Obstét Fertil* [en ligne], 2008, 56, p. 506-511.

Ville, Yves, « Le diagnostic prénatal», in René Frydman et Myriam Szejer, *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 2010, p. 813-821.

Wendland, Jaqueline, « Grossesse, désir d'enfant et parentalité dans les maternités célibataires à risque », *Psychiatrie de l'enfant*, 2010, 53, 1, p. 167-210.

SITES INTERNET

[http://agora-2.org/thematiques/inaptitude.nsf/Dossiers/Sterilisation (consulté le 05.09.11)]

[http://jurisprudence.ne.ch/scripts/omnisapi.dll?OmnisPlatform=WINDOWS&WebServerUrl=jurisprudence.ne.ch&WebServerScript=/scripts/omnisapi.dll&OmnisLibrary=JURISWEB&OmnisClass=rtFindinfoWebHtmlService&OmnisServer=JURISWEB,localhost:7000&Parametername=NEWEB&Schema=NE_WEB&Source=&Aufruf=getMarkupDocument&cSprache=FRE&nF30_KEY=3502&W10_KEY=&nTrefferzeile=4&Template=search_result_document.html (consulté le 05.09.11)]

[http://www.academie-medecine.fr (consulté le 02.09.11)]

[http://www.admin.ch (consulté le 02.09.11)]

[http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis50.pdf (consulté le 02.09.11)]

[http://www.choisirsacontracetion.fr/moyens_contraception_sterilisation.php (consulté le 02.09.11)]

[http://www.fmh.ch (consulté le 15.09.11)]

[http://www.genethique.org/parus/lettre/lettre_octobre2000.htm (consulté le 02.09.11)]

[http://www.natisens.com/Articles/Administration/Legislation_Suisse.html (consulté le 17.06.11)]

[http://www.svss-uspda.ch/fr/actualites/actualite.htm (consulté le 02.09.11)]

[http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/adolescentes.htm (consulté le 02.09.11)]

[http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/chronologie.htm (consulté le 02.09.11)]

[http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/opposants/initiative-financement.htm (consulté le 02.09.11)]

[http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/profil.htm (consulté le 02.09.11)]

[http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/statistiques.htm (consulté le 02.09.11)]

[http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/suisse.htm (consulté le 02.09.11)]

[http://www.svss-uspda.ch/fr/temoignages_opinions/enceinte.htm (consulté le 02.09.11)]

[http://fr.wikipedia.org/wiki/Chronologie_de_la_contraception_et_de_l%avortement… (consulté le 02.09.11)]