

Université de Montréal

La stérilisation irréversible.

Identité des femmes sans enfant par choix, entre agentivité et biopouvoir

*Par*

Anne-Sophie Gignac

Département d'anthropologie

Faculté des Arts et Sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade  
de maîtrise en anthropologie

Août 2021

© Anne-Sophie Gignac, 2021

Université de Montréal

Unité académique : département d'anthropologie, Faculté des Arts et Sciences

---

*Ce mémoire intitulé*

**La stérilisation irréversible.**

**Identité des femmes sans enfant par choix, entre agentivité et biopouvoir**

*Présenté par*

**Anne-Sophie Gignac**

*A été évalué par un jury composé des personnes suivantes*

**Guy Lanoue**

Président-rapporteur

**Pierre Minn**

Directeur de recherche

**Bob White**

Membre du jury

## Résumé

Le processus menant à la stérilisation irréversible chez les femmes nullipares comporte plusieurs enjeux sur le plan individuel et social. L'objectif de cette recherche est de comprendre de quelle façon est vécue cette expérience par ces femmes au sein du système de santé québécois en portant attention aux difficultés administratives et émotionnelles du processus et aux moyens utilisés pour surmonter ces difficultés et parvenir à réaliser l'opération de stérilisation. Cette recherche a été concrétisée grâce à la participation de treize femmes qui n'ont pas d'enfant et qui souhaitent se faire ligaturer les trompes de Fallope. Les entrevues semi-dirigées réalisées auprès de ces participantes qui composent le corpus de données de cette recherche ont été effectuées sur les plateformes de visioconférence Zoom et Facetime. L'analyse des résultats de l'étude a permis de démontrer qu'une identité liée à la biosocialité émerge au fil du processus, que l'expérience de ces femmes témoigne d'une forme d'agentivité à la fois active et passive et enfin que la relation que ces femmes établissent avec les médecins au sein du système de santé peut être problématisée en termes de biopouvoir. Cette recherche permet d'une part d'offrir un regard anthropologique sur l'expérience des femmes sans enfant par choix tout au long du processus menant à la ligature des trompes de Fallope. D'autre part, elle contribue à cerner les enjeux qui sont en lien avec la reproduction et ceux qui concernent l'hégémonie de la biomédecine au sein du système de santé québécois.

**Mots-clés :** Québec, stérilisation, femmes sans enfant par choix, biotechnologies de la reproduction, système de santé, identité, agentivité, biopouvoir, normes sociales

## **Abstract**

The process leading to irreversible sterilization for nulliparous women involves several individual and social issues. The objective of this research is to understand how this experience is lived by these women within the Quebec healthcare system by paying attention to the administrative and emotional difficulties of the process and to the means used to overcome these difficulties and achieve the sterilization operation. This research was carried out by the participation of thirteen women who do not have children and who wish to undergo tubal ligation. The semi-structured interviews conducted with these participants make up the corpus of data for this research. They were conducted on Zoom videoconferencing platforms as well as on Facetime. The analysis of the results of the study allowed to demonstrate that an identity linked to biosociality emerges throughout the process, that the experience of these women testifies to a form of agency that is both active and passive, and finally that a form of biopower emerges from their relationship with the physicians within the health system. On the one hand, this research provides an anthropological look at the experience of women who are childfree by choice throughout the process leading to tubal ligation. On the other hand, it contributes to identify issues related to reproduction and those concerning the hegemony of biomedicine within the Quebec health system.

**Keywords:** Quebec, sterilization, childfree by choice, reproductive biotechnology, health-care system, identity, agency, biopower, social norms

# Table des matières

Résumé .....	4
Abstract .....	5
Table des matières .....	6
Liste des tableaux .....	10
Liste des sigles et abréviations .....	11
Remerciements .....	13
Introduction .....	14
Chapitre 1. État des connaissances .....	18
1.1 Cadre conceptuel .....	18
1.1.1 Infécondité volontaire .....	18
1.1.2 Biotechnologies et reproduction .....	20
1.1.3 Biopouvoir .....	21
1.1.4 Agentivité .....	24
1.2 Contraception et infécondité volontaire .....	27
1.2.1 La stérilisation comme moyen de contraception chez les femmes .....	28
1.2.2 Les femmes sans enfant par choix .....	30
1.2.3 Les femmes sans enfant par choix qui ont recours à la stérilisation irréversible ...	33
1.3 Problématisation des connaissances .....	34
Chapitre 2. Méthodologie et contexte de la recherche .....	36
2.1 Méthodologie .....	36
2.1.1 Collecte de données .....	36
2.1.1.1 Recrutement .....	36
2.1.1.2 Entretiens .....	38
2.1.2 Analyse des données organisées .....	39

2.1.2.1	Organisation de la base de données.....	39
2.1.2.2	Méthode d'analyse .....	40
2.1.3	Description des participantes.....	41
2.1.4	Difficultés rencontrées.....	43
2.1.5	Limites et forces de la méthodologie.....	44
2.1.5.1	Forces .....	44
2.1.5.2	Limites.....	44
2.1.6	Circonstances de la mise en œuvre.....	45
2.1.6.1	Effectuer sa recherche en temps de pandémie .....	45
2.1.6.2	Impacts sur la recherche.....	46
2.1.7	Position de la chercheuse.....	47
2.2	Le contexte québécois .....	48
2.2.1	Évolution de la fertilité au Québec .....	48
2.2.2	Le fonctionnement du système de santé .....	49
2.2.3	La stérilisation irréversible au Québec .....	50
Chapitre 3.	Une démarche difficile d'accès .....	52
3.1	Présentation des participantes .....	52
3.2	Contraintes institutionnelles.....	54
3.2.1	Démarches administratives et délais.....	55
3.2.2	Accès aux rendez-vous médicaux.....	58
3.2.3	Conditions des rendez-vous et réticence des médecins .....	61
3.3	Un processus difficile au plan émotionnel .....	66
3.3.1	Appréhension du processus .....	67
3.3.2	« Un refus infantilisant ».....	70
3.3.3	Le support et l'accompagnement de l'entourage tout au long du processus .....	75

Chapitre 4.	Ne pas rester passives face aux difficultés dans le processus .....	79
4.1	Se renseigner pour être mieux préparée .....	79
4.1.1	Trouver des informations par rapport à l'opération.....	80
4.1.2	Trouver le bon médecin.....	83
4.1.3	Se préparer au rendez-vous médical .....	85
4.2	Utiliser les ressources du système de santé.....	88
4.2.1	Éviter l'exigence de référence du médecin de famille.....	88
4.2.2	Mentionner l'opération lors d'une consultation pour un autre motif .....	90
4.2.3	Se faire référer à un spécialiste ouvert d'esprit .....	92
4.3	Solidarité .....	94
4.3.1	Création de communautés.....	94
4.3.2	Support.....	97
4.3.3	Témoignage .....	100
Chapitre 5.	Un processus d'affirmation identitaire, entre agentivité et biopouvoir.....	103
5.1	Un processus identitaire .....	104
5.1.1	Devenir officiellement une femme sans enfant par choix .....	105
5.1.2	Revendiquer une identité en marge : « coming out » .....	107
5.1.3	Sentiment de communauté et biosocialité .....	109
5.2	Agentivité menant à la stérilisation et stérilisation comme forme d'agentivité .....	112
5.2.1	Agentivité au sein du système de santé .....	113
5.2.2	Reprendre contrôle sur son corps et sa sexualité.....	117
5.3	Enjeux de pouvoir au sein du système de santé .....	120
5.3.1	Système de santé et contrôle de la reproduction.....	120
5.3.2	Se faire stériliser en tant que femme sans enfant par choix : être en dehors de la norme .....	123

5.3.3	Entre subjectivité et savoir expert.....	126
Conclusion	.....	131
Références bibliographiques	.....	137
Annexes	.....	150
Annexe 1. Guide d’entretien semi-dirigé	.....	150
Annexe 2. Consentement.....	.....	152



## Liste des tableaux

Tableau 1	Description des participantes .....	42
Tableau 2	Nombre de médecins consultés (médecin de famille et gynécologues) et de refus catégorique pour chaque participante .....	70

## Liste des sigles et abréviations

ESG : Enquête sociale générale

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de service communautaire

CH : Centre hospitalier

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse

CR : Centre de réadaptation

GMF : Groupe de médecins de famille

*À grand-maman*

## Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier ma grande amie et colocataire. Clau, qui a été ma partenaire de confinement dans la dernière année, m'a témoigné une écoute et un support indéfectible à travers les défis de ce projet, mes trop nombreuses remises en question, mais aussi mes petites joies du quotidien et mon enthousiasme envers ma recherche. Je veux aussi remercier chaleureusement mes parents qui ont toujours cru en moi et en mes capacités intellectuelles. Ils sont mes premiers lecteurs et leurs commentaires et conseils m'ont toujours été très précieux tout au long de ma rédaction. Je veux faire un merci tout particulier à Emma qui n'a jamais douté de moi et m'a toujours encouragée malgré les doutes et les difficultés.

Je veux aussi remercier Pierre Minn, mon directeur de recherche pour avoir été un si bon mentor, très à l'écoute et toujours de bons conseils. Je dois aussi bien sûr remercier Marie, Sophie et Isa. Avec vous, j'ai eu de si beaux échanges et j'ai partagé les défis et l'expérience de la maîtrise. Nos discussions enflammées, nos fous-rire et votre soutien ont été et sont encore très importants pour moi. Je veux aussi remercier toutes mes autres amies et mes frères qui m'ont permis de sortir mes pensées de la recherche et de partager des moments de complicité en dehors de la rédaction. Merci tout particulièrement à Val, Léa et Jude pour ces longues marches de confinement, votre amitié et toutes ces soirées à refaire le monde.

Enfin, je voudrais remercier sincèrement les treize femmes qui ont participé à cette recherche. Merci de vous être confié à moi de façon aussi sincère et d'avoir cru en mon projet qui a pris forme grâce à votre enthousiaste participation.

## Introduction

Le phénomène des femmes qui demeurent sans enfant par choix est de plus en plus présent et discuté dans les médias (Hénault 2019, Pâris 2018, Hacey 2009, Handfield 2020). Le laboratoire de journalisme de Radio-Canada<sup>1</sup> — Rad — a même réalisé un reportage sur le sujet intitulé « *Childfree* » : *sans enfant par choix* dans le cadre d'un dossier sur la reproduction. Accusées d'égoïsme, ces femmes se font souvent demander si elles ne risquent pas de regretter leur choix qui va à l'encontre de la norme en ce qui concerne la maternité (Gillespie 2003). Pourtant, plusieurs justifient cette décision de ne pas vouloir d'enfant dans une optique environnementale. C'est le cas du mouvement #NoFutureNoChildren composé principalement de jeunes adultes, qui a vu le jour au Québec et prend de l'ampleur à travers le monde. Les adhérents à ce mouvement choisissent volontairement de ne pas avoir d'enfant tant que leur gouvernement ne prendra pas des mesures drastiques pour contrer les changements climatiques (Bielski 2019). C'est justement la découverte de l'existence de ces mouvements qui m'avait d'abord intriguée et dirigée vers ce sujet pour mon mémoire de maîtrise. Cependant, pour la plupart des femmes qui choisissent de ne pas avoir d'enfant, cette décision s'inscrit tout simplement dans leur parcours de vie. De ce fait, la question du choix contraceptif s'impose et est souvent centrale pour les femmes engagées dans une relation hétérosexuelle. Une minorité de femmes, mais qui sont certaines de ne pas vouloir d'enfant, vont jusqu'au bout de cette décision et optent pour une intervention chirurgicale visant une contraception permanente et irréversible : la ligature des trompes de Fallope. En creusant le sujet et en découvrant les enjeux liés notamment à l'accès à cette opération dans un contexte où l'identité féminine est encore étroitement liée à la maternité, j'ai saisi toute l'importance de réaliser une recherche sur ces femmes.

Un nombre croissant d'études sociologiques, psychologiques et démographiques ont été réalisées à propos des femmes sans enfant par choix. Ces études explorent les motivations, le rapport à l'identité féminine ou encore les caractéristiques socio-économiques des femmes sans enfant par choix (Gillespie 1999, Gotman 2017, Kelly 2009, Somers 1993). D'autres études portent plus spécifiquement sur les femmes sans enfant par choix qui ont recours à la stérilisation irréversible. Ces recherches traitent de l'accès à la stérilisation et de marginalisation de ces femmes ainsi que

---

<sup>1</sup> Radio-Canada est une société d'État de production et de diffusion de contenu journalistique (CBC/Radio-Canada 2021)

de leur relation avec les médecins (Del Río Fortuna, Hintz et Brown 2019, McQueen 2017). Cependant, très peu, voire aucune étude anthropologique à ma connaissance ne se sont penchées sur l'expérience de ces femmes au fil du processus menant à la stérilisation.

Dans ce contexte, ma recherche porte sur les femmes sans enfant par choix qui ont recours à la ligature des trompes de Fallope afin de ne pas avoir d'enfant. Mon objectif principal est de comprendre de quelle façon est vécu l'accès à la stérilisation irréversible au Québec afin de mieux cerner les enjeux sous-jacents à ce processus décisionnel au sein du système de santé québécois. Je me baserai pour ce faire sur treize entrevues semi-dirigées réalisées auprès des participantes sur les plateformes de visioconférence Zoom ou Facetime. Ces entrevues ont été retranscrites et leurs verbatim constituent le corpus d'analyse de ma recherche. J'ai choisi de me concentrer sur les femmes — et non les hommes ou encore les couples qui ne veulent pas d'enfant et dont un partenaire réalise l'opération de stérilisation — pour plusieurs raisons. Premièrement, il s'agit d'un choix méthodologique pour me concentrer sur une population en particulier. Deuxièmement, je voulais me concentrer sur les femmes puisque les enjeux liés au genre et à la reproduction ne sont tout simplement pas les mêmes pour les hommes et les femmes. Troisièmement, au fil des entrevues avec les participantes, ma décision a été confirmée puisque les femmes me mentionnaient qu'il s'agissait d'un choix purement personnel et que leur partenaire n'avait pas ou presque pas pris part à la décision et aux démarches qui s'en sont suivies. Il s'agit d'un choix personnel indépendant de la situation matrimoniale des participantes.

Avant d'analyser le vécu de ces femmes, je présenterai, dans le chapitre un, un état des connaissances, c'est-à-dire le cadre conceptuel et les principales études qui ont guidé mon analyse. J'y définirai d'abord les principaux concepts qui ont constitué l'ancrage théorique et le cadre d'analyse de cette recherche, afin de la replacer dans un contexte scientifique plus large. J'expliquerai la façon dont j'utilise les termes : infécondité volontaire, biotechnologie et reproduction, biopouvoir et agentivité. Ensuite, je présenterai un aperçu des recherches actuelles qui constituent l'arrière-plan de mon sujet de recherche et qui concernent trois thématiques : la stérilisation comme moyen de contraception chez les femmes en général, les femmes sans enfant par choix et les femmes sans enfant par choix qui ont recours à la stérilisation irréversible. Cette revue de littérature sommaire ira donc du plus général au plus spécifique. Finalement, ces

informations permettront d'effectuer une problématisation des connaissances où s'inscrit le sujet de ma recherche.

Le chapitre deux porte sur la méthodologie et le contexte sociétal de la recherche. Dans un premier temps, j'expose la méthodologie utilisée en décrivant tout d'abord la collecte de données et la façon dont celles-ci ont été analysées. Je présente ensuite une description des participantes, les difficultés rencontrées, les forces et limites d'une telle méthodologie, les circonstances particulières dans lequel ce projet a été réalisé et finalement ma position en tant que chercheuse — tout cela dans le but de mieux comprendre la structure de la recherche et en quoi mes propres réflexions peuvent avoir un impact sur ma perception du phénomène étudié. Dans un second temps, je brosse un portrait du contexte québécois en portant une attention particulière à la fertilité au Québec, au fonctionnement du système de santé et à la stérilisation irréversible.

Les chapitres trois et quatre me permettront de peindre un portrait de l'expérience des femmes interprétée à partir des entrevues réalisées avec les participantes. Au chapitre trois, les données ethnographiques seront d'abord regroupées pour mettre en lumière les difficultés rencontrées tout au long du processus. Le chapitre quatre, second chapitre de résultats, explorera quant à lui la manière dont les participantes font face à ces diverses difficultés d'ordre administratives et émotionnelles.

Le chapitre cinq est un chapitre d'analyse et de discussion des résultats qui précisera les enjeux et les aspects marquants du processus qui n'apparaissent pas de prime abord. À travers l'analyse de l'expérience et du vécu de ces femmes, je démontrerai que le processus menant à l'opération de stérilisation comporte des enjeux en lien avec la reproduction, la marginalité du choix de ces femmes et leur féminité. Cette analyse conduit à trois résultats principaux. D'abord, est mis en lumière l'aspect identitaire du processus, qui s'articule autour de l'idée d'être officiellement une personne sans enfant par choix, par la perte de la fonction reproductive de son corps grâce à l'intervention chirurgicale. Cet aspect identitaire émerge et se développe au cours du processus. Ensuite, il appert que l'expérience des femmes comporte également une dimension d'agentivité, autant dans la façon dont elles font face aux diverses difficultés vécues que par l'opération elle-même. Finalement, je démontrerai comment les difficultés rencontrées tout au long du processus s'inscrivent dans une problématique de biopouvoir.

Par l'analyse du processus de stérilisation à travers l'expérience individuelle des femmes, cette recherche permettra une plus grande compréhension de la façon dont ces femmes vivent le processus au sein du système de santé, dans le contexte social québécois actuel. De façon plus large, cette recherche contribuera à une réflexion sur l'agentivité des patients et patientes au sein du système de santé et sur la façon dont ces derniers négocient leurs objectifs dans le contexte des contraintes administratives et structurelles auxquelles ils et elles font face.



# Chapitre 1. État des connaissances

Avant de m'attarder aux considérations méthodologiques de ma recherche et à la présentation des résultats, j'entends établir les concepts théoriques qui permettront de situer mon projet en regard de la recherche actuelle. Le chapitre qui suit positionne donc ma recherche sur le plan académique ainsi que théorique. En premier lieu, j'établis le cadre conceptuel qui rendra possible l'analyse des données de ma recherche. En second lieu, je présente les recherches déjà menées sur des thématiques proches de mon sujet de recherche et qui ont alimenté les nouveaux questionnements menant à mon projet. En dernier lieu, j'offre une problématisation de ma question de recherche, à partir des concepts théoriques précédemment exposés ainsi que des acquis de la recherche.

## 1.1 Cadre conceptuel

### 1.1.1 Infécondité volontaire

Dans ma recherche, je m'intéresse aux femmes qui ne veulent pas d'enfant volontairement et qui ont recours à une procédure médicale pour ne pas en avoir. Avant de m'attarder aux concepts qui permettront l'analyse de ce phénomène, il est important de recenser les divers termes employés dans la littérature pour le décrire, afin de le définir adéquatement. Plusieurs termes peuvent être utilisés pour désigner ces personnes qui ne veulent pas d'enfant. En anglais, les termes les plus souvent utilisés sont *childless by choice*, *childfree* et *voluntary childlessness*. Ces termes peuvent être considérés comme problématiques puisqu'ils ne renvoient pas à une définition en soi des personnes qu'ils identifient (Letherby 1994, 99). En effet, ils renvoient plutôt à un état de non-maternité et donc à un état de manque par rapport à la maternité (pour le terme *childless*) ou à un état de liberté par rapport à la maternité (*childfree*), mais tout de même toujours par rapport à la maternité (Campbell 1999). Malgré cela, le terme *childfree* est aujourd'hui majoritairement utilisé et même parfois revendiqué de façon identitaire par certaines associations de personnes sans enfant par choix (de Pierrepont et Lévy 2017). Les femmes que j'ai interviewées reprennent d'ailleurs cette expression pour se désigner elles-mêmes lorsqu'elles évoquent le fait qu'elles ne veulent pas d'enfant.

En français, les termes les plus souvent utilisés sont les expressions *sans enfant par choix* ou *infécondité volontaire* (de Pierrepont et Lévy 2017, Debest 2012). Ce sont les termes que j'utiliserai

tout au long de ma recherche pour désigner ce phénomène, en plus du terme *childfree* employé par les participantes elles-mêmes. Il est ainsi possible de définir le concept d'infécondité volontaire comme suit : « Les personnes volontairement sans enfant déclarent ne pas vouloir avoir d'enfant et en l'occurrence ne pas en avoir, alors qu'elles pourraient *a priori* en avoir » (Debest 2012, 30). Cette définition permet de distinguer les personnes sans enfant par choix des personnes qui n'ont pas d'enfant par circonstance de la vie. Cette dernière situation inclut les personnes biologiquement ou socialement infertiles et les personnes qui n'ont pas d'enfant pour d'autres raisons, comme leur parcours professionnel par exemple (Debest 2012). Cette distinction est importante puisqu'elle a été à la base des critères de sélection de recrutement pour les participantes de cette recherche. Les participantes que j'ai interviewées vont jusqu'au bout de l'infécondité volontaire en réalisant une opération chirurgicale définitive et irréversible.

L'infécondité volontaire désigne un phénomène, celui de femmes qui ne veulent pas d'enfant. Cependant, au fil de ma recherche, j'ai constaté que l'infécondité volontaire comporte également un aspect identitaire pour ces femmes. Kelly (2009) et Korasick (2010) présentent l'infécondité volontaire comme une identité revendiquée par les femmes sans enfant en opposition aux femmes qui ont des enfants et qui s'identifient comme mères. La recherche de Korasick (2010) a permis de démontrer que contrairement à ce que plusieurs recherches tiennent pour acquis, l'infécondité volontaire n'est pas une composante importante et mise de l'avant de l'identité des femmes sans enfant par choix. Cependant, ma recherche permettra de démontrer que pour les participantes, bien que cette identité ne soit pas très forte et qu'elles ne s'identifient pas d'abord comme des femmes sans enfant par choix, un sentiment relié à cette identité *childfree* a été plus fort à la suite de l'opération. J'aborderai la question de l'identité *childfree* dans ma recherche, non pas en lien avec l'identité féminine et maternelle, mais dans le paradigme de la création d'identité liée aux technologies. En abordant l'infécondité volontaire comme une identité pour ces femmes, il sera possible de mieux comprendre justement le lien entre cette identité et la façon dont elles ont vécu le processus de stérilisation, à travers notamment les concepts de biopouvoir et d'agentivité. Avant de m'attarder davantage à ces concepts, je définis dans les prochains paragraphes la stérilisation en tant que biotechnologie de la reproduction et je brosse un portrait des recherches sur les biotechnologies comme forme de contrôle sur la reproduction des femmes.

### **1.1.2 Biotechnologies et reproduction**

La reproduction est une thématique abordée depuis plusieurs années en anthropologie médicale (Rapp 1999, Thompson 2006, Lock et Nguyen 2010). Plusieurs études ont été réalisées dans ce champ et ont mené à l'élaboration de l'idée que diverses formes de contrôle peuvent s'exercer sur les femmes en lien avec la reproduction (Martin 1992, Lock et Kaufert 1998). Ces études sur la reproduction en lien avec les technologies médicales ont contribué à démontrer, dans une perspective féministe, qu'il existe une forme de contrôle qui s'exerce sur les femmes dans divers aspects de la reproduction à travers notamment l'utilisation de biotechnologies.

Tout d'abord, les diverses technologies en lien avec la reproduction, notamment dans un contexte d'infertilité, concernent davantage les femmes que les hommes même si le problème de fertilité est parfois attribué à l'homme. Même dans ce cas, la femme devra subir une intervention médicale pour être fécondée au moyen de technologies de la reproduction (Thompson 2006). Ainsi, les femmes sont davantage exposées aux technologies de la reproduction que les hommes de façon générale. Ensuite, les différents moments liés au cycle de reproduction des femmes — c'est-à-dire les menstruations, la grossesse et l'accouchement, et finalement la ménopause — sont souvent considérés comme des pathologies dans le domaine médical. Cela contribue au contrôle de la reproduction et donc du corps des femmes par le système de santé et par la science tout au long du cycle reproductif et de fertilité des femmes. De plus, le développement de la science et des technologies médicales a entraîné une fragmentation du corps de la femme par les pratiques médicales puisque pour les besoins de la médecine moderne et des technologies médicales, chaque partie du corps est isolée et traitée séparément (Martin 1992). Finalement, le corps fragmenté et contrôlé des femmes — par le moyen de la science et le recours à diverses technologies — entraîne l'idée de politisation du corps des femmes comme objet de revendication par ces dernières (Lock et Kaufert 1998) et objet de réappropriation, à travers les luttes pour les droits reproductifs (Petchesky 1995).

Ma recherche s'inscrit dans cette approche féministe des phénomènes en lien avec l'utilisation des biotechnologies dans le domaine de la reproduction. La ligature des trompes de Fallope peut être envisagée comme une forme de biotechnologie. Keck (2003) en propose une définition : « Par biotechnologies on entend un ensemble de procédures mettant en œuvre un savoir biologique pour une transformation du corps vivant : thérapie génique, clonage, modification génétique des

organismes... » (Keck 2003, 182) Les technologies biomédicales sont souvent comprises justement comme les machines utilisées dans le domaine médical pour prodiguer un traitement. Cependant, les anthropologues Lock et Nguyen (2010) élargissent le contexte des biotechnologies puisque « our lives are filled with far more mundane biomedical devices and technologies including the basic physical examination, patient history-tracking [...] administration of injections, and the prescription of medication » (Lock et Nguyen 2010, 22). De plus, les biotechnologies ne peuvent être envisagées entièrement comme des machines qui permettent une application routinière du savoir scientifique. Elles ne sont pas des entités autonomes. Elles s'inscrivent dans des contextes sociaux, politiques et économiques particuliers. Ces contextes doivent ainsi être pris en compte dans l'analyse des phénomènes qui concernent ces biotechnologies (Lock et Nguyen 2010). Dans le domaine de l'anthropologie de la reproduction, les nouvelles technologies de procréation telle que la procréation médicalement assistée ont été étudiées et analysées par de nombreux chercheurs (Sawicki 1991, Lock 1998, Martin 1992). Dans une perspective féministe foucauldienne, ces nouvelles technologies de la procréation ne peuvent pas être analysées uniquement comme le produit du désir masculin de contrôler le corps des femmes et la procréation. Cette réalité patriarcale fait partie du processus historique ayant mené au développement de ces technologies, mais la réalité de l'utilisation de celles-ci dépasse ce contexte (Sawicki 1991).

La stérilisation irréversible peut être définie comme une forme de technologie biomédicale. De plus, elle peut être comprise en termes de biotechnologie de la reproduction puisque l'objectif de cette opération est d'empêcher toute forme de reproduction pour la femme (Lopez 1998). Il a été démontré que l'accès ou non à la stérilisation comme moyen d'empêcher de façon définitive la reproduction peut être considérée comme une forme de contrôle (Del Río Fortuna 2007) qui relève également d'une certaine forme de hiérarchisation de la médicalisation (Edu 2018). Il importe désormais de développer les concepts de *biopouvoir* et *d'agentivité* afin d'analyser l'expérience des femmes nullipares dans le processus menant à la stérilisation.

### **1.1.3 Biopouvoir**

Le concept de biopouvoir a d'abord été proposé par le philosophe Michel Foucault (1975). Avant de s'attarder davantage à la notion de biopouvoir et ses implications dans la présente recherche, il est important de revenir sur la notion même de pouvoir telle que définie par Foucault. Dans son œuvre, Foucault critique l'idée que le pouvoir s'exerce uniquement de façon prohibitive sur les

individus. Ce modèle est trop simpliste. C'est ainsi que s'établit la distinction entre domination et pouvoir. La domination est une forme de répression et de contrôle alors que le pouvoir s'articule toujours dans des relations et dans un rapport de réciprocité (Blais 2006, 159). À partir de cette critique, le philosophe définit les relations de pouvoir comme des actions posées sur d'autres actions (Borduas 2013).

Foucault a réfléchi dans son œuvre à la notion de pouvoir et à sa relation avec le savoir et le sujet (Borduas 2013, 12). Tout d'abord, les relations de pouvoir ne peuvent exister sans la production de savoir. En effet, Foucault explique « qu'il n'y a pas de relations de pouvoir sans constitution corrélative d'un champ de savoir ni de savoir qui ne suppose et ne constitue en même temps des relations de pouvoir » (Foucault 1975, 36). Ensuite, la *subjectivisation*, c'est-à-dire la construction de l'identité du sujet en opposition à l'*assujettissement*, s'établit en relation avec le pouvoir et le savoir. Pour Foucault, le sujet est toujours situé à l'intersection entre savoir et pouvoir, c'est-à-dire à la croisée de leurs actions (Borduas 2013, 15). Le sujet se définit à partir de son contexte historique, de ses relations de pouvoir et de sa « connaissance de soi et des rapports de pouvoirs exercés sur soi » (Borduas 2013, 15). Ainsi, le sujet et sa capacité à élaborer sa propre subjectivité dépendent justement de ses relations de pouvoir et du savoir (Blais 2006).

Dans le premier tome de l'*Histoire de la sexualité*, Foucault (1976) jette les bases de sa théorie sur le biopouvoir en commençant par décrire un renversement dans la façon d'exercer un pouvoir sur les individus. Les réflexions du philosophe s'ancrent dans une perspective historique. Foucault décrit d'abord un changement dans la façon d'exercer le pouvoir qui est passé dans les derniers siècles d'un pouvoir de faire mourir et laisser vivre, à faire vivre et laisser mourir (Foucault 1976, 181). Foucault définit cette nouvelle forme de pouvoir en le décrivant comme « un pouvoir qui s'exerce positivement sur la vie, qui entreprend de la gérer, de la majorer, de la multiplier, d'exercer sur elle des contrôles précis et des régulations d'ensemble » (Foucault 1976, 179-180). Le biopouvoir est un pouvoir positif et non coercitif qui s'exerce sur la vie et dans des aspects qui dépassent les institutions politiques et juridiques envisagées par le modèle de pouvoir critiqué (Allen 2002). Il s'agit d'un pouvoir intégré à la culture et qui s'incarne dans le quotidien et les usages routiniers. Cette forme de pouvoir se retrouve dans l'esthétique et l'éthique, les représentations corporelles ainsi que différentes formes de savoir comme le savoir médical puisque justement le savoir contribue à induire des relations de pouvoir, tel qu'expliqué précédemment.

Cette forme de pouvoir est internalisée et parfois ne paraît même pas comme étant une forme de pouvoir pour ceux sur qui il est exercé (Comaroff et Comaroff 1991, 22).

La normation est un aspect important de la théorie sur le biopouvoir qui établit l'écart entre la norme et une situation ou une identité. En effet, Foucault explique que le biopouvoir existe conjointement à la mise en place d'une société dont les mécanismes de biopouvoir visent la normalisation des individus selon une norme établie (Foucault 1976, 190). Le biopouvoir est ainsi un pouvoir de normalisation régulatrice à travers les institutions et les systèmes judiciaire et médical notamment (Borduas 2013). Le biopouvoir en tant que pouvoir qui s'exerce sur les individus (Foucault 1975, 35) existe en relation avec des stratégies de résistance (Borduas 2013, 21). Ces résistances par rapport à cette idée de normalisation « sont des luttes qui visent le statut de l'individu, par une affirmation du "droit à la différence" et une critique féroce de tout ce qui isole l'individu et force son repli sur une identité fixée » (Borduas 2013, 22) c'est-à-dire la norme établie. Ainsi, cette notion de norme et de résistance liée à la subjectivisation des individus sera prise en compte dans l'analyse des formes de biopouvoir qui teintent l'expérience des femmes tout au long du processus menant à la stérilisation irréversible en lien avec leur identité *childfree*. Dans l'élaboration du concept, Foucault en vient à définir deux aspects principaux sur lesquels agit le biopouvoir. Il s'agit du corps, donc l'individu, et des populations (Foucault 1976, 183). Le premier aspect est celui dont il sera question dans le cadre de ma recherche.

Bien que le biopouvoir puisse être interprété comme un concept en soi, Nikolas Rose (2007) l'interprète plutôt comme un paradigme théorique qui permet de comprendre et d'organiser des pratiques et relations qui portent sur la vie humaine elle-même. Il présente dans son livre les implications de l'utilisation du biopouvoir dans la recherche au XXI<sup>e</sup> siècle. Dans le domaine médical, le biopouvoir s'exprime dans le corps à travers les technologies (Fassin 2000). Rose (2007) propose une analyse du biopouvoir et de la biopolitique en lien avec les développements du savoir dans le domaine de la génétique. Il démontre notamment comment ces avancées en génétique contribuent à changer les perceptions du sujet et du citoyen pour redéfinir la biocitoyenneté. Dans son analyse, Rose reprend également le concept de biosocialité qui est lié à l'exercice du biopouvoir et au développement de l'identité du sujet (2007). La biosocialité est un concept développé par Rabinow (1996) qui s'ancre dans la perspective du biopouvoir selon Foucault. Il s'agit d'une forme d'identité et de liens sociaux qui s'articulent autour d'une réalité

génomique commune à un groupe (Rabinow 1999). Rabinow s'est inspiré du concept de sociobiologie tel qu'employé par Marshall Sahlins et plusieurs autres chercheurs. En comparant les concepts de sociobiologie et biosocialité, il écrit :

If sociobiology is culture constructed on the basis of a metaphor of nature, then in biosociality nature will be modeled on culture understood as practice. Nature will be known and remade throughout technique and will finally become artificial, just as culture becomes natural. (Rabinow 1996, 99)

Rose (2007) propose une définition de la biosocialité :

They [contemporary biosocialities] are frequently self-defined activist communities mobilized by the hope of a cure. That is to say, they are made up of those who affiliate themselves in various ways to a shared marker of identity, and who campaign energetically [...] (Rose 2007, 174)

La définition proposée par Rose (2007) renvoie directement aux enjeux identitaires observés par Foucault (1975) en ce qui a trait aux modes de résistance et c'est en ce sens que ces deux concepts sont liés et seront articulés dans la présente recherche. Dans le domaine de l'anthropologie de la reproduction, Rapp (1999) est une des premières à reprendre le concept dans son analyse sur le choix des femmes enceintes de réaliser le test diagnostique du syndrome de Down sur leur fœtus.

Pour terminer, des études en anthropologie de la reproduction ont démontré que le biopouvoir s'exerce sur les femmes à travers leur reproduction puisqu'elles sont souvent surveillées, voire contraintes par les autorités médicales (Edu 2018). Cette forme de pouvoir est particulièrement apparente dans les vies des femmes qui ne cadrent pas dans les catégories normalisées — ce qui s'applique également dans le cas de la reproduction (Lock et Kaufert 1998) et des femmes qui n'ont pas d'enfant (en ce qui nous concerne), puisque la maternité est encore aujourd'hui considérée comme la norme dans la société québécoise (Settle 2014). Cependant, l'usage des technologies de la reproduction n'est pas uniquement un moyen de contrôle du corps des femmes. Cette idée sera davantage élaborée dans ma recherche à partir du concept d'agentivité qui permet de nuancer ces idées de contrôle du corps et de la reproduction à travers le biopouvoir.

#### **1.1.4 Agentivité**

Je m'inspire dans ma recherche d'études qui présentent la stérilisation en termes d'agentivité des femmes sur leur reproduction (O'Dougherty 2008, Lopez 1993, De Bessa 2006, Lock et Kaufert 1998). Ces études ont été réalisées auprès d'une population brésilienne à faible revenu

(O'Dougherty 2008), de femmes de la communauté portoricaine de New York (Lopez 1993) et d'une population urbaine à faible revenu au Brésil (De Bessa 2006). Dans ces contextes d'études auprès de population ayant des revenus très faibles, ces chercheuses ont démontré que des femmes font preuve d'agentivité par rapport à l'utilisation de la stérilisation après avoir eu un enfant. Je situerai donc ma recherche dans cette approche de l'agentivité des femmes par rapport à leur reproduction. La théorie de l'agentivité remonte aux années 1970 par Stephen Ross et Barry Mitnick. Ils ont respectivement développé une théorie économique et institutionnelle de l'agentivité (Mitnick 2019). J'utiliserai la théorie de l'agentivité (qui provient du terme *agency* en anglais) telle que développée par Ortner (2001, 2006). Cette anthropologue s'est elle-même appuyée sur les écrits de Anthony Giddens (1979), Sewell (1992) et Ahearn (2001). Ce concept sera important pour comprendre le phénomène de stérilisation qui se vit à travers la structure et les contraintes socioculturelles (Edu 2018) du contexte québécois.

La théorie de l'agentivité donne une place à l'individu au sein des théories sociales notamment en relation avec la structure de la société. Selon cette idée, chaque être humain a un pouvoir d'agir en tant qu'agent social au sein de sa propre société. L'agent social n'est pas entièrement déterminé par les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui influencent sa façon d'agir. Les différents pouvoirs qui s'exercent sur cet agent sont donc constamment en relation avec la possibilité d'action propre à l'individu. Cette notion permet une critique des théories déterministes selon lesquelles l'individu est déterminé par des conditions sociales, culturelles et biologiques, et n'aurait justement pas cette possibilité d'action individuelle (Ortner 2006).

Ortner propose trois composantes principales à la notion d'agentivité : l'intentionnalité, la construction simultanément culturelle et universelle de l'agentivité et la relation entre l'agentivité et le pouvoir. L'intentionnalité en tant que concept « is meant to include all the ways in which action is cognitively and emotionally pointed toward some purpose. » (Ortner 2006, 134) Ortner présente également la théorie de l'agentivité comme étant à la fois universelle et culturellement contextualisée. Tous les individus peuvent faire preuve d'une certaine forme d'agentivité. C'est la forme que prend cette agentivité qui dépend du contexte culturel et social de l'agent qui exerce son pouvoir d'action. Finalement, l'agentivité exercée par un agent social est continuellement en relation avec le pouvoir exercé sur ce même agent (pouvoir qui dépend des conditions structurelles et sociales de la société d'où provient l'individu).



Afin de bien cerner tous les aspects de la théorie de l'agentivité, il importe également de s'attarder à la distinction entre l'agentivité dans sa forme active de l'agentivité dans sa forme passive. Ortner les définit comme suit : « Activity involves pursuing 'projects'; passivity involves not simply refraining from pursuing projects, but refraining in a sense from even desiring to do so. » (Ortner 2006, 140) Cette distinction entre les formes actives et passives permet de nuancer et préciser les divers types d'agentivité. Ahearn remarque cependant que ces distinctions sont surtout théoriques : « Ortner (2001) proposes differentiating among various types of agency, such as 'agency of power' and 'agency of intention', though she is careful to note that any such distinction is purely heuristic because types of agency are often inseparable in practice. » (Ahearn 2001, 113)

Finalement, Ortner propose de distinguer les notions d'agentivité et de résistance qui sont trop souvent perçues comme des synonymes. En fait, l'agentivité d'opposition qui peut être comprise comme une forme de résistance est une des formes de l'agentivité (Ahearn 2001, 115). Ortner commente ainsi la proposition d'Ahearn : « Her point is not that domination and resistance are irrelevant, but that that human motions, and hence questions of agency, within relations of power and inequality are always complex and contradictory. » (Ortner 2006, 137) Les différents types d'agentivité doivent à la fois être distingués et explicités tout en étant analysés comme pouvant être exercés par un même agent simultanément (Ahearn 2001).

Comme mentionné précédemment, cette notion est aujourd'hui largement utilisée en anthropologie et particulièrement en anthropologie de la reproduction (O'Dougherty 2008, Lopez 1993, De Bessa 2006, Edu 2018). Des recherches ont démontré l'agentivité dont font preuve les femmes au sein du système médical à travers l'usage de technologies de la reproduction. En effet, dans le domaine médical de la reproduction, les femmes vont parfois faire un usage pragmatique de ces technologies afin d'accomplir leurs objectifs, voire acquérir une autonomie et une certaine indépendance par rapport à leur reproduction ce qui montre que l'usage de ces technologies n'est pas uniquement un moyen de contrôle sur les femmes (Lock et Kaufert 1998, 7). Thompson (2006) utilise pour sa part la notion d'agentivité dans son étude sur l'utilisation des technologies de la reproduction dans des cas d'infertilité.

Il est possible de faire un parallèle entre la notion d'agentivité chez Ortner (2006) et la notion de pouvoir et de sujet décrit précédemment à partir de la théorie du biopouvoir de Foucault. La notion de pouvoir chez Foucault implique une certaine forme d'agentivité du sujet. La subjectivité permet

une certaine forme d'agentivité des individus en tant que mode de résistance. En effet, bien que Foucault distingue difficilement les notions de subjectivité et d'agentivité, la subjectivité précède l'agentivité et est même sa condition de possibilité (Allen 2002). Comme résumé par Allen (2002), la capacité d'action d'un individu dépend d'abord de sa capacité à délibérer. L'autrice écrit à propos de la relation entre pouvoir, subjectivité et agentivité chez Foucault : « Thus if power is a condition for the possibility of subjectivity for Foucault, then it will follow that it would be a condition for the possibility of agency as well. » (Allen 2002, 135) Ainsi, le concept d'agentivité, tant chez Ortner que Foucault, est lié à la notion de pouvoir. Mis en lien avec l'approche du contrôle de la reproduction et du concept de biopouvoir, l'agentivité permettra de porter un regard théorique sur l'expérience des femmes sans enfant par choix tout au long du processus de stérilisation.

## **1.2 Contraception et infécondité volontaire**

Le XX<sup>e</sup> siècle a été marqué en Occident par le développement de moyens de contraception comme la pilule qui est une forme de contraception féminine hormonale. De plus, l'avancement dans le domaine de la contraception a mené à la mise au point de techniques de stérilisation — des opérations chirurgicales de contraception — autant chez les hommes que les femmes (Baulieu et al. 1999). Pour les hommes, l'opération la plus efficace et sécuritaire est la vasectomie. Il s'agit d'une opération qui consiste à la ligature du canal déférent. Cette opération peut être réversible dans un cas par exemple où l'homme changerait d'idée et souhaiterait avoir des enfants (Weiske 2001). Pour les femmes, plusieurs options d'opération permettent d'obtenir une stérilisation tubaire souvent nommée la ligature des trompes de Fallope. Ces différentes techniques chirurgicales comportent la fulguration des trompes, la ligature par clips, la salpingectomie partielle et la salpingectomie totale (Ruel-Laliberté, Binette et Bertrand 2020). Les femmes qui ont participé à mon étude et qui ont réalisé l'opération l'ont eu avec différentes techniques. Bien que les techniques soient différentes, le principe de l'opération est de bloquer l'entrée des trompes de Fallope et ainsi empêcher l'ovule de descendre dans l'utérus. Cela empêche par le fait même toute possibilité de fécondation avec un spermatozoïde lors d'un rapport sexuel. Le taux d'efficacité théorique et pratique de cette intervention est de 99,5 % (Fédération du Québec pour le planning des naissances 2016). Il existe une opération qui permet d'essayer de renverser la ligature des trompes de Fallope, mais cette opération a un taux de succès tellement faible comparativement à

l'opération pour inverser l'effet de la vasectomie qu'avec les techniques actuelles, la ligature des trompes de Fallope est considérée comme étant irréversible (Lopez 1998).

Dans le cadre de mon projet de recherche en ethnologie, je m'intéresse au vécu des femmes qui ont entrepris des démarches pour la stérilisation irréversible au Québec. Afin de bien situer le projet et sa pertinence académique, je présenterai dans les prochains paragraphes un aperçu des connaissances en lien avec ce sujet. Pour ce faire, je présenterai un résumé des recherches qui ont été réalisées par rapport au phénomène de la stérilisation comme moyen de contraception irréversible. Ensuite, je poursuivrai avec les caractéristiques des femmes sans enfant par choix. Finalement, les quelques études qui ont été réalisées spécifiquement sur les femmes sans enfant par choix qui ont recours à la stérilisation irréversible seront abordées.

### **1.2.1 La stérilisation comme moyen de contraception chez les femmes**

Bien que son utilisation au Québec soit moins répandue que pour d'autres moyens de contraception chez la femme, la stérilisation est aujourd'hui le moyen de contraception le plus utilisé dans le monde (Nations Unies 2013). D'un point de vue scientifique, il est donc important d'étudier les phénomènes entourant son utilisation de même que les enjeux associés aux populations qui y ont recours. Plusieurs chercheurs ont d'abord étudié les facteurs socio-économiques qui influencent le recours à la stérilisation chez les femmes. Selon Mieke et Megan (2016), ces facteurs dépendent du contexte historique, géopolitique et social dans lequel évoluent les individus qui ont recours à ce moyen de contraception. Ces chercheurs travaillent pour le California Centre for Population Research ainsi que pour le Département de sociologie à la University of California. Leur étude réalisée à partir des données provenant du 2006-10 National Survey of Family Growth et du 2004-10 Generation and Gender Surveys portait sur l'analyse de la relation entre le recours à la stérilisation comme moyen de contraception et le statut socio-économique dans les dix pays suivants : Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Bulgarie, États-Unis, France, Géorgie, Roumanie et Russie. De plus, des études réalisées au Pérou, au Brésil, aux États-Unis et au Canada ont permis de déterminer l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'éducation, l'appartenance religieuse et le modèle familial valorisé dans la société comme facteurs qui influencent fortement la prise de décision d'avoir recours à cette opération de stérilisation (Charton 2014, De Wit et Rajulton 1991, Anderson 2017, Leite, Gupta et Rodrigues 2004, Siqueira et al. 2007, Zite et Borrero 2011, Bledin K. D. et al. 1984, Schoen et al. 2000). Ces recherches ont été conduites par

des chercheurs provenant de diverses disciplines telles que la sociodémographie, l'anthropologie, la psychologie, la psychiatrie, la sociologie et la démographie.

Basée sur une approche d'histoire de vie, l'étude anthropologique d'Anderson (2017) se propose d'expliquer la forte préférence d'avoir recours à la ligature des trompes plutôt qu'à la vasectomie. Aux États-Unis, les femmes ont généralement recours à la stérilisation comme modèle de planification familiale lorsqu'elles ont l'impression que leur partenaire ne s'investira pas suffisamment dans la prise en charge d'un futur enfant — selon cette étude dont les données proviennent du National Survey of Fertility Barriers (NSFB) (Anderson 2017). De plus, les femmes qui utilisent cette méthode contraceptive définitive aux États-Unis sont généralement plus âgées, ont un niveau d'éducation moins élevé, vont n'avoir qu'une assurance médicale publique voire pas d'assurance médicale du tout, en comparaison aux autres femmes états-uniennes qui n'ont pas recours à la stérilisation. L'appartenance ethnique est un autre facteur qui influence l'utilisation de cette méthode de contraception. En effet, les femmes hispaniques et noires aux États-Unis sont plus susceptibles d'avoir recours à la stérilisation que les États-uniennes blanches, selon un article sur les différentes techniques de stérilisation et les facteurs qui influencent l'utilisation de telles procédures réalisé par des chercheurs du département d'obstétrique et de gynécologie de l'University of Tennessee Graduate School of Medicine et du département de médecine de l'Université de Pittsburgh (Zite et Borrero 2011). Au Canada, des tendances semblables sont observées en ce qui concerne l'âge et le niveau d'éducation (Finnsdottir, 2019). En contrepartie, une étude réalisée auprès d'une population rurale dans le contexte brésilien montre que les femmes ayant un niveau plus élevé d'éducation auraient davantage tendance à avoir recours à la stérilisation notamment pour pouvoir poursuivre leur carrière après avoir eu un certain nombre d'enfants (Leone et Hinde 2005) — ce qui démontre que les caractéristiques des femmes qui ont recours à la stérilisation peut dépendre de leur contexte social et économique.

La plupart des études qui ont été réalisées par rapport à la stérilisation chez les femmes concernent celles qui ont déjà eu des enfants. Ces études en sociologie s'intéressent effectivement à l'utilisation de la stérilisation comme planificateur familial (Schoen et al. 2000, Charton 2014, Anderson 2017, De Wit et Rajulton 1991) ou dans un contexte de dépression post-partum dans une perspective psychologique (Chi et Thapa 1993). Une recherche effectuée au Brésil par une doctorante en sociologie a également permis de démontrer que la stérilisation peut revêtir un

caractère identitaire dans le cas où elle s'inscrit dans un modèle de transmission de mère en fille qui permet aux femmes de s'affranchir de façon symbolique du contrôle des hommes sur la reproduction (Faya Robles 2009). Une étude anthropologique s'est aussi intéressée à l'influence des médecins dans la prise de décision de recourir à ce moyen de contraception chez des femmes qui ont déjà eu des enfants dans le contexte de l'Amazonie brésilienne (Siqueira et al. 2007). Or, peu d'études récentes s'intéressent aux femmes qui ne veulent pas d'enfant et qui ont recours à la stérilisation irréversible comme moyen de contraception (DeVellis et al. 1984, Campbell 1999, Richie 2013). Toutefois, avant de s'attarder davantage aux femmes sans enfant par choix qui ont recours à la stérilisation irréversible (thème au plus près de mon sujet qui sera abordé dans la dernière sous-section de l'état des connaissances), il est important de s'attarder aux caractéristiques des femmes qui ne veulent pas d'enfant (quel que soit le moyen utilisé).

### **1.2.2 Les femmes sans enfant par choix**

L'identité féminine est fortement liée à la maternité dans la société occidentale (Gillespie 2000). Cette association est tellement ancrée que des penseuses féministes telles que de Beauvoir (1949) ont prôné dans les premières vagues de féminisme la non-maternité comme façon ultime pour libérer et émanciper la femme dans la société, en considérant la maternité comme un fardeau pour la femme voire une institution patriarcale. Outre ces considérations féministes, le développement de méthodes contraceptives, et notamment la pilule, ont permis une libération de la sexualité féminine et une plus grande distanciation entre la féminité et la maternité (Baulieu, Héritier, Leridon 1999). Cependant, encore aujourd'hui, la non-maternité est associée à un état de manque puisque la maternité est associée à l'état « normal » auquel doivent aspirer les femmes pour être en concordance avec leur identité féminine (Letherby 1994).

Dans ce contexte, plusieurs études se sont penchées sur le phénomène des femmes qui ne souhaitent pas avoir d'enfant. Plusieurs articles portent sur l'identité de ces femmes sans enfant par choix à travers les concepts de féminité et maternité. En Angleterre, des études sociologiques et féministes portent notamment sur la façon dont ces femmes vivent leur féminité sans être mère (Gillespie 2003, Wager 2000). L'article de Wager (2000) amène une réflexion sur le non-désir d'enfant : dans la société occidentale, cela est souvent perçu de façon pathologique. Cette étude conclut qu'en ne voulant pas d'enfant, certaines femmes rejettent de façon radicale la maternité, mais que pour la plupart, cela est vécu comme un simple choix personnel. Cela permet donc de comprendre

l'importance de la séparation intellectuelle et sociale des concepts de maternité et féminité dans des contextes où les deux ne vont plus nécessairement de pair (Kelly 2009). Ce rapport encore profondément ancré dans notre société entre maternité et féminité entraîne une stigmatisation pour les femmes qui font ce choix de ne pas avoir d'enfant. Ces dernières font effectivement souvent face à toute sorte de préjugés, lorsqu'on les accuse d'égoïsme, de carriérisme ou encore de fuite des responsabilités qui incombent aux femmes qui ont des enfants (Kelly 2009, Gillespie 2003). Plus récemment, des communautés sur Internet ont été constituées par les personnes sans enfant par choix pour se rassembler et échanger sur leur expérience (Gotman 2017, de Pierrepont et Lévy 2017). Du fait de leur plus grande marginalisation (Morell 1994), des chercheurs se sont intéressés aux motivations personnelles de ces femmes à ne pas vouloir d'enfant (Somers 1993, Gillespie 1999, Mawson 2005, Gotman 2017), de même que les facteurs sociaux et démographiques qui influencent ce choix (Kiernan 1989, Gotman 2017, Tocchioni 2018).

Depuis le développement de divers moyens de contraception, le nombre de personnes qui ne souhaitent pas et qui n'ont effectivement pas d'enfant a augmenté dans les pays où le taux de natalité est en baisse. Au Canada, la proportion des personnes entre 20 et 34 ans n'ayant pas encore d'enfant et qui souhaitent en avoir dans le futur est passée de 75 % à 27 % dans la dernière moitié du XX<sup>e</sup> siècle (Stobert et Kemeny 2003). De plus, le taux de fécondité passé de 3,5 en 1921 à 1,5 en 2007 s'explique par la baisse du nombre d'enfants par femme, mais également par la baisse du nombre de couples ayant des enfants (Agrillo et Nelini 2008). Ces phénomènes combinés de baisse d'intentionnalité par rapport à la parentalité et d'augmentation des couples qui demeurent sans enfant sont devenus des facteurs principaux qui influencent les tendances de fertilité au Canada selon une étude sociologique dont les données proviennent de l'Enquête sociale générale (ESG) (Edmonston, Lee et Wu 2009, Statistique Canada 2020). Tout de même, il est important de préciser que ce phénomène des personnes qui demeurent sans enfant n'est pas nouveau et a notamment été observé en hausse vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle par les démographes (Gotman 2017). Malgré cela, les premiers articles populaires à traiter du phénomène des personnes sans enfant sont parus seulement à partir de 1973 (Agrillo et Nelini 2008).

Plusieurs recherches ont tenté d'identifier les caractéristiques sociodémographiques des personnes sans enfant ainsi que leurs raisons de ne pas en avoir et la signification qu'ils attribuent à une vie sans enfant à différentes époques. Dans les années 1980, Campbell (1985) s'intéresse à la carrière

des couples sans enfant dans une perspective sociologique en Angleterre. Elle identifie deux facteurs importants qui influencent le choix des personnes de demeurer sans enfant. Il y a d'un côté l'attrait ressenti pour la vie sans enfant et, de l'autre, la répulsion pour les contraintes associées au mode de vie parental. Une étude en psychologie provenant également d'Angleterre démontre que les personnes qui se marient plus tard sont souvent plus susceptibles de demeurer sans enfant (Kiernan 1989). Quelques années plus tard, Somers (1993) explique que d'un point de vue psychologique, il existe une plus grande cohésion et satisfaction au sein des couples sans enfant par choix que chez les couples qui en ont, dans un article qui présente une comparaison des perceptions des stéréotypes, des prises de décision et des dynamiques maritales chez les couples avec et sans enfant. Au début du XXI<sup>e</sup> siècle, une recherche en psychologie effectuée au Canada définit la liberté et l'équilibre dans les engagements envers soi et dans la société comme des aspects importants de la signification du choix et de l'expérience des personnes sans enfant par choix (Mawson 2005). Dans une étude récente réalisée en Italie, Tocchioni (2018) démontre que les personnes sans enfant constituent un groupe très hétérogène, en identifiant six profils types de personnes sans enfant. Pour ma recherche, il est tout de même important de broser un portrait sociodémographique des personnes qui demeurent sans enfant par choix en conservant l'idée qu'il s'agit de tendances générales qui ne s'appliquent pas à toutes les femmes qui demeurent sans enfant.

Au Canada, les femmes avec un plus haut niveau de scolarité, un plus haut salaire et vivant dans des espaces urbains ont davantage tendance à demeurer sans enfant. Les femmes qui occupent un emploi ont davantage tendance à ne pas vouloir d'enfant. De plus, les femmes dont la langue maternelle est l'anglais seraient plus nombreuses à ne pas vouloir d'enfant que celles dont la langue maternelle est le français selon un sondage de 2006. Finalement, d'un point de vue géographique, le Québec se situe parmi les provinces où il y a le plus haut taux de femmes qui ont l'intention de ne jamais avoir d'enfant (Edmonston, Lee et Wu 2009). Dans le cadre de mon projet de recherche, je m'intéresse au vécu des femmes sans enfant par choix qui choisissent la stérilisation irréversible comme moyen contraceptif. La dernière sous-section de cet état des connaissances porte sur les études qui se sont intéressées plus spécifiquement à ces femmes.

### **1.2.3 Les femmes sans enfant par choix qui ont recours à la stérilisation irréversible**

Avec le développement des moyens de contraception, la stérilisation — par son caractère irréversible — devient une méthode intéressante pour les femmes qui ne veulent pas ou plus d'enfants. Une étude en psychologie a été réalisée dans les années 1980 aux États-Unis à propos de l'attitude, des comportements et des valeurs des femmes sans enfant par choix qui ont recours à la stérilisation afin de comprendre s'il existe des différences majeures entre les femmes qui n'ont pas d'enfant et celles qui en ont. Cette étude a démontré qu'il existe des différences sur le plan des valeurs puisque dans le premier cas, les enfants sont considérés comme étant moins importants dans leur vie et pour la société (DeVellis et al. 1984). Une étude plus récente réalisée en Angleterre dans une perspective sociologique et féministe s'est intéressée au parcours des femmes nullipares qui choisissent la stérilisation irréversible. Cette étude caractérise le phénomène des personnes sans enfant qui optent pour la stérilisation comme étant marginal et minoritaire. Elle met en lumière la relation de ces femmes à la maternité, les motivations écologiques et médicales qui les incitent à avoir recours à la stérilisation et la signification du choix d'avoir recours à la stérilisation (Campbell 1999). En analysant l'expérience de ces femmes dans leur procédure de stérilisation irréversible à Buenos Aires, Del Río Fortuna (2007) a soulevé l'enjeu de l'accès à la procédure médicale dans les politiques publiques. Cette chercheuse a également analysé la perspective des professionnels de la santé par rapport au caractère irréversible de cette opération (Del Río Fortuna 2009). Une étude réalisée aux États-Unis par une chercheuse en bioéthique présente les raisons qui motivent les femmes sans enfant à avoir recours à la stérilisation irréversible. Ces motivations incluent des raisons médicales, personnelles, démographiques et environnementales (Richie 2013). Des articles parus plus récemment en Argentine, en Irlande et au Québec se sont penchés sur la relation entre ces femmes qui veulent la ligature et les médecins qui l'octroient (Del Río Fortuna 2009, McQueen 2017, Masella et Marceau 2020). Il a été montré qu'il existe une forme de hiérarchisation des pratiques médicales (Edu 2018), et que ces femmes nullipares qui demandent la ligature font face à de la stigmatisation lors des consultations médicales (Hintz et Brown 2019). En effet, le fait de ne pas avoir d'enfant est souvent un obstacle majeur pour accéder à la ligature des trompes de Fallope (Masella et Marceau 2020).

L'accès à l'opération de stérilisation pour ces femmes constitue donc un défi important puisque beaucoup de femmes se font refuser la stérilisation avec la justification qu'elles sont trop jeunes



(Marret 2013) ou qu'elles risquent de regretter leur choix (Marcil-Gratton 1987). Cela entraîne un dilemme éthique entre l'autonomie de la patiente et les risques encourus de regret (Masella et Marceau 2020, Briex 2013, Sargos 2009). L'étude des chercheuses en bioéthique Masella et Marceau (2020) s'est d'abord intéressée aux motivations de ces femmes à avoir recours à la stérilisation irréversible, et a permis de démontrer plus spécifiquement le rapport patriarcal entre le médecin et ces femmes dans la prise de décision des médecins concernant l'accès à la stérilisation. À cause de la stigmatisation et de la marginalisation associées au fait de ne pas vouloir d'enfant, les femmes nullipares qui souhaitent avoir recours à la stérilisation irréversible rencontrent souvent des difficultés qui ne sont pas les mêmes que pour les femmes qui ont déjà des enfants (Del Río Fortuna 2007). C'est pourquoi l'expérience des femmes nullipares qui souhaitent avoir recours à l'opération de stérilisation doit être prise en compte de façon autonome afin de tenir compte des complexités associées à ces parcours et des divers enjeux soulevés par ce phénomène (Richie 2013). Ces études constituent un apport de connaissances qui a permis l'élaboration de cette recherche et elles constitueront les vis-à-vis de la recherche auxquels mes résultats pourront être comparés.

### **1.3 Problématisation des connaissances**

Ainsi, de nombreuses études ont été réalisées sur les facteurs influençant le recours à la stérilisation irréversible, les motivations, le risque de regret ou encore l'accessibilité de la procédure et la stigmatisation à laquelle font face ces femmes nullipares qui y ont recours. Cependant, peu de recherches se sont encore penchées sur la façon dont les femmes sans enfant s'adaptent aux diverses contraintes et obstacles auxquels elles font face tout au long du processus. Les concepts de biosocialité, d'agentivité et de biopouvoir permettront de porter un regard analytique sur l'expérience de ces femmes dans leurs démarches. Mon projet s'inscrit dans le contexte québécois où le système de santé comporte des particularités distinctes des systèmes français ou états-unien dans lesquels une grande partie des études similaires ont été réalisées. En effet, il est important de prendre en compte le contexte dans lequel s'inscrit cette recherche. Le Québec connaissant une baisse démographique importante depuis la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, il est important de replacer le phénomène à l'étude dans ce contexte puisque les caractéristiques et les enjeux associés à la stérilisation sont différents dans des endroits où on observe un taux de fécondité en baisse — ce qui sera décrit dans le prochain chapitre (Mieke et Megan 2016). Si on ajoute à cela le peu de

recherches qui ont été réalisées récemment au Québec par rapport aux femmes sans enfant qui effectuent une opération de stérilisation irréversible, il est important d'offrir un regard anthropologique sur ce phénomène à partir d'une étude empirique. Je présenterai ainsi dans le prochain chapitre la méthodologie qui m'a permis de réaliser cette étude dans une perspective anthropologique de même que les particularités du contexte québécois afin de bien ancrer ma recherche dans une réalité sociétale spécifique.

## **Chapitre 2. Méthodologie et contexte de la recherche**

La dernière année a été assez particulière au plan social, académique et personnel. Le Québec et le monde ont traversé une crise sanitaire avec la pandémie du coronavirus responsable de la Covid-19. Le Québec a imposé des mesures sanitaires telles que le port du masque dans les lieux fermés, le confinement et finalement le couvre-feu — mesures que je n'avais jusque alors jamais vues mises en place. Cela a grandement affecté ma vie personnelle dans la dernière année, mais également mes objectifs et ma méthodologie de recherche. Je propose dans ce chapitre de présenter la méthodologie qui a permis d'obtenir les résultats de cette étude, tout en posant une réflexion sur ce contexte particulier. Je présenterai la collecte de données, puis la méthode d'analyse utilisée et les principes qui ont guidé la constitution du corpus qui a servi à l'analyse du phénomène à l'étude. Je décrirai ensuite le contexte québécois dans lequel s'inscrit ma recherche et ses particularités notamment en lien avec la fertilité, le fonctionnement du système de santé et l'utilisation de la stérilisation comme moyen de contraception.

### **2.1 Méthodologie**

#### **2.1.1 Collecte de données**

Afin d'obtenir des informations sur les femmes qui ont eu ou souhaitent avoir recours à la stérilisation irréversible, je prévoyais tout d'abord effectuer des entretiens ainsi que de l'observation participante. Pour des raisons qui seront expliquées dans les prochains paragraphes, je me suis finalement concentrée uniquement sur la réalisation d'entrevues. J'ai effectué ma collecte de données au courant de l'été 2020 suite à l'obtention de mon certificat d'éthique auprès du comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal, volet Société et culture.

##### **2.1.1.1 Recrutement**

Le recrutement des participantes s'est effectué à partir du mois de mai et j'ai réalisé les dernières entrevues pour ma recherche au début du mois de septembre 2020. Je souhaitais recruter des participantes de sexe féminin, mais également de genre féminin. Selon l'Institut de recherche en santé du Canada, le sexe correspond aux attributs biologiques (notamment physiques et physiologiques) et se décline entre homme et femme bien que d'autres variations touchant ces attributs existent. Le genre correspond aux identités et comportements socialement construits qui

influencent les perceptions et les façons d'agir en société pour les hommes, les femmes et les personnes de diverses identités de genre (Canada 2015). En ce qui concerne la dimension sexuée, le fait de recruter des participantes qui ont réalisé la ligature des trompes de Fallope implique qu'elles soient de sexe féminin. La dimension sociale associée au genre était un aspect important de ma recherche et je souhaitais avoir une homogénéité en ce qui concerne le genre des participantes afin de tenir compte de leur expérience de la ligature en tant que femme. Je n'avais pas comme critère de recrutement le fait que les participantes aient réalisé la ligature, mais je souhaitais qu'elles soient au moins au début de leurs démarches pour obtenir l'opération de stérilisation. J'avais finalement comme critère de recruter des participantes qui vivent et effectuent ces démarches au Québec.

Afin de recruter des participantes, j'ai d'abord ciblé trois groupes Facebook en lien avec des personnes sans enfant par choix ou la stérilisation. Il s'agit des trois groupes suivants : *Stérilisation Volontaire (Ligature, Essure, Vasectomie)*, *Respectfully Childfree* et *Groupe de Support pour Childfree*. J'ai publié sur ces trois groupes un message expliquant ma recherche et décrivant le type de participantes que je recherchais pour mon projet. Mon message avait au préalable été approuvé par les membres administratrices du groupe en question à qui je m'étais présentée et avais expliqué le but de mon projet. J'ai indiqué dans le message destiné à ces groupes Facebook mes coordonnées pour que les participantes puissent m'écrire directement si elles avaient un intérêt à participer à ma recherche ou du moins à obtenir plus de détails sur mon projet. La plupart des participantes m'ont écrit directement par message privé sur l'application Messenger. Grâce à cette méthode, j'ai pu recruter huit participantes. Je souhaitais cependant recruter une dizaine de participantes au total compte tenu de l'envergure de ce projet.

J'ai donc effectué une seconde phase de recrutement par l'entremise d'une autre méthode. J'ai réalisé une affiche expliquant brièvement ma recherche et le type de participantes que je souhaitais recruter. Je laissais encore une fois mes coordonnées sur cette affiche pour que les personnes intéressées puissent m'écrire directement et de façon volontaire. J'ai par la suite communiqué par courriel avec les responsables du Centre de santé des femmes de Montréal dans le but de leur demander de diffuser cette affiche pour rejoindre davantage de participantes potentielles grâce aux plateformes de l'organisme. Le Centre est un « organisme communautaire autonome et féministe, composé de femmes qui œuvrent en santé sexuelle et reproductive » (Centre de santé des femmes

de Montréal 2018). En lisant cette description, l'organisme m'avait semblé tout à fait approprié pour le recrutement de participantes pour mon projet. Le Centre a accepté de m'aider et l'affiche a été par la suite diffusée par l'organisme sur leur page Facebook et par courriel. Cette seconde phase de recrutement m'a permis de réaliser cinq autres entrevues avec des participantes qui m'ont écrit par courriel ou par message texte. J'ai ainsi un corpus total de treize entrevues réalisées par visioconférence.

### **2.1.1.2 Entretiens**

Comme expliqué précédemment, ma collecte de donnée s'est effectuée à partir des entrevues réalisées par visioconférence. Je souhaitais au départ utiliser également la méthode de l'observation participante sur les groupes Facebook où j'ai recruté la majorité des participantes. Cela n'a pas été possible pour des raisons éthiques. J'ai dévoilé mon identité aux administratrices et leur ai demandé l'accès à ces groupes pour des fins de recrutement, mais également d'observation. Sur tous les groupes, les administratrices m'ont permis de publier mon message de recrutement, mais ne m'ont pas permis d'effectuer de l'observation qui pourrait servir de données pour ma recherche. En effet, les administratrices des différents groupes que j'ai approchées pour mon terrain craignaient que les membres du groupe se sentent justement observés et analysés, et ne souhaitent plus échanger librement — ce que je comprends tout à fait. De plus, j'ai parfois eu le commentaire que ces groupes se sentaient souvent visés par des recherches et qu'il y avait un certain malaise à toujours être étudié alors que plusieurs ont l'impression que d'autres phénomènes comme la maternité ne font pas l'objet d'autant de recherches. J'ai donc simplement utilisé ces groupes comme lieu de recrutement et j'ai observé quelques interactions de manière non officielle, sans prendre de note afin de respecter l'intimité des membres des groupes et de ne pas entraver la fluidité des échanges.

Les treize entrevues que j'ai réalisées ont été de nature semi-dirigée. Ces entrevues sont d'une durée approximative d'une heure (ma plus courte étant de 30 minutes et la plus longue de 1 h 30). Avant d'effectuer les entrevues, j'ai rédigé un canevas de questions qui comporte trois parties. La première partie porte sur une description du processus et des démarches administratives que les participantes ont effectuées. La deuxième partie comporte des questions d'appréciation personnelle sur la façon dont ces femmes ont vécu le processus menant à l'opération de stérilisation. La dernière partie est composée de questions à réponses plus courtes d'ordre sociodémographique. La grande majorité des questions de ce canevas était posée à chaque participante. J'ajoutais parfois pendant

l'entrevue certaines questions en fonction des propos tenus par les participantes. Le but était pour moi de laisser les participantes s'exprimer le plus librement possible sans guider de façon stricte le déroulement des entrevues. Mes impressions générales des entretiens ont été que les participantes étaient très à l'aise de s'exprimer par rapport à leur parcours jusqu'à la stérilisation irréversible. J'ai également senti un grand enthousiasme de leur part en ce qui concerne le sujet de ma recherche. Plusieurs m'ont même remercié à la fin de l'entrevue de réaliser une recherche sur ce sujet. Je les remerciais alors à mon tour de m'accorder de leur temps pour participer à ma recherche puisque sans elles, ce projet n'aurait pas eu lieu.

Les entrevues ont été réalisées pour la majorité sur la plateforme de visioconférence Zoom et quelques-unes ont eu lieu sur Facetime. Je mentionnais dans mon message de recrutement — et par la suite lorsque je parlais directement aux femmes via Messenger — que les entrevues pouvaient être effectuées par visioconférence ou par téléphone en raison des restrictions sanitaires liées à la pandémie. Toutes les femmes ont souhaité réaliser l'entrevue par visioconférence. Pour les entrevues par Zoom, le contenu de l'entrevue était enregistré directement à partir de la plateforme. Pour les entrevues réalisées sur Facetime, j'ai utilisé un enregistreur en ligne et j'ai ensuite téléchargé le contenu de l'entrevue directement sur mon ordinateur. J'ai finalement retranscrit le contenu de ces entrevues sur le traitement de texte de Word pour composer les verbatim qui ont ensuite été analysés.

## **2.1.2 Analyse des données organisées**

### **2.1.2.1 Organisation de la base de données**

Ma base de données est constituée de verbatim obtenus lors des entretiens semi-dirigés réalisés par visioconférence avec les participantes de la recherche. J'ai d'abord retranscrit chaque verbatim dans un document Word à partir de l'enregistrement audio de chaque entrevue. Puis, j'ai fait une deuxième écoute pour vérifier l'exactitude des verbatim. Ces entrevues ont donc été retranscrites de façon exacte, mais les verbatim que j'ai choisi d'utiliser pour l'écriture de ce mémoire ont été quelque peu modifiés pour en faciliter la lecture tout en conservant leur sens le plus fidèlement possible. J'ai également réalisé un document Excel qui fait une synthèse de chaque entrevue à titre de préanalyse. Pour chaque entrevue, j'indiquais dans ce tableau le numéro de l'entrevue (1 à 13), le nom fictif de la participante, l'âge, si l'opération de ligature avait été réalisée (si oui, à quel âge et la date de l'opération selon les informations fournies), l'occupation principale, le revenu, le

nombre de frères et sœurs et leur nombre d'enfants (si applicable), le statut matrimonial, le lieu de résidence, l'appartenance culturelle et la façon dont la participante avait été recrutée. Ensuite, j'ai effectué le codage des entrevues. Dans chaque entrevue retranscrite, j'ai identifié des mots clés relevant de l'expérience de ces femmes au long du processus. Chaque mot ou groupe de mots correspond à un code de couleur que j'ai défini préalablement. J'ai finalement créé des documents Word pour les sections d'entrevue qui portent sur des sujets communs. J'ai ainsi regroupé des parties de chaque entrevue en six catégories (motivation, prise de décision, démarches, perception des médecins, stratégie et identité). Dans chaque document, j'ai identifié le nom fictif de la participante à laquelle correspond le verbatim en question. Ces catégories me permettent de brosser un portrait de leur expérience générale du processus. Tous ces documents ont été enregistrés sur mon ordinateur sur une session protégée par un mot de passe. Ils m'ont permis de traiter les données récoltées à partir des treize entrevues réalisées.

### **2.1.2.2 Méthode d'analyse**

Ma méthodologie s'inscrit dans le courant de la théorisation ancrée. Cette approche méthodologique et analytique consiste à élaborer une théorie qui s'enracine dans la réalité empirique sans toutefois en être une description exacte. Les observations sont considérées comme des expressions du phénomène social étudié. De plus, selon une méthodologie relevant de la théorisation ancrée, la théorie doit être élaborée au fur et à mesure de l'expérience du terrain et de la récolte de données plutôt que de se fonder sur des *a priori* (Laperrière 1997). Cela signifie que la recherche doit fonder son analyse sur les données récoltées plutôt que sur la théorie déjà existante. Dans ma recherche, bien que le fondement méthodologique de mon étude s'appuie sur cette méthode analytique, mon analyse ne se base pas uniquement sur les données puisqu'une recension des écrits a été réalisée préalablement à la tenue des entrevues.

Les données récoltées lors des entretiens ont été analysées de façon thématique (Paillé et Mucchielli 2012) d'abord à partir des six aspects établis lors de l'organisation des données en documents. Ces catégories correspondent à différents aspects du processus de stérilisation. Pour chaque catégorie, j'ai dégagé les points communs et les différences entre les participantes. Cela m'a permis par la suite de dégager des thèmes qui sont importants dans ces divers aspects du processus. J'ai ensuite poussé plus loin l'analyse pour dégager les difficultés rencontrées et les moyens utilisés pour y faire face — cela sera présenté dans les chapitres trois et quatre. Suite à cette nouvelle répartition

des données, j'ai donc dégagé les thèmes suivants : difficulté d'accès aux processus, complexité des démarches, appréhensions, décision des médecins, refus des médecins, prise d'information, utilisation des ressources au sein du système de santé et préparation d'arguments pour convaincre les médecins. En plus de cette analyse thématique, j'ai réalisé également une analyse transversale de chaque entrevue pour avoir une vue d'ensemble sur la façon dont avait été vécu le processus par chacune des participantes selon leurs spécificités propres.

### **2.1.3 Description des participantes**

Le tableau (page suivante) propose une description organisée des participantes. Les caractéristiques qui ont été retenues pour cette description sont l'âge, si l'opération a été réalisée ou non, l'occupation principale, le niveau d'étude, le revenu, le statut matrimonial (la façon dont les participantes identifient leur statut et non le statut officiel aux yeux de l'État québécois) et finalement l'appartenance culturelle des participantes.

Les treize participantes composant le corpus à analyser sont de sexe et de genre féminin ; c'est pourquoi j'utiliserai toujours le terme *participante* — au féminin — pour désigner les personnes qui ont participé à ma recherche. Elles ont entre 25 et 42 ans et l'âge moyen du groupe de participantes est de 30 ans. Près de la moitié des participantes ont un diplôme universitaire ce qui est supérieur aux proportions canadiennes. En effet, selon le recensement de 2016, 31,6 % de la population détient un diplôme universitaire. Cela concorde cependant avec le pourcentage de jeunes femmes (25 à 34 ans) détenant un diplôme universitaire au Canada (40,7 %) (Statistique Canada 2016). Le salaire annuel moyen des participantes est de 40 615 \$ — ce qui est en dessous de la moyenne provinciale de 49 000 \$ (Institut de la Statistique du Québec 2020).



**Tableau 1 Description des participantes**

Nom	Âge	Opération réalisée	Occupation principale	Niveau d'étude	Revenu	Statut matrimonial	Appartenance culturelle
Roxy	29	Oui	Chargée de projet	Maîtrise	40 000 \$	En couple	Québécoise
Aurélie	32	Oui	Dessinatrice industrielle	Baccalauréat	35-40 000 \$	En couple	Québécoise
Béatrice	30	Oui	Fonctionnaire d'État	Maîtrise	40-80 000 \$	En couple	Suisso-québécoise
Fannie	25	Oui	Étudiante	Technique	25-30 000 \$	Célibataire	Québécoise
Lili	41	Oui	Commerçante	Diplôme d'études professionnelles	30 000 \$	Célibataire	Québécoise
Eva	30	Non	Technicienne en laboratoire	Technique	50 000 \$	Célibataire	Québécoise
Diane	31	Oui	Technicienne de la faune	Technique	50 000 \$	Fiancée	Québécoise
Coralie	27	Non	Étudiante	Baccalauréat	45 000 \$	En couple	Québécoise
Sarah	31	Non	Adjointe administrative	Accréditation d'études collégiales	40 000 \$	En couple	Québécoise et Canadienne
Pauline	28	Non	Service à la clientèle	Technique	18 000 \$	En couple	Québécoise
Marianne	25	Non	Commis administrative	Baccalauréat	32 000 \$	Célibataire	Canadienne
Vanille	42	Oui	Responsable des ressources humaines	Diplôme d'études secondaires	32 000 \$	En fréquentation	Québécoise
Juliette	28	Non	Coordonnatrice de recherche clinique	Maîtrise	60 000 \$	En couple	Québécoise

Il s'agit d'un corpus relativement homogène si on prend en compte les caractéristiques culturelles des participantes. Douze femmes s'identifient effectivement comme Québécoises, une s'identifie comme Canadienne et Québécoise, une comme Canadienne seulement et une comme Suisso-québécoise. Ensuite, l'échantillon peut être considéré comme davantage hétérogène d'un point de vue socio-économique. Les salaires varient effectivement entre 18 et 80 000 \$ et le niveau d'étude des femmes va de la 5<sup>e</sup> secondaire au diplôme de maîtrise. Les types et les domaines d'emplois sont également très variés tels que fonctionnaire du gouvernement, technicienne en laboratoire, entrepreneure et adjointe administrative. Finalement, il y a également une certaine hétérogénéité en ce qui concerne les démarches réalisées et l'étape où les femmes sont rendues dans le processus, puisqu'un peu plus de la moitié des participantes a réalisé la ligature des trompes de Fallope.

#### **2.1.4 Difficultés rencontrées**

Les premières et principales difficultés que j'ai rencontrées pendant ma recherche ont eu lieu dans la phase de recrutement des participantes. J'ai abordé plusieurs groupes et plateformes de discussion avant d'en trouver qui accepteraient de diffuser mon annonce de recrutement et qui seraient pertinents pour mon étude. Au fil de mes recherches, je me suis rendu compte que les groupes Facebook sur lesquels j'ai diffusé mon annonce de recrutement étaient très fréquentés et qu'ils pourraient s'avérer d'une grande pertinence pour ma recherche. J'ai donc diffusé mon annonce et j'ai pu ainsi recruter plusieurs participantes tel qu'expliqué précédemment. Cependant, je n'ai recruté que huit participantes de cette façon. Il est à noter que plusieurs autres participantes potentielles m'ont écrit pendant cette première phase de recrutement, mais elles n'habitaient ni n'avaient vécu au Québec, ce qui ne correspondait pas aux critères de participation que je m'étais fixés pour ma recherche. J'ai ainsi dû réfléchir à une alternative pour ma méthode de recrutement et c'est ainsi que j'ai eu l'idée du Centre de santé des femmes de Montréal qui m'a permis de recruter encore cinq participantes — pour un total de treize participantes qui constitue un corpus intéressant au plan méthodologique. Une autre difficulté que j'ai rencontrée et qui a modifié ma méthode de recherche concerne le terrain ethnographique. En raison des circonstances liées à la pandémie qui a débuté en 2020, je n'ai pas été en mesure de réaliser un terrain en présentiel ; j'ai alors envisagé de réaliser un terrain de façon virtuelle, mais cela n'a pas non plus été possible (comme évoqué précédemment). J'ai donc orienté ma collecte de données et ma méthodologie pour me concentrer uniquement sur les entretiens semi-dirigés.

## **2.1.5 Limites et forces de la méthodologie**

### **2.1.5.1 Forces**

La méthodologie par entretiens semi-dirigés permet dans un premier temps d’avoir accès aux informations que les participantes souhaitent partager et qui guideront par la suite la recherche. Cela est très important dans la perspective d’une méthodologie qui adopte le cadre de la théorisation ancrée. En effet, le principe de la théorie ancrée, tel qu’expliqué précédemment, est de se baser sur les observations et les données récoltées afin d’élaborer une théorie et une analyse. Par conséquent, les participantes doivent pouvoir s’exprimer dans un canevas assez large et peu contraignant, pour que leur point de vue et les informations qu’elles souhaitent transmettre soient le moins influencés possible par mes propres perceptions. Dans un deuxième temps, les entretiens permettent une analyse en profondeur du phénomène à l’étude et du discours des participantes. Cette méthode d’analyse et d’entretiens semi-dirigés est donc une force de la méthodologie et est généralement privilégiée dans des recherches requérant une analyse qualitative. Dans un troisième temps, tel que mentionné précédemment, les entrevues par des plateformes de visioconférence m’ont permis d’obtenir la participation de femmes en dehors de la région du grand Montréal et donc d’avoir la participation de femmes qui vivent un peu partout au Québec, ce qui rend mon échantillon d’étude plus intéressant puisqu’il est plus diversifié et géographiquement plus étendu.

### **2.1.5.2 Limites**

La méthodologie utilisée comporte également certaines limites. En ce qui concerne la méthode de recrutement, cela peut avoir biaisé quelque peu la constitution d’un échantillon d’étude qui se veut idéalement aléatoire. Les participantes ont été recrutées d’abord sur le réseau social Facebook et plus particulièrement sur des groupes de discussions centrés sur la stérilisation ou rassemblant des personnes qui s’identifient comme *childfree*. J’ai laissé aux femmes le choix de me contacter. Les personnes qui ont participé à ma recherche sont donc celles qui étaient enthousiastes à l’idée de parler de leur parcours. En ce sens, il se peut que mon étude ne tienne pas compte de la réalité de certaines femmes qui ont recours à la stérilisation, mais ne souhaitent pas en parler ou ne considèrent pas que cela est important pour elles. Ensuite, bien qu’un petit échantillon permette une analyse en profondeur tel que mentionné précédemment, cela peut également constituer une limite de la recherche. En effet, les résultats qui seront développés dans les deux prochains chapitres ne peuvent pas être généralisés à toutes les femmes sans enfant qui ont recours à la

stérilisation. L'échantillon retenu est trop petit pour être jugé représentatif de la population du phénomène à l'étude.

## **2.1.6 Circonstances de la mise en œuvre**

Le début de ma recherche ethnographique coïncide avec le début de la pandémie du coronavirus au Québec en mars 2020. La dernière année et demie a été très particulière au niveau social, économique et politique au Québec. Ces circonstances ont influé sur la mise en œuvre du projet — par exemple, tel que mentionné plus haut, le recrutement et la tenue des entrevues. Mais au-delà de l'anecdote, par souci de transparence méthodologique, je me dois de faire un retour sur la façon dont j'ai vécu personnellement cette dernière année, ainsi que sur les répercussions de ces circonstances très particulières sur ma recherche et ma méthodologie.

### **2.1.6.1 Effectuer sa recherche en temps de pandémie**

Le début de la pandémie de la Covid-19 et l'arrivée du coronavirus au Québec ont coïncidé avec la fin de ma scolarité pour mon programme de maîtrise à l'Université de Montréal. J'ai suivi les quelques cours de séminaires qu'il me restait dans la première période de confinement à Montréal. Une grande partie de ma recension des écrits avait déjà été réalisée au moment du premier confinement. C'est également pendant cette période que j'ai entamé mes démarches auprès du comité d'éthique et ma période de recrutement. J'ai ainsi effectué la majorité des étapes de ma recherche pendant cette période trouble. Un des aspects les plus marquants est d'avoir effectué toute ma collecte de donnée ainsi que ma rédaction en temps de pandémie. J'ai d'ailleurs effectué une grande partie de ma rédaction en période de confinement alors que les cafés et les bibliothèques — lieux de prédilection de nombreux étudiants pour rédiger — étaient fermés.

Ce contexte de pandémie a eu des répercussions sur mon expérience de rédaction. D'un côté, avec les bars et les restaurants fermés ainsi que les activités sociales réduites au strict minimum, j'ai d'abord senti à l'automne 2020 que cette période allait me permettre de me consacrer entièrement à mon projet de recherche et à l'écriture de mon mémoire. Cela a effectivement été bénéfique puisque j'avais de très bonnes conditions pour travailler chez moi et j'ai donc pu avancer rapidement dans l'écriture, au début. D'un autre côté, cet isolement, qu'on m'avait déjà décrit comme faisant partie du processus d'écriture, s'est fait sentir encore plus vivement. Ce qui a été particulièrement difficile est le manque d'échanges spontanés avec d'autres étudiants, que j'aurais pu vivre pendant ma rédaction en circulant dans les couloirs et en fréquentant des lieux communs

— comme le café du Département d’anthropologie, par exemple. Bref, ce contexte très particulier n’a pas été complètement néfaste au plan personnel en ce qui concerne mon expérience de la recherche bien qu’il s’agisse d’une situation très difficile sur le plan des relations sociales. Au-delà des effets personnels de la pandémie et du confinement sur ma motivation et ma capacité à mener la recherche, les mesures sanitaires ont également eu un impact sur ma recherche, au plan méthodologique notamment.

### **2.1.6.2 Impacts sur la recherche**

Au début de l’élaboration de mon projet de recherche, j’envisageais d’effectuer des entrevues en personne avec les participantes de ma recherche. Cela contribue effectivement à entretenir un certain niveau de convivialité avec les participantes. De plus, cela m’aurait permis d’effectuer certaines observations propres à la démarche anthropologique. Or, en raison des mesures sanitaires mises en place par le gouvernement dès le printemps 2020 et des restrictions provenant du comité d’éthique à la recherche ainsi que de l’Université de Montréal, j’ai dû effectuer des entrevues par le biais de plateformes de visioconférence (Zoom et Facetime). J’étais d’une part très déçue de ne pas pouvoir mener mon terrain et mes entrevues en présentiel. D’autre part, le fait de réaliser mes entrevues ainsi que mon recrutement uniquement à partir d’Internet a pu biaiser quelque peu le recrutement des participantes puisque je n’ai pu recruter que des femmes qui se sentaient à l’aise avec Internet et les plateformes de visioconférence (et qui y avait accès) même si je proposais également de réaliser les entrevues par téléphone. Je m’exposais également à divers problèmes reliés aux technologies et à Internet, même si aucun problème majeur — mis à part une entrevue que j’ai dû recommencer parce que l’Internet d’une des participantes fonctionnait très mal – n’est réellement apparu durant les entrevues.

Cependant, j’ai observé que le format d’entrevue par visioconférence avait également certains avantages. Cette façon de réaliser des entrevues m’a permis dans un premier temps de prendre contact et d’effectuer les entretiens avec des femmes qui viennent de partout au Québec alors que j’avais plutôt envisagé de réaliser ma collecte de données dans la grande région de Montréal pour des contraintes géographiques, de déplacement et de temps. Dans un deuxième temps, cette façon de faire m’a permis d’effectuer les entrevues de chez moi en sauvant ainsi du temps de déplacement pour chaque entrevue tout en me permettant d’assurer la confidentialité des échanges avec les participantes. Dans un troisième temps, j’ai constaté un dernier avantage majeur à l’adaptation de

mes entrevues par visioconférence. Les femmes, qui effectuaient également les entrevues chez elles, n'avaient pas non plus à se déplacer pour le rendez-vous et cela permettait également de leur assurer un plus grand confort pour l'entrevue. De leur point de vue, les entrevues ont été réalisées à leur domicile, dans un environnement qu'elles contrôlent. Les femmes semblaient d'ailleurs toutes très à l'aise lors de nos discussions, et pour l'anecdote, une des participantes a même réalisé l'entrevue en pyjama. Cela n'aurait sûrement pas été possible si les entrevues avaient pu se dérouler en présentiel sur un terrain neutre.

### **2.1.7 Position de la chercheuse**

La réflexivité est un élément important de la recherche qualitative, dans le but de développer un savoir intersubjectif dans la recherche. La réflexivité peut être décrite comme suit : « Reflexivity is commonly viewed as the process of a continual internal dialogue and critical self-evaluation of researcher's positionality as well as active acknowledgment and explicit recognition that this position may affect the research process and outcome. » (Berger 2013, 220) Afin d'intégrer une approche réflexive dans la méthodologie de ma recherche, je veux me situer moi-même par rapport à mon objet d'étude en me présentant brièvement pour faire ressortir les aspects de mon identité qui ont pu avoir un impact sur ma recherche.

Tout d'abord, je suis une jeune femme de 24 ans et je me considère comme féministe depuis plusieurs années. Les réflexions sur la maternité sont présentes chez moi depuis longtemps. Bien que les enjeux liés à la maternité ainsi qu'au non-désir de maternité me touchent particulièrement en tant que femme féministe, c'est également l'aspect social du phénomène qui a fini par attirer mon attention et suscité ma curiosité intellectuelle sur le sujet. Je pense que le fait que je sois une femme et que je partage les référents culturels et sociaux des participantes de ma recherche m'a facilité l'entrée en contact avec ces femmes et la communication de certains aspects de leur expérience. De plus, j'étais plus jeune que les participantes, mais parfois de quelques années seulement, ce qui renforçait également cette proximité avec plusieurs femmes interviewées. Ensuite, je pense que cela est nécessaire que je précise que bien que je n'aie pas encore d'enfant, je pense en vouloir dans quelques années. En fait, je me suis toujours questionné sur la maternité c'est-à-dire si je voulais avoir ou non des enfants. Cela n'a jamais été une réponse si évidente pour moi et lorsque j'étais plus jeune, je disais toujours que j'aurais des enfants si je trouvais la bonne personne avec qui les avoir. Bref cela n'allait pas de soi. En outre, pendant une longue période de

questionnement identitaire liée à mon orientation sexuelle, je doutais réellement souhaiter avoir des enfants. Aujourd'hui, je pense en vouloir, mais bien sûr cette recherche a réveillé chez moi ces questionnements. Parler avec ces femmes qui savent depuis toujours qu'elles n'en veulent pas ou qui sont passées par un cheminement de réflexion sur le sujet, m'a confronté à mes propres façons de penser et à contribuer à changer ma façon de percevoir le désir d'enfant et le projet d'en avoir.

Je pense que cela est important de préciser ces aspects aussi personnels de mon identité et de mes choix, puisque plusieurs des participantes m'ont posé la question à savoir si je voulais des enfants. Plusieurs m'ont demandé à la fin des entrevues si je souhaitais moi-même réaliser l'opération de stérilisation et si c'était pour cela que je m'intéressais tant à ce sujet. Je leur répondais alors en toute transparence que je n'étais pas certaine, mais que oui je pense vouloir des enfants éventuellement et donc que je n'effectuais pas cette recherche par intérêt personnel pour la ligature des trompes de Fallope. Après leur avoir partagé cela, leur réaction était généralement neutre ou même favorable, et surtout, aucune ne m'a fait de commentaire désobligeant par rapport à ce partage.

## **2.2 Le contexte québécois**

Afin de mieux comprendre les spécificités liées au contexte d'étude dans lequel s'inscrit cette recherche, je présenterai dans la présente section la question de la fertilité au Québec et ses enjeux, suivi du fonctionnement du système de santé et finalement d'un portrait général du recours à la stérilisation irréversible au Québec, dans une perspective historique.

### **2.2.1 Évolution de la fertilité au Québec**

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, le taux de fécondité de la province est très élevé (5,3) en comparaison à celui de l'Ontario (3,7), bien que ces taux soient inférieurs à ceux de la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle qui correspondaient à 6,83 pour le Québec et 7,21 pour l'Ontario. Cette diminution du taux de fécondité marque effectivement la première transition démographique observée au Québec, mais également ailleurs au Canada et aux États-Unis. Cette transition démographique est caractérisée par une baisse du taux de fécondité et est estimée avoir eu lieu entre 1891 et 1941 (Beaujot 2000). Dans les années 1960, le Québec se déchristianise à l'occasion de ce qui sera par la suite nommé la Révolution tranquille. Les changements majeurs aux plans social, culturel, intellectuel et moral qui donnent le nom de « Révolution » à cette époque entraînent la laïcisation

de l'État québécois et une modernisation des institutions politiques (Sarra-Bournet 2010). À cette même époque, une baisse drastique de la fécondité est observée. En effet, le taux passe de quatre enfants en moyenne par femme dans les années 1960 à deux enfants dix ans plus tard (Charton, Lapierre-Adamcyk et Partenariat Familles en mouvance et Dynamiques intergénérationnelles 2008) et atteint finalement 1,58 enfant en moyenne par femme en 2019 (Deschênes et Girard 2020). Des années 1960 à 1996, les démographes qualifient la période de seconde transition démographique (Beaujot 2000). Depuis 1970, le taux de fécondité est effectivement inférieur au taux de remplacement des générations qui se situe à 2,1 enfants par femme en moyenne (Deschênes et Girard 2020). Cela s'inscrit dans une tendance qui a été observée dans plusieurs pays occidentaux (Beaujot 2000). Aujourd'hui, ce faible taux de fécondité constitue un des principaux défis démographiques au Québec. En effet, ce faible taux de fécondité entraîne un vieillissement de la population. Le Québec est aujourd'hui la troisième province canadienne la plus touchée par ce phénomène sans précédent dont les conséquences à long terme ne sont pas encore définies et demeurent complexes (Simard 2019).

### **2.2.2 Le fonctionnement du système de santé**

Le système de santé tel que développé au Québec a été mis en place dans les années 1970, plus précisément en 1971, grâce à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Gouvernement du Québec 2015). Il a par la suite subi de nombreuses réformes et développements (Tremblay et Rheault 2014). Les services de santé au Québec sont publics et gratuits pour tous grâce à deux régimes universels, soient le régime d'assurance hospitalisation instauré en 1961 et celui de l'assurance maladie qui a vu le jour en 1970. La dernière réforme mise en place qui a profondément restructuré le système est celle du ministre Gaétan Barrette, ministre de la Santé du Gouvernement du Québec de 2014 à 2018 (Savard 2017). Cette réforme a aboli d'anciens paliers de gestions pour n'en conserver que deux. Il y a d'un côté le Ministère de la Santé et des Services sociaux qui régulent à l'échelle nationale les prises de décisions concernant le système et, de l'autre, les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ainsi que les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) qui offrent les services dispensés à la population (Gouvernement du Québec 2015).

Plusieurs établissements au sein de ces paliers de gestion offrent différents services. Les Centres locaux de services communautaires (CLSC) offrent des services de première ligne. Les Centres



hospitaliers (CH) prodiguent les soins médicaux généraux et spécialisés. Les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sont des établissements de services d'assistance, de soutien et de surveillance pour des personnes qui ne peuvent rester vivre chez elles. Les Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) ont pour but d'offrir divers services aux jeunes qui en ont besoin, selon la Loi sur la protection de la jeunesse et la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents. Finalement, les Centres de réadaptation (CR) sont des établissements d'adaptation ou réadaptation, et d'intégration sociale destinées aux personnes ayant des déficiences intellectuelles ou physiques (Gouvernement du Québec 2015).

Les groupes de médecins de famille (GMF) ne sont pas à proprement parler des institutions faisant partie du réseau de la santé, mais constituent plutôt des partenaires du système. Il s'agit d'organisations de médecins de famille qui travaillent avec d'autres professionnels de la santé, notamment les infirmières qui relèvent du système de santé public. Ces organisations dispensent des services de première ligne. Il y a finalement les réseaux de cliniques qui dispensent également des services de première ligne et les pharmaciens dont environ 70 % travaillent en pharmacie communautaire (Gouvernement du Québec 2015).

### **2.2.3 La stérilisation irréversible au Québec**

Au début des années 1960, bien qu'illégale comme toute autre forme de contraception, la pilule anovulante est le moyen de contraception le plus utilisé. La pilule ainsi que les autres méthodes de contraception comme la stérilisation sont légalisées au Canada et au Québec en 1969 (Charton 2014). Avec leur légalisation, les méthodes contraceptives non naturelles deviennent de plus en plus utilisées. En 1984, près de 68 % des femmes entre 18 et 49 ans utilisent un moyen de contraception (De Wit et Rajulton 1991). Durant ces années, la pratique de la stérilisation prend rapidement de l'ampleur au Québec et 21 % des femmes âgées de 30 à 34 ans et 46 % des femmes âgées de 35 à 39 ans ont recours à une ligature au début des années 1980 (Rochon 1991). Cependant, dans les deux dernières décennies du XX<sup>e</sup> siècle, une baisse de la pratique de la ligature des trompes de Fallope et une augmentation de la vasectomie ont été observées (Rochon 1991). Ce phénomène se perpétue et s'accroît selon l'ESG de 2011 (Finnsdottir and Wu 2019). Les dynamiques particulières au sein des couples ainsi que les caractéristiques socioculturelles comme le niveau d'éducation des conjoints et la différence d'âge sont des facteurs qui influencent le choix au sein d'un couple d'avoir recours à la stérilisation pour l'homme ou la femme (Kaufman 1998).

Des conditions médicales particulières et la peur des effets secondaires de l'un ou l'autre moyen de contraception sont d'autres facteurs qui influencent le recours à la stérilisation chez l'un ou l'autre des conjoints au sein d'un couple (Thompson, MacGillivray et Fraser 1991). D'après les données de 2011, la vasectomie est davantage pratiquée que la ligature des trompes de Fallope au Québec (Charton 2014, Institut de la Statistique du Québec 2019). Il est important de noter qu'aujourd'hui les coûts associés à la ligature des trompes de Fallope et à la vasectomie sont couverts par le régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) (Fédération du Québec pour le planning des naissances 2016). Finalement, la loi autorise la stérilisation irréversible volontaire pour toute femme majeure, c'est-à-dire âgée de 18 ans et plus (Marret 2013).

Maintenant que la méthodologie utilisée pour la recherche ainsi que les caractéristiques spécifiques du contexte québécois ont été présentées, il est possible d'aborder les résultats de la présente recherche qui seront développés dans les deux prochains chapitres de ce mémoire.

## **Chapitre 3. Une démarche difficile d'accès**

C'est un peu là que je suis rendue dans mes démarches, d'essayer de trouver quelqu'un qui va le faire. C'est con là, techniquement c'est mon droit, c'est mon corps et techniquement personne a le droit de me l'interdire... techniquement [rire] » (Marianne, 25 ans).

Marianne insiste lors de notre entrevue sur le fait qu'en principe, elle ne peut pas se faire refuser la stérilisation. Mais comme cela transparaît à travers son scepticisme, est-ce vraiment le cas dans la pratique ? Cette jeune femme n'a pas encore réalisé la stérilisation, mais déjà elle a le sentiment que les démarches pour l'obtenir ne vont pas nécessairement être faciles, même pour une opération très simple et avec peu de conséquences envisageables, comme l'est la ligature des trompes de Fallope. Il est donc possible de se demander quelles sont ces difficultés et d'où provient le sentiment que l'opération est effectivement difficile d'accès.

À travers l'analyse des entrevues, j'ai constaté que l'opération elle-même était unanimement bien vécue et qu'une fois que les femmes avaient rencontré le gynécologue responsable de l'opération et que celui-ci avait accepté de réaliser la stérilisation, le reste des démarches se déroulait très bien et était même très rapide. Seules deux participantes (Fannie et Aurélie) ont mentionné avoir des effets secondaires de l'intervention chirurgicale, ce qui a légèrement terni leur expérience. Les principales difficultés rencontrées pendant le processus se situent donc en amont de l'acceptation du médecin.

Dans ce chapitre, j'aborderai les divers obstacles auxquelles les participantes font face pendant le processus menant à la stérilisation. Il sera d'abord question des contraintes administratives et des conditions liées au fonctionnement institutionnel du système de santé qui entraînent des difficultés dans le parcours de ces femmes. La dernière section de ce chapitre traitera de l'aspect émotionnel et personnel de l'expérience des femmes.

Mais auparavant, j'aimerais présenter brièvement ces femmes qui ont rendu cette recherche possible.

### **3.1 Présentation des participantes**

Roxy a 29 ans. C'est une jeune femme très volubile et volontaire. Elle travaille dans le domaine de la sexologie depuis près de 10 ans et s'oriente actuellement vers un changement

de vie pour réaliser son rêve de s'établir au Panama. Elle a effectué l'opération au début de l'année dernière dans la foulée de ce projet.

Aurélié est une femme de 32 ans réfléchie et discrète. Après neuf ans de réflexion, elle a finalement entamé le processus jusqu'à la ligature des trompes de Fallope, opération qu'elle a réalisée en 2018. Elle a effectué des études en musicologie pour finalement se tourner vers le dessin industriel.

Béatrice a enfin obtenu l'opération l'année dernière à 29 ans, après un parcours ponctué de nombreux refus, de la part de professionnels de la santé, d'accéder à sa requête pour la stérilisation. C'est seulement après un avortement que ses démarches ont enfin débouché. Elle se considère comme marginale dans ces choix de vie dont le non-désir d'enfant fait partie.

Fannie est la plus jeune des participantes à avoir eu l'opération, qu'elle a réalisée à l'âge de 25 ans seulement. Cette jeune femme combattante a vécu plusieurs drames familiaux et est très lucide sur ce passé difficile. Elle souhaite aujourd'hui donner son temps aux autres par l'entremise du domaine du travail social dans lequel elle étudie.

Lili aurait peut-être souhaité avoir des enfants, mais les circonstances de la vie l'ont entraîné sur un autre chemin. Son opération réalisée à 40 ans est pour elle l'aboutissement de l'acceptation de ce chemin de vie différent qu'elle assume aujourd'hui pleinement. Elle est responsable du commerce de ses parents dont elle a hérité.

Eva qui a aujourd'hui 30 ans s'est rendu compte en arrivant sur le marché du travail qu'elle ne souhaitait pas se conformer au modèle de vie familiale hétéronormatif prôné dans la société. C'est à ce moment qu'elle s'est engagée dans une réflexion sur la stérilisation. Elle est actuellement encore dans ses démarches en vue de l'opération.

Diane a eu une superbe expérience du système de santé en ce qui concerne la ligature des trompes de Fallope qu'elle a réalisée l'an dernier alors âgée de 30 ans. Elle a longtemps pensé vouloir des enfants avant de se rendre compte que ce mode de vie ne lui correspondait pas. Elle est aujourd'hui fiancée et très heureuse d'avoir réalisé cette opération.

Coralie est une jeune femme de 27 ans qui étudie en marketing tout en travaillant comme gérante dans une boutique de vêtement. Elle n'a malheureusement pas encore réalisé l'opération malgré les nombreuses démarches qu'elle a entreprises depuis qu'elle a 22 ans.

Sarah a 31 ans, mais elle sait depuis ses 18 ans qu'elle ne souhaite pas avoir d'enfant. Après de nombreuses années de démarches infructueuses et un avortement, elle est aujourd'hui sur une liste d'attente pour avoir l'opération de stérilisation irréversible. Elle a une nièce de deux ans et demi. Elle se sent comblée et très fière d'être tante.

Pauline fait beaucoup d'anxiété, ce qui l'a freinée dans ses démarches pour la ligature suite à des refus de la part de médecins. Elle a 28 ans et est en couple depuis neuf ans avec son

copain. Elle détient un diplôme en maroquinerie et souhaite travailler dans le domaine de la couture. Elle pense attendre d'atteindre 30 ans avant de reprendre ses démarches.

Marianne, âgée de 25 ans, est enfant unique. Elle est en arrêt de travail pour dépression depuis le début de l'année et est inquiète que cela influence la perception de son médecin de famille par rapport à son choix de se faire stériliser. Marianne a une phobie de tomber enceinte et son support à la cause environnementale a influencé son choix de ne pas avoir d'enfant.

Vanille a réalisé l'opération en 2019 à 41 ans. Elle est divorcée et n'a jamais mentionné à sa belle-famille qu'elle ne souhaitait pas avoir d'enfant. Très jeune, elle a été traumatisée par les accouchements présentés à la télévision. Elle est très reconnaissante envers la gynécologue qu'il l'a opérée et qu'elle considère comme une grande féministe.

Juliette est une femme de 28 ans pour qui l'environnement est très important. Engagée dans une démarche zéro déchet et se déplaçant à vélo six mois par année, le souhait de ne pas avoir d'enfant fait partie pour elle d'un mode de vie écologique. Cette travailleuse dans le domaine de la santé est au début de ses démarches pour l'opération de stérilisation.

### **3.2 Contraintes institutionnelles**

Cette section du chapitre concerne les difficultés rencontrées au sein du système de santé, tout au long du parcours, depuis la prise de décision jusqu'à l'opération elle-même. Tout d'abord, il importe de revenir brièvement sur le contexte du système de santé québécois. Le système public actuel a été mis en place en 1971 par l'Assemblée nationale du Québec à travers la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux est responsable de sa gestion. Plusieurs établissements se partagent les types de soins et de services offerts à la population. Parmi ceux-ci il y a les centres hospitaliers, les CLSC et les GMF. Les CLSC et les GMF offrent des soins médicaux de première ligne. Pour avoir accès à ce service gratuit, il est nécessaire de s'inscrire sur une liste d'attente pour ensuite se faire désigner un médecin de famille lorsqu'une place se libère (Gouvernement du Québec 2015). Ce système est énorme et difficile à gérer. De nombreux ratés, malgré la gratuité du système, le rendent imparfait. Les plus grandes lacunes du système de santé sont les délais pour les chirurgies jugées non prioritaires et pour une rencontre avec un spécialiste, l'accès difficile aux médecins de famille et le manque d'implication des patients dans les décisions et les soins qui les concernent (Gouvernement du Québec 2017). La ligature des trompes de Fallope est considérée, à titre de « chirurgie d'un jour », parmi les chirurgies non prioritaires.

Je m'efforcerais dans les prochains paragraphes d'établir les liens entre les obstacles vécus par les femmes dans leurs démarches jusqu'à la stérilisation, et ces lacunes du système de santé québécois. Je présenterai d'abord le problème des démarches administratives pour ensuite m'attarder à la difficulté d'accès aux rendez-vous médicaux avec les cliniciens et médecins spécialistes. Finalement, il sera question des conditions et fonctionnement même du rendez-vous médical et de la réticence des médecins comme étant un aspect particulièrement difficile de l'expérience des femmes qui ont participé à ma recherche.

### **3.2.1 Démarches administratives et délais**

Le processus administratif était souvent considéré comme étant long et complexe par les femmes que j'ai interviewées. Les délais d'accès aux opérations et les nombreuses démarches à réaliser en sont généralement la cause. Contrairement à d'autres méthodes contraceptives comme la pilule ou encore à l'avortement — une intervention chirurgicale pour interrompre une grossesse — la ligature des trompes de Fallope nécessite normalement de consulter d'abord un médecin généraliste pour ensuite avoir un rendez-vous avec un gynécologue qui fera l'intervention chirurgicale. Plusieurs femmes ont effectivement soulevé l'importance d'avoir cette référence pour consulter un spécialiste. C'est le cas de Béatrice qui insiste sur ce point dans l'explication des démarches qu'elle a entreprises pour accéder à l'opération :

En fait, j'ai demandé d'abord à mon médecin de famille si je pouvais avoir une référence pour aller voir un gynécologue parce que généralement il faut toujours une référence pour aller voir un spécialiste. (Béatrice, 31 ans)

Cela soulève l'enjeu de la nécessité d'obtenir une prescription d'un médecin omnipraticien afin de consulter par la suite un médecin spécialiste. Au Québec, il est effectivement très rarement possible de consulter un médecin spécialiste en prenant simplement rendez-vous sans avoir préalablement de prescription pour cette consultation. C'est également le cas pour d'autres opérations similaires comme la vasectomie (Fédération du Québec pour le planning des naissances 2020) ou des chirurgies esthétiques. De ce fait, les femmes qui passent par le processus de stérilisation doivent minimalement avoir deux rendez-vous médicaux avec deux cliniciens différents, ce qui peut rendre les démarches assez complexes dans le cas où les participantes ne sont pas nécessairement familières avec les exigences administratives. Dans certains cas, les participantes ont pris conscience durant leurs démarches qu'elles devaient rencontrer plusieurs cliniciens, comme me l'a mentionné Sarah :

Il [le premier gynécologue] m'a dit : « Parfait je t'envoie la référence pour le médecin qui va faire la chirurgie. » C'est là que tu réalises que faut passer à travers trois personnes pour pouvoir faire cette opération-là. (Sarah, 31 ans)

Cette nécessité de consulter plusieurs professionnels de la santé et ainsi d'avoir plusieurs rendez-vous médicaux allonge la durée du processus en plus de compliquer les démarches à effectuer. Lili a elle aussi rencontré trois médecins, et les consultations espacées pour chaque médecin ont allongé son parcours jusqu'à l'opération :

Après ça j'en ai parlé à mon médecin de famille euh qui m'a pas opposé, mais il a dit moi je peux pas te référer personne faut que tu prennes un rendez-vous avec le gynéco. Euh donc j'ai pris rendez-vous avec le gynéco [...] il m'a dit : « Je vais te référer un autre gynécologue qui fait la procédure. » Donc j'ai pris rendez-vous et ça a pris plusieurs mois-là. On parle de peut-être de... 4-5 mois plus tard pour avoir un rendez-vous avec la gynécologue qui m'a opérée. (Lili, 41 ans)

Les délais d'attente dans le système de santé pour obtenir un rendez-vous avec un médecin spécialiste sont considérés comme un des problèmes majeurs du fonctionnement du système de santé québécois (Gouvernement du Québec 2017). Comme le montre l'analyse des entrevues, ce problème se répercute dans l'expérience des femmes. C'est un aspect du processus que les femmes ont trouvé particulièrement difficile. La complexité des démarches administratives à accomplir constitue même dans certains cas un obstacle dans l'accès à la stérilisation puisque cette complexité décourage certaines d'entamer sérieusement le processus, comme c'est le cas de Juliette qui travaille en milieu hospitalier :

Mais dans mes démarches, je veux dire j'ai commencé à regarder justement à qui faudrait que je commence à en parler en premier pour avoir une référence pour après consulter vraiment la personne qui ferait la chirurgie. [...] En fait, je suis comme un peu tiraillée entre j'aimerais vraiment ça le faire, mais je trouve que c'est vraiment administrativement un peu éprouvant [...] Je suis comme bloquée parce que je sais pas vers quoi me diriger. [...] C'est tellement, tellement compliqué tout ce qui a rapport à la santé sexuelle euh tout ça. En fait ça te décourage d'avancer dans tes procédures parce que comme je te disais, juste avoir un renouvellement de pilule contraceptive que tu prends depuis 15 ans tsé. Même ça c'est hyper compliqué. [...] Est-ce qu'il faut aller dans le privé? Il faut payer. Dépendant quand t'es plus jeune, t'as accès un peu plus facilement dans les CLSC tout ça là, à des professionnels de la santé. Mais une fois que tu passes le cap des 25 ans en fait, il y a des groupes de planification familiale<sup>2</sup>, mais même là quand j'essayais d'appeler, j'arrivais pas à avoir un rendez-vous. (Juliette, 28 ans)

---

<sup>2</sup> Ces groupes de planification familiale sont des services de gestions de la contraception procurés par des cliniques de planification familiale comme la clinique de planification familiale affiliée au CLSC Sainte-Catherine et Groupe de médecine familiale universitaire (GMFU) des Faubourgs (Gouvernement du Québec 2021)

Le simple fait d'envisager d'entamer les démarches est décourageant et épuisant. Les femmes ont aussi beaucoup de questionnements et elles sont parfois confuses par rapport à la façon dont elles devraient entreprendre les démarches administratives. Eva se questionne beaucoup par rapport aux démarches qu'elle a entamées auprès de sa médecin de famille, mais qui n'avancent pas depuis quelques mois :

Finalemment elle [sa médecin de famille] m'a enregistré une consultation gynécologique informatique dans la région de Montréal. [...], mais j'en ai pas eu de nouvelles pendant plusieurs semaines pi là la pandémie est arrivée faque je sais pas si elle l'a vraiment fait ou ben elle m'a dit qu'ils étaient supposés m'appeler quand ben ils seraient rendus à mon dossier pour faire un rendez-vous, une consultation. Mais en même temps, je sais pas si elle l'a tu vraiment fait. C'est tu vraiment de même comment ça marche ou vu que ça fait tellement longtemps je devrais tu la relancer? En même temps c'est un peu compliqué. J'habite à Montréal, puis mon médecin de famille est à Sherbrooke donc l'appeler, la rencontrer pour lui dire : « heille qu'est-ce qui se passe avec ça ? Est-ce qu'il y a un moyen de pousser un peu plus là ? » C'est compliqué un peu. (Eva, 30 ans)

Eva n'a pas encore eu l'opération et cinq autres des participantes que j'ai interviewées sont dans ce même cas. Elles sont prises dans des dédales administratifs et vivent beaucoup d'incertitude en ce qui concerne l'avancement de ces démarches, incertitude qui est renforcée par l'attente qu'elles vivent. Ces femmes se questionnent aussi beaucoup par rapport aux démarches qu'elles doivent par la suite entreprendre pour avancer dans le processus. Ces étapes du processus sont parfois considérées comme étant tellement complexes qu'elles entraînent de l'anxiété pour certaines participantes. Après quelques tentatives, Pauline n'ose plus faire de démarches à cause de l'anxiété que cela génère chez elle :

[...] Je fais trop d'anxiété faque là je suis comme *fuck it* je m'embarque pas là-dedans [les démarches] tout de suite parce que sinon je vais juste *freak out* à chaque 15 secondes et quart. (Pauline, 28 ans)

Il est ressorti majoritairement des entrevues que le processus menant à la stérilisation est complexe et lourd, en ce qui concerne les démarches administratives, et donc parfois difficiles d'accès. Cet enjeu relève directement du fonctionnement du système de santé dans lequel les délais pour l'accès aux chirurgies et aux médecins spécialistes sont très longs. Cependant, plusieurs participantes ont insisté sur l'aspect positif du processus dans les cas où les démarches réalisées se faisaient en peu de temps. Ces participantes ont effectivement mis l'accent sur la rapidité du processus comme étant un aspect positif de leur expérience. Diane, qui s'est fait opérer à 30 ans, a eu une expérience positive du processus notamment en ce qui concerne sa rapidité :



Je pense que je suis un cas très rare. Faque vraiment c'est juste une histoire positive du début à la fin. Faque j'avais un rendez-vous avec mon médecin de famille le 18 janvier de l'année passée en 2019. [...] Donc là il me donne mon papier pour aller voir la gynécologue. Je vais déposer ça au comptoir. Là, ils m'ont donné le rendez-vous en mars. [...] je te dis l'histoire a passe vraiment vite. Je l'ai vu le 5 mars. Ça faisait à peu près un mois et demi que j'ai vu mon médecin de famille. Pi après j'ai eu le rendez-vous le 4 avril j'étais opérée. Faque en 3 mois et demi c'était fait. (Diane, 31 ans)

C'est le cas également de Roxy qui avait prévu partir du pays avant la pandémie et qui souhaitait avoir le temps de réaliser l'opération avant son départ, ce qui a été possible grâce à la rapidité du processus :

Donc ça a été vite. J'ai appelé. J'ai eu mon rendez-vous avec ma médecin de famille. Pi là le processus a commencé pi je l'ai eu en février. Ça a été vraiment vite là. J'ai comme eu de la chance là-dedans. (Roxy, 29 ans)

Ainsi, pour toutes les femmes qui ont réalisé l'opération, un des aspects positifs du processus était sa rapidité, du moment où elles ont eu accès à un rendez-vous médical et que les cliniciens rencontrés ont accepté de faire une prescription pour un gynécologue ou accepté de réaliser l'opération. Seule Sarah est actuellement sur une liste d'attente, ce qui allonge quelque peu le déroulement.

En somme, la complexité des démarches est liée directement au fonctionnement du système de santé qui nécessite de passer d'abord par le médecin de famille, puis par un spécialiste — parfois plusieurs — pour avoir accès à l'opération elle-même. Cependant, bien que complexe, le parcours est généralement très rapide une fois que les femmes ont l'accord des deux ou trois médecins par les bureaux desquels elles doivent passer pour demander la ligature des trompes de Fallope. Ce constat diffère des rapports sur l'accès aux chirurgies dans le système de santé québécois, ce qui montre que le délai pour la chirurgie elle-même n'est pas le principal enjeu de l'accès à la ligature pour ces femmes.

### **3.2.2 Accès aux rendez-vous médicaux**

Un rapport sur la performance du système de santé québécois paru en 2017 a permis de mettre en lumière la question de l'accès aux médecins dans le système de santé québécois. Bien qu'une majorité de la population ait un médecin de famille attribué, 88 % des médecins ne réussissent pas à donner un rendez-vous dans un bref délai (24 à 48 h) (Gouvernement du Québec 2017). Pourtant, le nombre de médecins par habitant pour la province est le plus élevé au Canada (Institut canadien

d'information sur la santé 2020). La difficulté d'accès ne réside donc pas dans le nombre de médecins, mais plutôt dans le nombre de consultations par médecin qui est le plus faible au Canada. En ce qui concerne les médecins spécialistes, le temps d'attente de plus de quatre semaines pour un rendez-vous a été attesté par 59 % des Québécois (Gouvernement du Québec 2017). Finalement, une étude réalisée dans le cadre de la réforme de 2003 et de l'instauration des GMF démontre que des iniquités d'accès aux soins de première ligne demeurent dans le système de santé québécois et ont même augmenté à la suite de la mise en place de cette réforme (Ouimet et al. 2015).

Un des premiers constats qui s'est dégagé de l'analyse des verbatim est le fait que, pour plusieurs participantes, il était ardu d'entrer en contact avec leur médecin de famille notamment parce qu'elles n'habitaient pas dans la même ville que leur clinicien. Juliette essaie présentement d'entamer des démarches, mais est bloquée parce qu'elle n'arrive pas à avoir de rendez-vous avec sa médecin de famille :

En fait, la dernière fois que j'ai vu mon médecin de famille, je me rappelle plus c'est quand. Ça fait 6 ans que je suis à Montréal. Ça doit faire 8 ans que j'ai pas vu mon médecin de famille parce qu'on habite pas dans la même ville. (Juliette, 28 ans)

Dans l'entrevue, Juliette fait référence au fait qu'elle n'habite pas dans la même ville que sa médecin généraliste. Les médecins de famille de plusieurs participantes exercent leur profession dans la ville où elles ont grandi. Or, plusieurs des participantes ne vivent plus actuellement dans cette ville, comme l'explique Juliette qui est établie depuis six ans à Montréal, mais qui a grandi à Gatineau. Il arrive que l'accès au clinicien soit géographiquement difficile, que ce soit par manque de transport adéquat pour se rendre au lieu de la consultation — plusieurs des participantes n'ont pas de voiture et ont difficilement accès à ce moyen de transport — ou par manque de temps — il peut être difficile de planifier un rendez-vous pour lequel il faut compter jusqu'à plusieurs heures de déplacement dans un horaire déjà chargé. Comme Juliette l'explique, vouloir changer de médecin de famille peut être compliqué et c'est un long processus qui peut aboutir après plusieurs années. Cela rend cette option peu envisageable pour ces femmes qui prennent actuellement des moyens de contraception qu'elles se font renouveler à distance par un clinicien :

Puis je me disais si je la [sa médecin de famille] lâche euh bah il va falloir que je me mette sur la liste d'attente, mais si ça se trouve je vais juste avoir un médecin dans 5 ans. Donc comment je fais pour renouveler ma pilule contraceptive ? (Juliette, 28 ans)

En effet, les femmes que j'ai interviewées utilisaient pour la grande majorité un moyen de contraception lorsqu'elles effectuaient les démarches jusqu'à la ligature. Il est primordial d'avoir accès à un clinicien qui peut renouveler leur moyen de contraception puisqu'elles souhaitent éviter à tout prix les possibilités de tomber enceinte. Dans le cas de Juliette, ce renouvellement se fait pour l'instant à distance :

Parce que pour l'instant elle [sa médecin de famille] me le [le renouvellement de sa pilule contraceptive] fait par fax, mais non c'est ça elle est même pas au courant [de son désir de se faire stériliser] parce que en fait j'arrive pas à la voir elle-même. (Juliette, 28 ans)

Comme le mentionne Juliette, même si leur médecin de famille est dans une autre ville, ces femmes n'ont souvent pas le choix de demeurer leur patiente, puisqu'en s'inscrivant sur la liste d'attente pour changer de médecin de famille, cela peut prendre plusieurs années et elles se retrouvent alors sans médecin qui peut renouveler leur prescription de contraception.

De plus, Juliette ainsi que d'autres participantes ne peuvent pas entamer sérieusement leurs démarches parce qu'elles n'arrivent tout simplement pas à prendre rendez-vous avec leur médecin. En effet, l'accès même au médecin de famille peut être difficile en raison du nombre de patients et de la priorité de la demande. Juliette, en plus d'avoir de la difficulté à prendre rendez-vous en raison de l'éloignement géographique de son médecin, pense que sa demande de stérilisation n'est pas assez prioritaire pour justifier un rendez-vous avec sa médecin dans un bref délai :

Surtout juste voir mon médecin de famille, c'est impossible donc si en plus c'est pour une raison qui est pas urgente à ses yeux euh, je vois pas trop comment, comment réussir en fait. (Juliette, 28 ans)

La consultation avec le médecin de famille est la première étape du processus pour la stérilisation. Le fait d'avoir accès à un rendez-vous médical avec un médecin généraliste est très important puisque sans une prescription de celui-ci, un gynécologue n'accepte généralement pas d'effectuer l'opération. Notamment à cause de cette exigence administrative, les participantes considèrent que l'accès aux gynécologues est très difficile. Dans certains cas, l'accès à une consultation médicale avec le médecin de famille n'a pas été une difficulté en soi. Or, plusieurs femmes n'ont pas réussi à obtenir une prescription de la part de leur médecin de famille pour diverses raisons. Sans référence du médecin de famille, plusieurs gynécologues n'acceptent pas de réaliser l'opération. Des participantes ont effectivement appris cela à leurs dépens après plusieurs refus de spécialistes :

Donc elle [sa médecin de famille] euh j'ai jamais eu de référence. Mais j'étais allée voir deux fois des médecins au privé qui ont refusé aussi. Même de me référencer par exemple un médecin au public qui serait ouvert de le faire ou des choses comme ça. Puis donc j'ai vu, je pense, 6 ou 7 médecins en tout. Ouain 6 ou 7 médecins en tout. J'avais aussi des rendez-vous gynécologiques à l'hôpital donc chaque fois que j'allais à l'hôpital d'un gynécologue différent, je lui demandais si jamais lui il était habilité à le faire ou s'il connaissait d'autres gynécologues qui accepteraient. Sauf que la majorité du temps le problème c'était que tant que j'avais pas de référence de mon médecin de famille, ils pouvaient pas m'accepter. (Béatrice, 30 ans)

Les participantes ont donc pleinement conscience que l'accès au rendez-vous avec un médecin spécialiste est très limité :

On peut pas aller voir un gynécologue comme ça, du jour au lendemain donc c'est compliqué. Aussi, pour pouvoir avoir accès à un gynécologue c'est ouais, c'est compliqué. (Béatrice, 30 ans)

L'accès aux consultations médicales de son médecin de famille, puis d'un médecin spécialiste est primordial dans l'accès à la stérilisation puisque cela fait partie des démarches administratives à réaliser afin d'obtenir l'opération. Cela contribue à rendre le processus encore plus lourd aux plans administratifs et émotionnels puisque les femmes s'exposent parfois à des refus de la part de médecins qui sont justifiés simplement avec le fait qu'elles ne répondent pas aux exigences institutionnelles et administratives nécessaires au bon déroulement du processus menant à la stérilisation.

Pour résumer, les démarches administratives à effectuer et les exigences institutionnelles qui découlent du fonctionnement du système de santé rendent le processus lourd, complexe et elles limitent l'accès à l'opération de stérilisation pour ces femmes sans enfant. En plus de cela, il existe également des embûches institutionnelles auxquelles les femmes doivent faire face lors du rendez-vous-même avec le médecin dans la façon dont il se déroule et dans la relation entre le médecin et les patientes.

### **3.2.3 Conditions des rendez-vous et réticence des médecins**

Un autre aspect que j'aimerais soulever est le déroulement du rendez-vous avec le médecin de famille puis de la consultation gynécologique dans l'accès à l'opération de ligature des trompes de Fallope. À ce propos, les femmes ont souvent l'impression que leur relation avec le médecin est inégale puisque ces professionnels de la santé ont le dernier mot sur la décision de réaliser ou non l'opération, ou d'émettre une prescription pour un autre clinicien à la fin du rendez-vous. Cela

concorde notamment avec un rapport sur la performance du système de santé québécois qui stipule que « les patients québécois sont peu impliqués dans les décisions les concernant et le choix de leur traitement » (Gouvernement du Québec 2017, 25). Dans les prochains paragraphes, j'explorerai la façon dont les femmes ont vécu la rencontre avec les médecins généraliste et spécialiste dans le but d'obtenir l'accès à l'opération de stérilisation. Je mettrai l'accent sur les conditions du rendez-vous qui rendent plus difficile l'acceptation des médecins de procéder à la ligature des trompes de Fallope.

Premièrement, il a été constaté dans les entrevues que les femmes ont souvent l'impression que les médecins rencontrés ont une certaine réticence voire un malaise à l'idée de permettre l'opération de stérilisation. Voici les propos d'Eva en ce qui concerne cette rencontre :

En fait, je pense que la dernière fois que j'ai rencontré mon médecin de famille il y avait la révision de ma contraception que je voulais faire aussi. Euh pi j'avais une méthode hormonale encore [...] faque c'est là que j'ai essayé de commencer à glisser de ben pour moi j'irais vers quelque chose qui serait plus permanent. Faque c'est là que j'ai mentionné... Euh ma médecin est quand même assez... fine. Mais j'ai quand même tout de suite vu qu'elle avait un malaise. Dans le sens, pi j'ai l'impression que ce qu'elle me disait c'était un peu contradictoire dans le sens qu'elle me disait : « Je comprends, c'est ton choix, mais moi, trente ans je trouve que c'est trop jeune. » (Eva, 30 ans)

Les femmes sentent donc d'emblée qu'il y a une forme de résistance de la part des professionnels de la santé par rapport à leur désir de se faire stériliser parce qu'elles n'ont pas d'enfant et qu'elles cherchent un moyen de contraception définitif. Cette réticence à réaliser l'opération se traduit parfois par une forte recommandation de la part du médecin pour une autre méthode de contraception. Plusieurs participantes ont effectivement mentionné l'insistance de leur médecin de famille à les faire changer d'idée non pas à propos du fait de ne pas vouloir d'enfant, mais plutôt en ce qui concerne la réalisation de l'opération elle-même. Certains médecins vont ainsi insister pour que leur patiente utilise un autre moyen de contraception à long terme comme le stérilet plutôt que d'envisager la stérilisation. Lili s'est fait stériliser à 40 ans, mais elle m'a raconté sa rencontre avec un gynécologue avant de se faire accepter pour l'opération :

Le deuxième gynécologue, c'est là que ça m'a dérangé un peu plus dans le sens que j'ai senti une résistance pas par rapport à t'es-tu sûre, t'auras pas d'enfant tout ça, pas par rapport à ça. Par rapport à qu'il voulait tellement me pousser un autre moyen de contraception euh chimique dans le fond que je sais... en tout cas. Il est un peu réputé aussi pour pousser le stérilet Mirena parce que j'ai aussi fait mes recherches par la suite, mais mon idée était déjà faite. Donc ça, c'est le côté que j'ai moins aimé. Une espèce

d'opposition où est-ce qu'il avait pas vraiment d'arguments valables dans le fond. (Lili, 41 ans)

Cela crée une forme de frustration chez ces femmes puisqu'elles sont en désaccord avec les raisons mises de l'avant par les médecins pour justifier leur opposition à réaliser l'opération. De plus, les participantes ont toutes essayé plusieurs moyens de contraception avant d'en venir à la solution de l'opération de stérilisation. Dans plusieurs cas, ces moyens de contraception, notamment hormonaux, entraînaient de nombreux effets secondaires — parfois grave — chez ces femmes, ce qui les a incitées à entreprendre des démarches pour un moyen de contraception définitif et non hormonal, comme l'explique Coralie :

La contraception chimique, j'ai beaucoup d'effets secondaires. La pilule c'est ça j'ai des effets secondaires qui sont assez graves. Dans le fond je tombe en dépression. Pi je vis avec des pensées suicidaires faque ben ma santé mentale a quand même beaucoup d'importance pour moi donc j'ai décidé d'arrêter vraiment les méthodes contraceptives chimiques. (Coralie, 27 ans)

Dans d'autres cas, le clinicien insiste sur les risques de regret liés à l'opération afin de dissuader la patiente d'y avoir recours. Roxy a pour sa part dû argumenter pendant une trentaine de minutes avec le médecin avant que ce dernier accepte de faire l'opération :

Pi là il arrêtrait pas de me parler du risque de regret. Il arrêtrait pas de dire « En bas de trente ans, il y a un risque de regret plus élevé » [...] là il a fini par faire genre ok on va te le signer ton papier, mais tu vas nous signer une décharge comme quoi tu acceptes les risques de regretter. Là j'étais comme je vais te le signer ton maudit papier, fait moi en signer dix décharges voyons dont. Faque là dans son dossier, tsé c'est même pas un papier officiel, c'est dans son dossier dans le fond [...] pi là moi j'ai juste signé en bas pi j'étais comme sérieux là ? (Roxy, 29 ans)

Cette insistance des médecins est considérée comme normale et faisant partie du rôle professionnel du médecin, jusqu'à un certain point, selon les participantes :

[...] je comprends qu'il doive faire son travail, il a comme pas le choix d'essayer de te dire t'es sûre, parce que ça peut arriver qu'il y ait des regrets. Tsé je comprends, c'est correct qu'il en parle, mais pas qu'il mise là-dessus comme pour essayer de t'empêcher de l'avoir. Parce que dans le fond c'est lui qui a le pouvoir. C'est ça qui me gosse un peu aussi. Je comprends là, c'est lui qui a les compétences pour t'opérer là. Je peux pas m'opérer moi-même. Mais donc c'est ça qui me tannait. C'est comme le côté bon faut que j'essaie de convaincre la personne de pouvoir me faire ok je te le donne pi tout pi je me disais ayoye. (Roxy, 29 ans)

Roxy évoque le fait qu'elle ressent une sorte de déséquilibre dans la discussion avec le médecin à propos de la possibilité de faire l'opération puisque, dans tous les cas, c'est le professionnel de la

santé qui a le dernier mot sur la possibilité de réaliser ou non l'intervention chirurgicale. Elle est également consciente que c'est lui qui a les connaissances et le savoir-faire pour réaliser l'opération, ce qui la rend dépendante de sa décision finale lors du rendez-vous médical. Cela fait d'ailleurs réfléchir à l'hyperspécialisation de la médecine. Dans leur requête, ces femmes se retrouvent effectivement dépendantes d'un système médical spécialisé.

Les participantes, malgré les explications et la discussion qu'elles ont avec le médecin, ne contrôlent pas l'issue du rendez-vous et doivent s'en remettre au jugement clinique du médecin pour se voir accorder ou non l'accès à la ligature. La rencontre entraîne donc un stress chez ces femmes puisque les patientes connaissent la difficulté d'accès au rendez-vous médical et veulent donc que leur cause soit entendue lors de la consultation médicale :

Au début à un moment donné, je commençais à me sentir vraiment stressée pi je checkais l'heure pi j'étais comme heille il va tu finir par dire oui. (Roxy, 29 ans)

Ce stress démontre également le manque de contrôle sur la discussion lors de la rencontre et sur la décision finale du médecin. Le déséquilibre dans la prise de décision est donc un facteur de stress et entraîne parfois un manque de confiance envers les professionnels de la santé. Les femmes sont généralement méfiantes et n'ont pas le plein contrôle dans les démarches et dans la prise de décision lors de la rencontre avec le médecin. La dynamique entre les professionnels de la santé et les patientes s'installe dans une sorte de déséquilibre du pouvoir de décision pour l'accès à la ligature.

Ensuite, la durée des rendez-vous médicaux ne favorise parfois pas la prise de décision de la tenue d'une opération qui aura un impact non négligeable dans la vie de ces femmes. Coralie n'arrive pas souvent à parler de la possibilité de l'opération avec sa médecin, et lorsqu'elle y arrive, n'a pas le temps d'en discuter sérieusement lors du rendez-vous médical :

Quand je suis allée voir mon médecin de famille, euh ben c'est une médecin qui est un peu vieille. Aujourd'hui elle est à la retraite. C'était tout le temps en rush avec elle un petit peu. Faque j'avais pas le temps de nécessairement lui en parler beaucoup. [...] avec elle les rencontres étaient tout le temps pressées quand même. Hum la seule chose qu'elle m'a dit c'est : « non on fait pas ça chez une femme aussi jeune. C'est impossible. Il y a personne qui va te dire oui. » Pi la discussion a terminé là. (Coralie, 27 ans)

Au-delà de la réticence initiale des médecins et du déséquilibre dans la prise de décision, les rencontres courtes ne favorisent pas la discussion. Les femmes ont souvent très peu de temps pour parler de leur désir de réaliser l'opération et de discuter avec le médecin pour lui démontrer qu'elles

sont sérieuses dans leur démarche. Dans plusieurs cas également, les femmes rencontrent les médecins pour la première fois, lorsqu'il ne s'agit pas de leur médecin de famille. Elles doivent donc expliquer à une personne qu'elles ne connaissent pas leur démarche et leurs motivations, et le médecin doit prendre assez rapidement une décision sans connaître la patiente, comme Pauline en témoigne :

Mais c'est ça pi c'est comme pas le même médecin que tu vois à chaque fois. C'est juste comme le médecin qui est là qui lit ton dossier pi là qui embarque là-dedans là. (Pauline, 28 ans)

Il en va de même pour Coralie qui a le sentiment que chaque fois qu'elle rencontre un médecin, tout est à refaire :

J'ai consulté trois professionnels en fait. C'est de tout le temps répéter mon histoire à chaque fois. Pi de tout le temps développer mon argumentaire aussi euh d'essayer de convaincre. Ça, c'est quelque chose que je trouve assez lourd. (Coralie, 27 ans)

Cet aspect des rencontres avec les médecins est difficile et rend le processus plus lourd et complexe. Il est effectivement décourageant et frustrant pour ces femmes d'avoir le sentiment de toujours devoir recommencer les démarches et les explications aux médecins. De plus, l'expérience de Pauline fait écho aux réflexions de Roxy qui trouve que les médecins devraient prendre davantage en considération le parcours unique de la patiente qui est en face de lui : « Tsé je peux tellement comprendre le concept derrière les études, mais je suis comme, il y a aussi la personne en avant de toi me semble. » (Roxy, 29 ans)

Les médecins se basent effectivement sur le concept de *Evidence Based Medicine* c'est-à-dire qu'un diagnostic ou un jugement clinique doit être rendu en tenant compte de données probantes qui viennent appuyer une décision du médecin (Sackett 1997). Or, cette décision d'accorder une opération irréversible peut être très difficile à prendre lorsque les médecins disposent de peu de temps pour le rendez-vous et qu'ils connaissent très peu la patiente en face d'eux. Cette décision comme l'explique Roxy, ne dépend pas seulement des données probantes, mais également de la personne qui souhaite réaliser l'opération puisqu'il ne s'agit pas d'un traitement mais d'une opération qui va changer la vie de ces femmes en leur permettant d'avoir une vie sexuelle épanouie sans avoir constamment la peur de tomber enceinte et le stress qui y est lié. Cela contribue à créer une tension entre le savoir expert basé sur les données probantes et le jugement du médecin, et le



savoir subjectif détenu par les patients qui concerne leur propre perception de leur corps et de leurs besoins en ce qui a trait aux traitements et soins adéquats (Blais 2006).

En somme, la rencontre avec les médecins, d'abord généraliste puis spécialiste, est au cœur des démarches pour avoir accès à la stérilisation et constitue des moments très importants pour ces femmes dans leur parcours. Cependant, les conditions mêmes de la rencontre avec le médecin ne sont pas nécessairement optimales pour favoriser l'écoute et la compréhension des médecins — ce qui est vécu aussi par d'autres patients québécois. En raison de leur spécialité, les gynécologues ont le dernier mot dans la rencontre et les femmes doivent donc s'en remettre à leur décision finale, ce qui peut entraîner du stress et le sentiment de ne pas être en contrôle pour décider de la tenue d'une opération qu'elles considèrent comme si importante dans leur vie.

Pour conclure cette section, les femmes qui souhaitent réaliser l'opération de stérilisation font face à plusieurs exigences administratives et aspects institutionnels qui entraînent des difficultés dans leur parcours et qui sont directement liés au fonctionnement et aux lacunes du système de santé québécois. Cela fait réfléchir à l'hégémonie et à l'importance accordée à la biomédecine dans la société et au sein du système de santé. Tel qu'exprimé par Roxy, ces femmes n'ont d'autres choix que de passer par le système de santé et de s'en remettre aux codes de la biomédecine pour obtenir cette opération. Cela contribue à un sentiment de perte de contrôle sur leur propre corps dans un système où leur point de vue n'est pas favorisé et s'efface souvent au profit d'une médecine et d'un savoir standardisé basé sur la méthode scientifique.

### **3.3 Un processus difficile au plan émotionnel**

En plus de ces aspects institutionnels et administratifs, le parcours jusqu'à l'opération comporte des difficultés dans la façon dont est vécu le processus par les participantes. Cela entraîne des répercussions au plan émotionnel et affectif et peut contribuer à complexifier le processus ou encore en compliquer l'accès. Je me pencherai dans cette section sur cet aspect personnel et émotionnel de l'expérience du parcours des femmes jusqu'à la stérilisation irréversible. Je présenterai d'abord de quelles façons les appréhensions des femmes par rapport au processus peuvent constituer un frein à leurs démarches. Ensuite, j'expliquerai en quoi les refus de la part des médecins peuvent être difficiles au plan émotionnel et décourager les femmes de poursuivre leurs démarches. Finalement, il sera question de l'entourage et de la manière dont les femmes se sentent supportées (ou non) pendant le processus.

### 3.3.1 Appréhension du processus

L'appréhension que les femmes vivent par rapport au processus peut teinter leur expérience de ce parcours et même constituer une barrière dans l'accès à l'opération. Les appréhensions que les participantes portent, qu'elles se confirment ou non, sont une difficulté supplémentaire qu'elles doivent surmonter afin d'entamer les démarches menant à la stérilisation. Il est ressorti de l'analyse des entrevues que les appréhensions que les femmes ont concernent les formalités administratives qu'elles ont à entreprendre et non l'opération elle-même (mis à part pour Roxy). Lors des entrevues, plusieurs femmes m'ont mentionné qu'elles étaient au courant de la possibilité de faire l'opération depuis de nombreuses années, mais qu'elles n'avaient pas entamé le processus parce qu'elles pensaient que seules les femmes qui avaient déjà eu des enfants pouvaient avoir accès à la ligature des trompes de Fallope. Lili n'entreprenait pas ses démarches parce qu'elle était persuadée qu'elle ne répondait pas aux critères d'admissibilité pour pouvoir réaliser l'opération :

[...] c'est vraiment elle [une collègue] qui m'a donné l'idée en enlevant peut-être le préjugé comme des fois que c'est pour celles qui ont déjà 4-5 enfants. [...] le lendemain de cette discussion-là, j'ai commencé mes démarches par Internet. (Lili, 41 ans)

Lili mentionne dans son entrevue que, bien qu'elle fût au courant depuis plusieurs années de la possibilité de faire l'opération, elle n'osait pas entamer les démarches parce qu'elle ne pensait pas que cela était possible pour une femme sans enfant. Son témoignage exprime l'appréhension qu'elle avait par rapport à cela. En effet, ce n'est que lorsque sa collègue l'a encouragé à commencer les démarches en lui disant que c'était possible pour une femme qui ne souhaite pas avoir d'enfant que Lili les a sérieusement entamées. Ainsi, cette appréhension peut être parfois tellement forte qu'elle dissuade les femmes de songer à entamer le processus.

Plusieurs autres participantes n'osent pas entreprendre de démarches parce qu'elles ont le sentiment qu'elles sont trop jeunes pour se faire accepter par un médecin. Aurélie savait dès ses 21 ans qu'elle souhaitait réaliser l'opération. Elle a tout de même attendu d'avoir 30 ans afin de sérieusement entamer les démarches parce qu'elle était persuadée qu'aucun médecin ne voudrait l'opérer avant cet âge. Elle pensait aussi qu'elle serait davantage prise au sérieux si elle montrait qu'elle avait attendu assez longtemps pour être certaine qu'elle voulait réaliser l'opération. Voici son témoignage :

Mais alors j'ai 21 ans, je savais que si j'approchais un ou une gynécologue avec cette idée-là en tête, j'avais de très bonnes chances de ne pas me faire prendre au sérieux.

Donc je me suis dit je vais attendre jusqu'à tant que j'aie 30 ans pi on sait jamais, peut-être que j'aurai changé d'idée d'ici là. Je me disais un bon 9-10 ans c'est un bon *buffer* pour me dire bon si j'ai pas changé d'idée rendue à ce point-là, je suis pas mal certaine que je changerai pas d'idée. (Aurélie, 32 ans)

Même si elle a choisi par elle-même de ne pas entamer tout de suite le processus, elle déplore le fait qu'elle ait eu à attendre aussi longtemps pour réaliser l'opération :

C'est sûr que c'est plate d'avoir été obligée d'attendre aussi longtemps. Parce que moi si ça avait été moi je m'aurais fait opérer à 21 ans et j'aurais pas eu à y penser. (Aurélie, 32 ans)

Ses appréhensions, de la même façon que Lili, mais aussi ses propres ambivalences par rapport à l'opération, l'ont poussé à retarder ses démarches. Cela est ressorti de façon très claire dans la majorité des entretiens. Les participantes savent depuis le début de la vingtaine qu'elles ne veulent pas d'enfant, sauf pour deux femmes (Lili et Vanille). Aucune n'a réussi à se faire stériliser avant l'âge de 24 ans — Fannie l'a réalisé à 25 ans — deux femmes se sont fait opérer un peu avant 30 ans et les autres à partir de 30 ans. Cet écart entre la prise de conscience de ne pas vouloir d'enfant et la tenue de l'opération s'explique donc en partie par le délai dans le début des démarches dues à l'appréhension de ces femmes de se faire refuser l'accès à l'opération par des médecins.

Dans d'autres cas, les femmes n'osent pas en parler à leur médecin de famille parce qu'elles ont l'impression que leur clinicien ne sera pas en accord avec leur souhait de réaliser l'opération de stérilisation. Marianne émet des doutes par rapport au fait que son médecin la réfère pour la ligature des trompes de Fallope :

Je lisais beaucoup de témoignage de femmes qui disaient qu'elles arrivaient pas à convaincre leur médecin d'avoir l'opération. Pi j'ai un médecin de la vieille école. Il est très gentil, mais il a comme 60. C'est mon jugement, mais je m'attends à ce qu'il me fasse euh à ce qu'il m'ajoute un peu des difficultés avec ça. (Marianne, 25 ans)

Bref, les femmes ont souvent des préjugés envers les médecins qui renforcent leurs appréhensions par rapport au processus. Elles ont l'impression qu'elles risquent de se faire refuser la ligature par leur médecin. Ce sentiment était partagé par plusieurs femmes qui n'ont pas encore eu l'opération et les dissuadait d'entamer leurs démarches. Voici les appréhensions de Pauline par rapport au processus :

Je m'attends à m'obstiner. Je m'attends à me faire douter à chaque fois. Je m'attends à me faire re-redemander même dix milliards de questions. (Pauline, 28 ans)

Eva aussi s'attend à avoir beaucoup d'obstacles dans les démarches pour obtenir l'opération. Elle emploie à plusieurs reprises dans l'entrevue l'image du champ de bataille lorsqu'elle me raconte ses appréhensions par rapport au processus :

[...] j'ai comme un sentiment de comme [...] je m'en vais peut-être sur un champ de bataille pi faut que je pense à ce que je vais dire ou ben faut tu que je dise des choses totalement horribles pour faire comprendre le message de regarde je suis pas la personne pour être parent pi faut pas que ça arrive. En tout cas ou bien je vais tomber sur quelqu'un qui est comme plus à l'écoute, plus compréhensif pi qui va prendre mes arguments de base. Je sais pas. J'ai l'impression que euh j'ai plus l'impression que mes attentes va plus falloir que je me batte pour que ça passe que dans le fond juste quelqu'un qui rencontre pour une procédure médicale ordinaire finalement. (Eva, 30 ans)

L'évocation du lexique du champ de bataille par les participantes pour parler de leurs appréhensions témoigne de l'impression qu'elles ont que le processus sera difficile et qu'elles doivent s'y préparer convenablement. Le processus est en soi décrit comme un combat jusqu'à l'opération. Cela traduit les craintes que les participantes ont par rapport au parcours jusqu'à l'opération, qu'elles appréhendent comme étant semé de nombreux obstacles. Ces appréhensions viennent pour la plupart de témoignages qu'elles lisent de femmes qui ont essayé d'avoir accès à la ligature sans avoir d'enfant et qui se sont fait souvent refuser. Diane — dont le processus s'est très bien déroulé — compare justement son parcours avec celui des femmes pour qui cela a été plus difficile et témoigne des appréhensions qu'elle avait par rapport au processus :

Les procédés pour arriver à ma stérilisation, ça a été incroyablement facile. J'en revenais pas dans le fond. Parce que j'ai tellement lu pi entendu des histoires d'horreur entre guillemets là. Mais moi c'était totalement l'inverse. C'est quasiment irréel. (Diane, 31 ans)

Ces témoignages peuvent venir renforcer les préjugés qu'elles avaient déjà envers les médecins et accentuer les appréhensions qu'elles ont par rapport au processus. Pour conclure, ces appréhensions entraînent des difficultés supplémentaires dans la manière dont ces femmes vivent les différentes étapes menant à la stérilisation et peuvent même être un obstacle à l'accès à l'opération.

### 3.3.2 « Un refus infantilisant »

Au-delà des barrières administratives et institutionnelles, le refus de la part d'un médecin de réaliser l'opération entraîne des réactions au plan émotionnel qui constituent en soi une difficulté supplémentaire dans l'accès au processus. Parfois, après avoir essayé plusieurs refus, les femmes mettent beaucoup de temps à retourner voir un médecin parce qu'elles ont vécu très difficilement cette situation. L'aspect émotionnel du processus est donc une difficulté supplémentaire qui retarde parfois des femmes de faire d'autres démarches pour la stérilisation. Dans les prochains paragraphes, il sera question de l'expérience des participantes par rapport au refus qu'elles ont eu de la part de médecins. En effet, le refus catégorique est un aspect tellement marquant du processus que les femmes qui en ont subi ont toutes jugé cela important de m'en mentionner le nombre c'est pourquoi j'ai considéré cela comme étant pertinent de le présenter sous forme de tableau.

**Tableau 2 Nombre de médecins consultés (médecin de famille et gynécologues) et de refus catégorique pour chaque participante**

Nom	Nombre de refus du médecin de famille	Nombre de gynécologues consultés	Nombre de refus de gynécologues consultés
Roxy	0	1	0
Aurélie	0	2	0
Béatrice	4	8	7
Fannie	Pas consulté	2	0
Lili	1	2	1
Eva	0	Pas encore consulté	-
Diane	0	1	0
Coralie	1	3	3
Sarah	Pas consulté	5	3
Pauline	Pas consulté	4	4
Marianne	Pas consulté	Pas consultés	-
Vanille	Pas consulté	3	2
Juliette	Pas consulté	Pas consultés	-

Même dans le cas où le refus n'a pas été catégorique, certaines femmes ont eu de la difficulté à convaincre le médecin de réaliser l'opération tel qu'expliqué précédemment. Le refus catégorique

des médecins — une situation dans laquelle se sont retrouvées six des onze participantes qui ont consulté un médecin – est souvent expliqué par ces femmes comme étant une décision basée sur l’expérience personnelle de ces professionnels de la santé. Ce qui ressort du discours de ces femmes, c’est que les valeurs et les histoires personnelles influencent davantage la décision des professionnels de la santé que l’aspect médical lui-même et la possibilité des effets secondaires de l’opération. Béatrice constate cela après quatre rendez-vous auprès de son médecin de famille et sept consultations gynécologiques :

Je trouve que, en général, ils [les médecins] se projettent beaucoup dans leur propre histoire-là donc s’ils arrivent pas à visualiser une vie sans enfant, c’est compliqué d’accepter que quelqu’un n’en veuille pas. (Béatrice, 30 ans)

Coralie s’est également fait refuser la ligature parce qu’elle était trop jeune selon un gynécologue et que cela ne correspondait pas à ses valeurs de réaliser une telle opération sur une femme aussi jeune :

Ensuite, le gynécologue que je suis allée voir, ça a été sensiblement la même chose. Je suis allée le voir ben dans le fond pour ma santé en général pi j’ai emmené le sujet aussi. Hum il m’a souhaité bonne chance dans mes recherches de quelqu’un pour ben qui consentirait à faire une ligature chez une personne aussi jeune que moi. À l’époque, j’avais 24 ans. Pi c’est ça il m’a dit que lui c’était un refus catégorique. Lui c’était pas dans ses valeurs de faire ça a une femme aussi jeune. (Coralie, 27 ans)

Les femmes ont donc généralement l’impression que les médecins ne sont pas objectifs et qu’ils prennent leur décision à partir de leur propre expérience et de leurs valeurs. Il est possible de faire un lien avec l’étude de Hintz et Brown (2019) qui porte sur une analyse de récits d’interactions médicales présentées sur le groupe/r/childfree du forum Reddit. Cette étude démontre que les médecins qui mentionnaient l’âge du patient ou le risque de regret lié à l’opération étaient généralement moins enclins à approuver la tenue de l’opération. Cela semble relever du fait que ces médecins ont déjà une idée en tête quant à la possibilité ou non de réaliser l’opération pour des femmes d’un certain âge et en tenant compte du risque de regret lié à l’aspect irréversible de l’opération.

D’autres femmes ont également mis l’accent sur le genre du médecin pour expliquer l’acceptation ou le refus de réaliser l’opération. C’est le cas de Sarah, qui après avoir expérimenté plusieurs refus de la part de médecins, s’est finalement fait accepter par un médecin de genre masculin :

Ça c'est bizarre, en tant que femme, tu penserais qu'une femme médecin serait plus compréhensive, mais tsé faut que tu passes à travers trois personnes pour être acceptée. C'était trois hommes pi comme super. C'est sûr que ça fait bizarre, mais j'espère que ça va aider les femmes médecins aussi à être plus conscientes qu'on peut prendre cette décision-là [accepter de réaliser l'opération]. (Sarah, 31 ans)

Plusieurs participantes ont évoqué le fait que les médecins étaient représentatifs de la population dans leur décision de ne pas pratiquer la ligature sur une femme si jeune et n'ayant pas d'enfant. Pauline évoque cela après m'avoir mentionné les nombreux refus de la part de médecins auxquels elle a fait face dans ses démarches :

Faque personnellement c'est ça je trouve que c'est plus un problème de société faque les médecins sont comme dans cette mentalité-là. (Pauline, 28 ans)

En dépit de la raison et des facteurs réels qui influencent le refus de la part des médecins, les femmes ont trouvé l'expérience du refus des médecins très difficile à vivre. Elles trouvent cela frustrant, injuste et surtout très infantilisant. Le témoignage de Pauline exprime bien comment la plupart se sont senties après une discussion avec un médecin qui a mené à un refus :

Là c'est carrément insultant. Tu sors de là pi t'es comme je suis tu un enfant de 4 ans et demi qui sait pas si je veux manger plus de crème glacée genre c'est un peu ça là. (Pauline, 28 ans)

Il y a donc un sentiment d'être infantilisée par la décision finale du médecin puisque les femmes se font souvent dire qu'elles ne savent pas ce qu'elles veulent ou qu'elles sont trop jeunes. Cela contribue ainsi à leur sentiment de ne pas être prises au sérieux dans leurs démarches auprès des médecins qu'elles rencontrent. Ce sentiment est d'autant plus frustrant qu'elles m'ont toutes dit ne pas rencontrer le médecin sur un coup de tête, mais après avoir longtemps réfléchi et être certaines de leur décision. Sarah évoque dans l'entrevue ce sentiment de ne pas être prise au sérieux même après avoir vécu un avortement suite à un bris de contraception :

J'ai trouvé ça vraiment difficile de ne pas me faire prendre au sérieux. Parce que j'étais trop jeune, ou j'étais une femme faque je suis supposée avoir des enfants. [...] après toutes ces années, même après un avortement, me faire dire comme ah tsé tu sais pas qu'est-ce que tu veux pi euh quelque chose comme ça. C'était vraiment. J'ai trouvé ça vraiment dur. (Sarah, 31 ans)

Ainsi, même après avoir vécu des situations comme un avortement, les femmes se font encore dire qu'elles n'ont pas assez d'expérience pour savoir réellement ce qu'elles veulent par rapport à la maternité. Cela fait en sorte qu'elles se sentent infantilisées par les professionnels rencontrés

lorsqu'elles se font expliquer que malgré le fait qu'elles savent qu'elles ne veulent pas d'enfant, les risques de regret de l'opération sont trop élevés pour leur en accorder l'accès. Ces femmes se font donc généralement conseiller d'attendre encore quelques années avant de redemander la ligature des trompes de Fallope. Cela crée de la frustration chez les participantes puisque l'enjeu d'avoir un moyen de contraception sûr, efficace et permanent est très important pour elles dans le but d'avoir une sexualité épanouie sans constamment avoir la peur de tomber enceinte. Le sentiment de frustration et d'injustice est renforcé par l'impression que la situation est très différente pour les hommes :

C'est vraiment, c'est vraiment frustrant parce que genre tu fais juste te faire virer de bord pi t'es comme n'importe quel homme peut demander la vasectomie pi c'est *chill*.  
(Pauline, 28 ans)

Certaines femmes m'ont mentionné qu'elles trouvaient que le refus d'accès à la stérilisation était sexiste puisqu'elles ont l'impression que les hommes peuvent avoir accès très facilement à la vasectomie. Eva a entamé les démarches auprès de sa médecin de famille et émet cette réflexion :

Ça, je comprends qu'il y a une démarche à faire, mais j'aimerais ça que ça soit pi ok tsé pi qui entament vraiment un processus de ben ok t'es-tu vraiment sûre d'avoir pensé à ça pi ça pi ça. Pi pas juste de me dire ben tsé déjà en partant d'essayer de me démontrer un malaise pi de me dire que « je suis pas contre ça parce que je ne sais pas trop pourquoi là » que [rire] on veut pas toucher à ma fertilité tsé c'est tout. (Eva, 30 ans)

Elles ont le sentiment qu'il y a une injustice parce qu'elles ne considèrent pas que la ligature soit une opération plus compliquée que la vasectomie. Elles ont donc l'impression que le refus provient du fait qu'elles sont de genre féminin plutôt que de raisons médicales. L'accès à la stérilisation comparée avec l'accès à la vasectomie met en lumière un enjeu lié au genre dans l'accès à des méthodes de contraception définitives. D'ailleurs, la Fédération pour le planning familial au Québec conseille fortement d'envisager d'abord la vasectomie pour un couple qui ne veut pas ou ne veut plus d'enfants, avant de songer à la ligature des trompes de Fallope (Fédération du Québec pour le planning des naissances 2020). Eva, qui a connu une certaine résistance de la part de sa médecin de famille, explique ce qu'elle en pense :

Je sais pas on dirait que c'est une question avec les femmes on dirait qu'il y a toujours un malaise pi une résistance. Oui peut-être chez les hommes c'est un peu plus facile parce que c'est peut-être une intervention qui est relativement plus facilement réversible, mais je sais pas au niveau peut-être des femmes c'est plus invasif. Mais encore là moi je me dis je sais pas une grossesse pi tous les risques c'est encore plus invasifs qu'une chirurgie comme ça. Hum je sais pas. C'est vrai que oui ça vient peut-être du fait que



c'est toute ta fertilité qui est en jeu pi c'est pas quelque chose qui est quand même à prendre à la légère. (Eva, 30 ans)

Ce sentiment d'injustice provient donc entre autres de la facilité avec laquelle les hommes peuvent obtenir la vasectomie malgré le fait que l'opération de la ligature des trompes ne soit pas si difficile en soi. Eva évoque bien l'impression qu'ont les femmes que c'est parce qu'elles sont femmes justement qu'elles se font refuser l'accès à une méthode contraceptive définitive sans avoir eu d'enfant. Ainsi, les participantes ont le sentiment que les médecins rencontrés portent souvent un discours qui représente les normes sociales associées à l'idéal de la féminité et à l'importance accordée à la fertilité des femmes.

Pour certaines, le refus du médecin est une expérience très difficile à vivre parce qu'elles ne s'attendaient pas à un refus aussi catégorique — difficile au point de mettre un frein à leurs démarches pour la ligature. Béatrice a vécu cela dès ses premières discussions avec sa médecin de famille :

Oui ben les premiers rendez-vous avec les premiers gynécologues ont été les pires. Aussi disons d'emblée le fait, la première fois que j'en ai parlé avec mon médecin de famille ça a été très problématique. J'étais pas forcément préparée à autant de haine on va dire. C'était vraiment très violent. Pour elle ça devrait être illégal de stériliser des femmes et les femmes doivent avoir des enfants, ont des enfants et auront des enfants. Pour elle c'était, ouais elle était très très violente et j'étais pas du tout préparée. Je pense qu'après la première fois j'ai mis au moins 2-3 ans à en reparler parce que j'étais totalement traumatisée et je savais pas du tout comment reparler de ça ni avec elle ni avec d'autres personnes. Et puis ça s'est passé sensiblement pareil avec les autres gynécologues. La majorité était très fermée à l'idée. (Béatrice, 30 ans)

Le refus catégorique des médecins, sans possibilité de discuter ou de se faire référer, est donc une expérience très difficile qu'une participante sur deux a déjà vécue lors d'un rendez-vous médical. Dans plusieurs cas, ces situations les ont amenés à repousser considérablement leurs démarches voire à les arrêter totalement.

Pour résumer, le refus est un aspect du vécu des femmes qui est ressorti de la plupart des entrevues. Il s'agit de situations qui peuvent être très difficiles à vivre parce que les femmes se sentent souvent infantilisées, pas prises au sérieux et cela crée beaucoup de frustration chez elles. Il y a notamment un grand sentiment d'injustice par rapport aux hommes et plusieurs m'ont dit ne pas comprendre, malgré son caractère irréversible, pourquoi une opération si simple leur était refusée. Dans certains cas, les femmes ont même qualifié ces refus de violents ou encore traumatisants, et cela a mis un

frein à la poursuite de leurs démarches pour l'obtention de l'opération. Autrement dit, en plus des aspects contraignants au plan institutionnel et administratif dans le fonctionnement des rencontres avec les médecins, les refus sont difficilement vécus au plan émotionnel et peuvent parfois constituer des obstacles à l'accomplissement du processus au-delà du fait que ce refus entraîne des démarches supplémentaires.

### **3.3.3 Le support et l'accompagnement de l'entourage tout au long du processus**

Un dernier aspect très important dans l'accomplissement du processus concerne le soutien que les femmes peuvent avoir de la part de leur entourage dans leur démarche. Cet aspect teinte fortement leur manière de vivre le processus. Lorsque les participantes évoquent le support qu'elles ont reçu de leur entourage durant les étapes de leur parcours, leur évaluation est très mitigée et il importe de faire plusieurs nuances à ce sujet. Pour quelques femmes (Sarah, Diane, Lili), leur entourage a été très réceptif dans le cas où les membres de leurs familles et leurs amis étaient au courant de leurs démarches. Cependant, même dans ces cas, ces femmes ont vécu des situations où des collègues ou des membres de leur entourage plus éloignés ont eu des réactions négatives par rapport à leur décision. Eva a vécu une situation dans laquelle un collègue de bureau ne semblait pas comprendre son choix :

C'était un autre collègue dans un autre département que je pense qu'on parlait un petit peu de ça. Pi que je m'en suis, j'étais au début que je songeais que je voulais pas d'enfant pi que c'était vraiment sur la table pour moi pi c'était aussi... c'était un homme pi je pense qu'il a eu une face un peu d'inquiétude dans le sens aussi qu'il savait que j'étais rendue célibataire pi c'était comme ben là tu vas pas, tu vas pas, tu vas pas te faire stériliser tout de suite là. Dans le sens comme ça a pas d'allure. J'ai fait comme ben là peut-être je sais pas. Pi la discussion a fini là, mais c'était comme un peu la face d'enterrement qui a suivi j'étais comme ben là c'est quoi le problème là [...]. (Eva, 30 ans)

Pour plusieurs femmes, lorsqu'une majorité de l'entourage recevait bien la nouvelle, les participantes ont tout de même fait face à des commentaires d'un ou quelques membres de l'entourage. Les parents de Béatrice ont bien réagi à l'annonce de la tenue prochaine de son opération, mais son frère n'a pas compris pourquoi elle voulait se faire ligaturer :

Mon frère l'a un peu mal pris. Il considérait que je devais avoir des enfants. Que j'étais une femme pi que je devais avoir des enfants. Donc le fait que j'aie me faire ligaturer, il acceptait déjà mal le fait que je veuille pas d'enfant, mais le fait de me faire ligaturer c'était une étape de plus pour lui qui l'a un peu, qui l'a un peu affecté. (Béatrice, 30 ans)

Fannie a également fait face à certaines réactions négatives comme celle de sa mère lorsqu'elle l'a appelé pour lui annoncer la nouvelle qu'elle allait se faire ligaturer :

Ma mère elle était sceptique vraiment par rapport au fait que je l'aie [l'opération] pi quand j'ai appelé pour lui dire que je l'avais, j'ai vraiment ressenti une déception dans sa voix. (Fannie, 25 ans)

En effet, plusieurs parents ont trouvé la décision de leur fille difficile. Les participantes ont même nommé le deuil que leurs parents avaient eu à faire de ne pas pouvoir devenir grands-parents. Bien que Vanille n'ait pas senti de jugement de la part de son entourage, elle sait que sa mère trouve sa décision difficile à accepter :

Ils ont su récemment que je me suis fait ligaturer. Pi ma mère elle a toujours comme une petite tristesse dans l'œil en voulant dire donc finalement on pourra pas être grands-parents pour une deuxième fois. Ben non je dis tu le sais tsé. Pi c'est pas du jugement jamais jamais jamais. J'ai jamais senti de jugement oncle, tante euh ma sœur, ma sœur elle est comme il était-tu temps que ça arrive au contraire. (Vanille, 42 ans)

Il est également ressorti de l'analyse des entrevues que les partenaires des femmes ne s'étaient généralement pas vraiment investis dans les démarches, pour plusieurs raisons. Pour la plupart, ils étaient placés par les participantes devant le fait accompli de la ligature ou du choix d'y avoir recours. Dans certains cas, toutefois, le conjoint était l'accompagnateur des participantes lors de l'opération. Cependant, j'ai aussi noté dans les entrevues qu'il y avait parfois une certaine indifférence de la part des partenaires en ce qui concerne l'opération. Cela était généralement perçu de façon positive de la part des participantes. Juliette résume bien la dynamique au sein des couples par rapport à la décision de réaliser l'opération — dynamique que j'ai observée dans le discours des participantes qui sont en couple :

Tsé il sait depuis le début. C'est ça. Ça a été clair. Moi je veux pas d'enfants, lui il veut pas d'enfant. Les deux on a deux chats. *Let's go*. Tsé donc euh depuis le début c'est très très clair. Pi que je fasse l'opération ou que je la fasse pas tsé lui il s'en fout là c'est mon corps. (Juliette, 28 ans)

Il est donc apparu dans les dynamiques de couple selon les témoignages des participantes que leurs conjoints n'avaient pas vraiment de mot à dire concernant leur choix de réaliser l'opération et qu'ils ne s'y opposaient pas, en allant même parfois jusqu'à démontrer une certaine indifférence par rapport à cette décision. Cette réaction de leur partenaire en ce qui a trait au choix sur leur propre corps était généralement très bien vécue et considérée comme positive par les participantes. La plupart des participantes sont effectivement d'avis que cette décision leur appartient seule et que

leur partenaire n'a pas à avoir d'opinion puisqu'il s'agit de leur corps. Cependant, pour certaines femmes, cette indifférence était perçue de manière un peu plus négative comme en témoigne Lili en parlant de son ex-conjoint :

La partie difficile a été avant où est-ce que j'avais pas l'accord — j'avais pas le désaccord — mais j'avais pas le support de mon ex non plus. Lui ça réponse c'était c'est ton corps tu fais ce que tu veux, parce que de toute façon on aurait pas eu d'enfant ensemble. (Lili, 41 ans)

Cela permet donc de faire une nuance quant à la perception des réactions de l'entourage. Les personnes interviewées sont d'accord pour dire que ce choix leur revient personnellement. C'est d'ailleurs perçu positivement lorsque les membres de leur entourage ne s'opposent pas à leur décision. Cependant, le fait qu'ils ne s'y opposent pas ne signifie pas pour autant que les femmes ressentent qu'elles ont du soutien de la part de leurs proches. Ce manque de soutien décrit par certaines participantes peut être perçu négativement, surtout pour ce qui est de l'entourage proche comme les parents ou le partenaire. Il s'agit effectivement d'une très grosse décision pour ces femmes, qui revêt souvent une très grande importance dans leur vie, comme le souligne Sarah en comparant l'importance qu'a pour elle la ligature des trompes à l'importance d'un accouchement pour une femme qui veut des enfants :

[...] I guess je me dis c'est comme ça qu'une femme qui sent qui veut des enfants pi elle sait, pi tsé elle tombe enceinte pi elle sait que son bébé s'en vient comment elle doit être heureuse et épanouie. Bin moi je me sens comme ça avec le fait de savoir que je vais avoir ma chirurgie pi de pas n'avoir. Je me sens heureuse, je me sens bien avec ma décision. (Sarah, 31 ans)

Cette image très forte de comparaison entre l'accouchement et l'opération de stérilisation démontre l'importance que revêt cet événement dans la vie des femmes qui ne souhaitent pas avoir d'enfant. Ainsi, le fait que cette opération ait une telle importance pour ces femmes montre que le support de l'entourage est quelque chose d'important pour les participantes. Plusieurs femmes n'avaient donc pas beaucoup de support de la part de leurs proches puisqu'elles recevaient des réactions négatives, d'incompréhension, de manque de prise au sérieux ou encore d'indifférence.

Bref, l'analyse des entrevues démontre que la réaction de l'entourage des femmes par rapport à leur décision de réaliser l'opération est très diversifiée. Dans certains cas, les femmes se considèrent comme chanceuses des réactions très positives qu'elles ont eues. Pour certaines femmes, il est arrivé qu'elles vivent des incidents inconfortables lorsqu'elles mentionnaient leur

opération à certains membres de leur entourage, parfois plus éloignés. Même lorsque les réactions étaient majoritairement positives, les participantes ont fait face à certaines réactions négatives de la part d'au moins un membre proche de leur entourage voire simplement à de l'indifférence. Cela a contribué à un sentiment d'isolement dans le processus et à l'impression qu'elles n'étaient pas nécessairement aussi supportées dans leur décision qu'elles l'auraient souhaité. Il s'agit d'une décision et d'une démarche très importantes dans leur vie et elles doivent parfois le vivre dans l'incompréhension de leur entourage et un certain manque de support.

En conclusion de ce chapitre : diverses difficultés et aspects du processus menant à la stérilisation ont été exposés. Les femmes n'ont pas le choix de passer à travers le système de santé pour obtenir cette opération, ce qui peut entraîner un certain sentiment de perte de contrôle renforcé par les refus des médecins (dont le jugement clinique et les prises de décisions priment sur le point de vue des patientes). De plus, ces femmes entament parfois le processus avec des appréhensions qui rendent l'expérience difficile au plan émotionnel, et sans avoir toujours le soutien de leur entourage pour cette démarche. Face aux nombreuses difficultés évoquées précédemment dans le parcours de ces femmes pour atteindre l'accès à l'opération de stérilisation, les participantes rencontrées et interviewées ne restaient généralement pas indifférentes. Elles ont entrepris diverses actions tout au long du processus pour pallier ces difficultés. Le prochain chapitre présente la façon dont les femmes ont fait face à ces défis administratifs, institutionnels et personnels ainsi que les actions concrètes qu'elles ont entreprises pour finalement pouvoir réaliser l'opération.

## **Chapitre 4. Ne pas rester passives face aux difficultés dans le processus**

J'ai peine à croire qu'en 2020, les femmes doivent se battre pour avoir ça. S'il y avait... pas des manifs, mais s'il y avait des réunions ou.... Moi je serais prête à aller là, à partager soit l'expérience ou le vécu ou dénoncer un peu ça le fait qu'on a pas la liberté de choisir pour notre corps. (Vanille, 42 ans)

Tel qu'expliqué par Vanille, le processus menant à la stérilisation irréversible est souvent vécu par ces femmes comme un combat dont l'enjeu est le droit sur leur propre corps et le droit à la justice reproductive. Je souhaite rendre compte dans ce chapitre de cette manière d'envisager le processus comme un combat et du désir de ces femmes d'en témoigner en conséquence.

Bien que l'opération soit difficile d'accès et que les femmes rencontrent plusieurs obstacles dans leurs démarches, la moitié des treize participantes ont réussi à obtenir l'opération et les autres sont à diverses étapes dans le processus. J'ai donc constaté dans l'analyse des entretiens que, souvent, les participantes ne restaient pas passives face aux contraintes et difficultés rencontrées durant leur parcours. Dans les prochains paragraphes, j'explorerai les diverses façons dont ces femmes font face à ces difficultés. En premier lieu, il sera question de la façon dont les femmes se préparent aux démarches et à l'opération en s'informant sur différents aspects du processus. En deuxième lieu, j'aborderai la façon dont les femmes utilisent diverses ressources à leur disposition au sein du système de santé pour obtenir la stérilisation. En troisième lieu, je discuterai de la solidarité qui s'établit entre les femmes qui entreprennent des démarches jusqu'à la stérilisation et qui m'est apparue comme étant un aspect très important du discours des participantes par rapport à cette expérience.

### **4.1 Se renseigner pour être mieux préparée**

Face aux diverses difficultés qu'elles appréhendent de rencontrer, les participantes se préparent pour les démarches qu'elles auront à entreprendre. L'analyse des entretiens m'a permis de constater que les femmes sont généralement très informées des démarches à réaliser et des particularités de l'opération elle-même. Je montrerai dans cette section que se renseigner de cette façon sur le processus et l'opération elle-même permet aux femmes d'être mieux outillées face aux différentes embûches qu'elles peuvent rencontrer durant leur parcours. J'ai pu définir trois aspects principaux

de leur préparation au processus et à l'opération elle-même. Dans un premier temps, les femmes se renseignent sur l'opération elle-même. Dans un deuxième temps, les femmes s'informent afin de trouver un médecin qui soit ouvert à réaliser l'opération et qu'elles pourraient éventuellement consulter. Dans un troisième temps, les femmes préparent leur rencontre avec le gynécologue afin d'être en mesure de le convaincre de réaliser l'opération.

#### **4.1.1 Trouver des informations par rapport à l'opération**

Les femmes que j'ai interviewées ont toutes effectué des recherches afin de se renseigner sur l'opération. Dans plusieurs cas, c'est grâce à ces recherches qu'elles ont découvert la possibilité de réaliser la stérilisation. Parmi les participantes, quatre (Béatrice, Lili, Roxy et Vanille) étaient déjà au courant de l'option de la ligature comme moyen de contraception parce qu'elles connaissent un membre de leur entourage qui l'a déjà fait. Mais la plupart des autres ont trouvé cette option comme moyen de contraception en faisant des recherches sur Internet parce qu'elles souhaitaient changer de méthode contraceptive. En effet, la majorité des participantes envisagent la ligature des trompes entre autres parce que plusieurs moyens de contraception qu'elles ont utilisés leur donnaient de nombreux effets secondaires. Marianne cherchait sur un site Internet un moyen de contraception définitif et c'est pour cela qu'elle s'est tournée vers la ligature :

Honnêtement, c'était comme un peu les recherches des différents moyens de contraception, des choses comme ça. Pi là c'était comme les niveaux les plus extrêmes genre avortement pi ligature. [...], mais j'étais comme ah au moins ça [la ligature] c'est définitif. On a plus besoin de s'inquiéter avec ça. Une fois que c'est fait, c'est fait donc c'est pour ça que j'avais commencé [les démarches]. (Marianne, 25 ans)

Pour Diane, ses recherches faisaient partie de réflexion par rapport au désir d'enfant. Durant sa vingtaine, elle a vécu un cheminement réflexif en lien avec le fait de vouloir ou non des enfants. Elle a donc effectué des recherches pour vérifier si elle souhaitait réellement en avoir :

Faque j'ai commencé je pense que ça a duré un an et demi ma recherche sur c'est quoi une grossesse, c'est quoi un accouchement, c'est quoi que ça prend dans la vie un bébé. C'est quoi avoir des enfants et tout. (Diane, 31 ans)

Après cette phase de questionnement, elle s'est tournée vers des groupes Facebook pour trouver un moyen de contraception qui lui conviendrait maintenant qu'elle était convaincue qu'elle ne souhaitait pas avoir d'enfants :

Je pense que c'est sur un groupe Facebook. Puis c'est le groupe, il s'appelle Stérilisation Volontaire. Quelque chose comme ça et il y avait beaucoup de membres. Faque là c'est en parcourant le site Facebook ben j'ai lu beaucoup pi à un moment donné, je suis arrivée sur la salpingectomie. Pi ça c'est le retrait des trompes et j'ai fait oh my god c'est parfait. Pi là ben c'est comme ça que j'en ai entendu parler. C'était via Facebook. (Diane, 31 ans)

Dans le cas de Diane et de cinq autres participantes, leurs recherches les ont menées à découvrir la possibilité de réaliser l'opération de stérilisation. Il s'agit de recherche que les participantes ont réalisée de façon informelle, sans passer par les ressources du système de santé. Coralie, qui a eu de nombreux effets secondaires de méthodes de contraception précédentes, s'est informée de la possibilité de réaliser la ligature des trompes de Fallope sur un groupe Facebook :

Sur Internet en me renseignant sur les méthodes contraceptives justement qui étaient un petit peu plus à long terme. Je suis tombée sur un forum de femmes qui discutaient justement de la ligature des trompes, pi c'est ça je me suis informée au Québec pour savoir si ça se faisait. Oui, ça se fait. Je suis dans un groupe Facebook de gens qui sont *childfree* aussi. Pi c'est ça on, il y a beaucoup de discussion à propos de ça aussi. Faque j'ai su que ça se faisait. (Coralie, 27 ans)

Eva est la seule participante à avoir pris connaissance de la possibilité de faire cette opération par l'entremise de brochures disponibles lors des consultations gynécologiques. Toutes les autres ont découvert la possibilité de réaliser l'opération et se sont renseignées sur ce moyen de contraception en passant par des sources d'informations plutôt informelles comme des sites Internet, les réseaux sociaux ou des membres de leur entourage — mis à part deux d'entre elles qui ne se souvenaient plus au moment de l'entrevue de la façon dont elles en avaient entendu parler. Les femmes interviewées étaient donc informées de la possibilité de réaliser cette intervention chirurgicale avant même de discuter d'un moyen de contraception alternatif avec un médecin. Or, selon une enquête réalisée au Canada, les médecins sont généralement la source d'information privilégiée par les patients concernant un traitement ou une intervention médicale (O'Connor et al. 2003). Les résultats obtenus à partir des entrevues sont donc contraires à ceux obtenus dans cette enquête, ce qui démontre que le fait que les participantes soient très informées à propos de cette opération est un aspect particulier de l'expérience de ces femmes.

Ensuite, cette prise de renseignement a permis aux participantes de réfléchir et de prendre une décision éclairée quant à leur souhait de réaliser la ligature des trompes de Fallope. Les femmes s'informent notamment sur les modalités et les effets secondaires de l'opération. Lili met ainsi l'accent dans son témoignage sur l'exhaustivité de ses recherches :



[...] j'ai commencé mes démarches par Internet. Facebook, les groupes Facebook pour chercher des témoignages je dirais. Euh pour voir l'efficacité aussi. [...] donc je me suis informée sur Internet, beaucoup. (Lili, 41 ans)

Pauline, bien qu'elle n'ait pas encore réalisé l'opération, connaît bien la procédure et les particularités d'une telle intervention chirurgicale :

Faque j'ai checké en ligne. Je sais quel genre d'opération. Je sais que c'est anesthésie générale pi des affaires comme ça. Je sais que c'est plus compliqué que la vasectomie une affaire de même. Mais c'est ça faque c'est plus, je suis plus dans l'information à date. (Pauline, 28 ans)

Roxy s'était pour sa part déjà informée pour une amie qui a réalisé l'opération il y a quelques années. Ses recherches lui ont permis de considérer les avantages et les inconvénients de cette intervention et lui ont été utiles lorsqu'elle s'est à son tour décidée à réaliser la ligature des trompes de Fallope :

[...] je savais comme un peu déjà justement [comment fonctionne la procédure et quels sont les risques] puisque j'avais déjà été informée là-dessus. Quand mon amie elle avait eu l'opération en 2016, elle était un peu stressée parce qu'elle avait peur que ses règles deviennent douloureuses, mettons. [...] Faque j'avais été chercher des articles scientifiques qui parlaient de ça, des effets secondaires. Pi je pense que c'était moins de 5 % des femmes qui rapportaient avoir des règles plus douloureuses et plus abondantes donc j'étais comme c'est moins de 5 %. Bin selon une étude, mais j'étais comme c'est quand même rassurant. Faque là vu que je savais tout ça, comme j'avais déjà lu des articles faque j'étais comme c'est pas si pire dans le fond là. (Roxy, 29 ans)

Ainsi, même si les femmes étaient parfois déjà au courant de la possibilité de réaliser l'opération par l'entremise de membres de leur entourage, cette recherche d'information faisait partie intégrante de la réflexion des participantes quant au fait d'entreprendre sérieusement les démarches jusqu'à l'opération de stérilisation. Pour plusieurs participantes, cette prise de renseignement leur a permis, d'un côté, de découvrir la possibilité de réaliser cette opération et, de l'autre, de vérifier si elles souhaitent réellement la réaliser en recherchant plus d'information sur l'opération pour en dégager les avantages et les inconvénients.

Pour résumer cette sous-section, il est ressorti des entrevues que les femmes étaient déjà très informées par rapport aux divers aspects de la stérilisation irréversible avant même d'entreprendre les démarches au sein du système de santé dans le but d'obtenir l'opération. Plusieurs femmes ont découvert la possibilité de réaliser cette intervention chirurgicale lors de leurs recherches. Certaines se sont également informées des avantages et inconvénients de l'opération afin d'être certaines de

leur décision. Ces résultats contrastent avec d'autres études de femmes qui ont recours à la stérilisation, études qui concluent que ces femmes ne sont pas suffisamment informées des possibilités de contraception (Lopez 1993, Lopez 1998, De Bessa 2006). Ce manque d'information réduit l'agentivité et la capacité de réaliser des choix éclairés pour ces femmes (O'Dougherty 2008). Ce contraste entre ces études et mon enquête est à souligner — même s'il s'explique peut-être par un contexte social qui varie d'une étude à l'autre. En d'autres mots, la recherche d'information concernant la ligature des trompes de Fallope a fait partie du processus de prise de décision de réaliser l'opération — avant même de rencontrer un médecin pour plusieurs des femmes interviewées — et a permis de mieux les outiller dans leurs démarches parce qu'elles ont réfléchi leur choix et ont pris connaissance des risques et des effets secondaires possibles d'une telle opération. Il s'agit d'une réelle forme d'agentivité de la part de ces femmes. Par ailleurs, la quête d'un clinicien réceptif à la demande et la préparation des rendez-vous et démarches du même genre, constituent un moyen d'être prêt à plusieurs éventualités et permettent aussi une plus grande agentivité dans le processus, puisque les femmes sont plus au courant des démarches à réaliser et des possibilités qui s'offrent à elles — comme cela sera démontré dans les prochaines sous-sections.

#### **4.1.2 Trouver le bon médecin**

Plusieurs des participantes que j'ai rencontrées font des recherches afin de trouver un médecin dont elles savent qu'il pratique cette opération chez des femmes qui n'ont pas d'enfant. Comme expliqué dans le chapitre précédent, plusieurs femmes font face à des refus de la part de médecins, ce qui constitue en soi une difficulté d'accès à la stérilisation irréversible. Certaines des participantes, à la suite de refus ou par anticipation de telles situations, font des recherches afin de trouver des médecins qui seraient davantage susceptibles de les accepter. Aurélie fréquente un groupe Reddit et m'a expliqué ce qu'elle avait trouvé le plus pertinent dans ses recherches sur Internet :

Mais une des choses les plus intéressantes que cette communauté-là [page *Childfree* sur Reddit] a à offrir, c'est qu'ils font une liste de docteurs partout dans le monde qui sont comment dire, ils sont *willing* de faire soit une vasectomie soit une salpingectomie bilatérale ou juste n'importe quelle forme de stérilisation pour homme ou femme sans question, sans bataille, sans quoi que ce soit et ce même à partir de l'âge de 18 ans pour certaines personnes. [...] Et à partir de là, c'est là que j'ai vu qu'il y avait seulement cinq docteurs dans tout le Québec au complet qui permettaient ce genre de chirurgie-là. Il y en avait une, un en fait qui est à la ville de Québec. Les quatre autres sont à Montréal, mais il y en a un au point où j'avais trouvé cette liste — là, il était à la retraite donc il ne

pratiquait plus et les deux autres, il y en avait deux à Montréal, et une à Longueuil.  
(Aurélie, 32 ans)

Les femmes se préparent ainsi en s'outillant avec une liste des possibles docteurs qui seraient ouverts à leur donner l'accès à l'opération de stérilisation irréversible. Les recherches sur Internet viennent parfois renforcer les appréhensions de se faire refuser l'accès à la ligature des trompes de Fallope par un médecin spécialiste, à travers les témoignages d'autres femmes qui ont vécu plusieurs refus. Les participantes souhaitent donc se préparer aux démarches qu'elles auront à entreprendre en s'informant sur les docteurs qui risquent le moins de leur opposer un refus comme l'explique Roxy :

[...] parce que là ce qui est drôle c'est que sur notre groupe de *childfree* on se donne des références. Comme exemple il y a beaucoup de gens de Montréal, ou il y en a même en Europe, des francophones en Europe. On se disait heille tel médecin, tel hôpital lui il est ouvert. Faque là toutes les filles essaient d'aller avec ceux-là en partant parce qu'ils savent qu'il y a plus de chance que ce soit oui. Parce qu'on a entendu plein de témoignages de personnes qui disent, mettons : « hey moi mon médecin il veut pas. Je suis allée en voir un autre, il veut pas non plus » Et ainsi de suite. Donc heille je veux pas voir quatre médecins avant de me faire accepter. (Roxy, 29 ans)

Cette liste de docteurs mentionnée par plusieurs femmes permet aux participantes de se préparer aux démarches du processus. Suite à ces recherches, les femmes essaient de diriger leurs démarches vers un médecin qui est reconnu pour réaliser cette intervention chirurgicale même auprès de femmes qui n'ont pas d'enfant — ce qui sera abordé dans une prochaine section. Ces femmes effectuent leurs démarches pour trouver un médecin ouvert à réaliser cette intervention chirurgicale afin d'éviter d'avoir à passer par le bureau de nombreux docteurs qui pourraient chacun leur tour leur opposer un refus. Dans certains cas, les femmes seraient prêtes à se déplacer dans d'autres régions pour consulter un tel médecin. Coralie n'a pas encore fait l'opération, mais elle s'informe sur la possibilité de consulter un médecin recommandé pour cette opération :

[...] Je vas surtout, je pense, m'informer dans des groupes justement de personnes *childfree* qui ont eu l'opération, me faire recommander un médecin. On est toutes de différents âges aussi là donc c'est sûr que je pense que en tout cas, de ce que j'ai perçu, les femmes un peu plus vieilles ont plus accès à cette opération-là. Mais c'est ça non je vais m'informer, je vais me trouver un médecin quitte à me déplacer un peu n'importe où dans la province ça me dérange pas. (Coralie, 27 ans)

Cela démontre la détermination des femmes à atteindre leur objectif. C'est une forme d'agentivité de la part de ces femmes qui sont prêtes à entreprendre les démarches en ayant la capacité d'envisager d'effectuer l'opération ailleurs au Québec si cela est nécessaire. Cette recherche et

cette prise de renseignement sur les médecins qui seraient plus susceptibles de réaliser l'opération font également partie des toutes premières démarches entreprises par Pauline dans le processus :

Bin je suis allée sur des, c'est ça comme, sur des sites justement qui parlaient de ça. J'ai regardé des cliniques justement où il y avait des médecins qui étaient plus ouverts.  
(Pauline, 28 ans)

En somme, après avoir réalisé des recherches et s'être informées sur les composantes de l'opération, avoir comparé les avantages et les inconvénients et s'être décidées à vouloir l'obtenir, plusieurs des participantes poussent leurs recherches d'information plus loin et tentent d'obtenir le nom et les coordonnées d'un médecin spécialiste qui serait en mesure de réaliser cette intervention chirurgicale. Il est effectivement primordial de consulter un gynécologue qui accepte de réaliser l'opération. Pour éviter de faire face à un ou plusieurs refus, plusieurs des femmes interviewées ont mentionné dans leurs démarches la recherche sur Internet de listes mentionnant les spécialistes au Québec qui sont ouverts à la possibilité de réaliser l'opération pour ces femmes. Bien qu'elles aient en tête une liste de médecins qui pratiquent la stérilisation et que cela facilite parfois leurs démarches, l'analyse des entrevues démontre que les participantes se préparent également à la visite même avec le médecin.

#### **4.1.3 Se préparer au rendez-vous médical**

Les femmes interviewées pour ma recherche étaient informées des démarches à réaliser et de la difficulté, parfois, d'avoir accès à l'opération — à partir de nombreux témoignages lus sur Internet par rapport à cela. Plusieurs des femmes interviewées se sont également informées sur Internet dans le but de préparer leur rencontre avec le gynécologue. Parfois, elles appréhendaient que le médecin ne soit pas très ouvert et qu'elles aient à le convaincre de leur donner accès à cette opération. Marianne, après avoir réalisé des recherches sur Internet et trouvé la ligature des trompes de Fallope comme moyen de contraception définitif, a ensuite effectué des recherches pour préparer sa rencontre avec le gynécologue à partir de témoignages de femmes qui ont déjà eu la ligature :

Je voulais voir c'était quoi le contexte de ces femmes-là pi c'était quoi genre : ça a tout pris pour que je réussisse à le [médecin] convaincre [...] Des choses comme ça.  
(Marianne, 25 ans)

Marianne s'est informée sur le type de femmes qui avait eu accès à la ligature en prêtant attention, par exemple, au fait qu'elles avaient déjà eu des enfants ou non, afin de mieux préparer les arguments qu'elle devrait présenter au médecin pour le convaincre de lui accorder l'accès à

l'opération de stérilisation irréversible. Marianne précise que c'est justement après avoir lu plusieurs témoignages de femmes qui s'étaient fait refuser l'opération qu'elle avait entrepris ces recherches pour mieux se préparer à un tel refus. Elle me l'a expliqué dans ces mots :

Parce que j'avais fait mes recherches sur qu'est-ce que c'est et tout ça. Je lisais beaucoup de témoignages de femmes qui disaient qu'elles arrivaient juste pas à convaincre leur médecin d'avoir l'opération. (Marianne, 25 ans)

Ainsi, le témoignage des femmes que les participantes lisent sur Internet et les recherches qu'elles font renforcent certes d'un côté leurs appréhensions face au processus, mais permettent d'un autre côté de mieux se préparer à la rencontre avec les médecins en cherchant des moyens d'éviter justement un tel refus. La plupart des femmes avaient même élaboré une liste d'arguments pour se préparer au rendez-vous médical et tenter de convaincre le médecin de leur accorder l'accès à la ligature des trompes de Fallope — bien que certaines n'aient pas eu besoin de les mentionner. Cela a été le cas pour Béatrice :

Ouais, ouais j'étais très préparée. J'avais une liste d'argument. J'étais très bien préparée et j'ai pas du tout eu à parler de quoi que ce soit. Pour elle c'était normal. Que je décidais de le faire, pour elle c'est que c'était réfléchi pi il y avait pas de problème. (Béatrice, 30 ans)

Pour Béatrice et plusieurs autres, cette préparation témoigne des nombreuses recherches qu'elles ont réalisées par rapport à l'opération et à la façon dont d'autres femmes l'ont vécu, mais également de l'expérience du refus de l'accès à la stérilisation. Béatrice a effectivement essuyé plusieurs de ces refus :

Parce que au fil du temps comme j'en ai vu 7-8 ouais 6-7 peut-être. Au fil du temps, j'ai fini par me faire une liste d'arguments nécessaires pour faire face aux rencontres qui fonctionnaient pas plus avec les autres gynécologues [...] (Béatrice, 30 ans)

Cette préparation et la liste d'arguments de ces femmes sont des moyens pour elles de se parer à faire face à de potentiels refus et à la réticence des médecins. De plus, dans le bureau des médecins, plusieurs participantes ont effectivement eu à se servir de leurs arguments anticipés pour tenter de convaincre le gynécologue de leur accorder l'accès à l'opération de stérilisation. Certaines, comme Aurélie, ont tenté de démontrer qu'il s'agit d'un choix très réfléchi :

J'ai dit comme ok c'est pas une idée qui vient de me passer par la tête. Ça fait très très longtemps que j'y pense et que je mets les *pros* et les *cons* l'un en face de l'autre et que je me suis rendu compte que bon ben pour moi ça ne vaut juste pas la peine d'avoir des enfants dans mon opinion. Et elle a signé les documents [...] (Aurélie, 32 ans)

Afin de convaincre la médecin, Aurélie a même poussé plus loin son plaidoyer pour prouver à sa médecin qu'elle était très sérieuse dans sa prise de décision :

[...] j'ai même dit que je serais même prête à aller voir un psychologue et me faire évaluer s'il le faut pour montrer que je suis en état sain et que c'est vraiment une décision qui vient de moi et non d'une influence de quelque part d'autre. Après ça, ça a pris environ 10-15 minutes à se parler comme ça pi finalement elle en est venue, elle m'a montré les deux options. (Aurélie, 32 ans)

Pour sa part, Roxy a tenté de flatter l'égo du médecin qui l'a opéré lors de sa première consultation pour l'intervention chirurgicale :

Je lui ai dit : « moi dans le fond je connais, j'ai une de mes amies que vous avez opérées en 2016 pi elle était jeune pi tout ça faque je me disais que j'avais plus de chance. » Je fais exprès. Je le flatte dans le sens du poil. Je me sentais vraiment comme si je devais — parce que moi je travaillais comme vendeuse dans un magasin à un moment donné — pi je me sentais vraiment comme si je faisais un *speech* de vente là. Je veux ma chirurgie faque là je suis comme : « nous on veut des personnes bienveillantes pour nous opérer pi là ben je connais des gens qui se sont fait opérer par vous. J'ai ma meilleure amie qui s'est fait opérée faque je savais que j'étais entre de bonnes mains si je venais ici. » Mais au début il était comme vraiment pas *open* genre [...] Faque là finalement j'ai revenu en disant, je sais pas trop pourquoi j'ai redit... je suis revenue avec mes petits compliments là du genre moi je voulais un médecin bienveillant pi tout ça. Faque là quand je l'ai flatté dans le sens du poil encore. Là il a fini par faire genre ok on va signer ton papier [...] (Roxy, 29 ans)

Roxy compare son argumentation lors de son rendez-vous médical à des techniques de vente. Les femmes ont donc réellement l'impression d'avoir à convaincre le médecin et utilisent plusieurs types d'arguments pour y parvenir. L'analyse des entrevues a ainsi permis de mettre en lumière cet aspect de préparation du rendez-vous médical par ces femmes en cherchant de l'information sur l'opération elle-même. C'est en lisant des témoignages qui leur ont permis de se préparer à un éventuel refus, en rédigeant une liste d'arguments et en utilisant diverses techniques lors du rendez-vous lui-même, que ces femmes ont pu tenter de convaincre le médecin de leur accorder l'accès à l'opération de stérilisation irréversible qu'elles souhaitaient tant réaliser. Cette grande préparation, autonome par rapport aux services médicaux offerts, contraste avec l'enquête réalisée par O'Connor et al. (2003) sur la prise d'information chez les patients au Canada, mais également avec des études par rapport aux femmes qui ont recours à la stérilisation dans d'autres contextes socio-économiques et culturels (O'Dougherty 2008, De Bessa 2006, Lopez 1993). Habituellement, selon ces diverses études, les patients reçoivent plutôt l'information médicale directement de la part du médecin.

Ainsi, cette recherche d'information et la préparation aux rendez-vous médicaux rendent ces femmes plus outillées dans leurs démarches et facilitent dans quelques cas l'accès à la stérilisation. Il s'agit en fait d'une forme d'agentivité, c'est-à-dire que les femmes font preuve d'un certain pouvoir d'action (Ortner 2006), puisque les démarches et la prise d'information sont des moyens pour ces femmes de pallier les différents obstacles qu'elles craignent d'affronter ou ont déjà affrontés.

## **4.2 Utiliser les ressources du système de santé**

Une fois que les femmes ont passé l'étape de la prise de renseignement par rapport à la stérilisation, plusieurs se lancent enfin dans le processus. Malgré les difficultés rencontrées, les participantes utilisent divers moyens pour contourner les obstacles et contraintes. Dans les prochains paragraphes, je présenterai de quelle façon ces femmes ont utilisé certains aspects du fonctionnement du système de santé pour parvenir à leur objectif — ce qui sera interprété dans le prochain chapitre comme étant une forme d'agentivité.

### **4.2.1 Éviter l'exigence de référence du médecin de famille**

Dans le chapitre précédent, j'ai expliqué que l'accès au médecin de famille et l'exigence d'avoir une référence d'un médecin de famille peuvent constituer des difficultés dans l'accès à l'opération de stérilisation irréversible et que cette exigence est directement liée au fonctionnement du système de santé québécois. Bien que les patientes aient besoin de cette référence pour consulter un gynécologue, plusieurs participantes ont essayé de la contourner. Dans certains cas, c'est parce que leur médecin de famille ne voulait simplement pas leur donner de référence et, dans d'autres cas, par manque d'accès à une consultation avec leur médecin. Plusieurs femmes qui n'ont pas encore eu la ligature envisagent également de passer par d'autres ressources que leurs médecins de famille comme voie d'entrée dans le processus, parce qu'elles appréhendent le fait que leur médecin ne soit pas réceptif à cette idée. Marianne m'a décrit en entrevue les démarches qu'elle compte entreprendre pour obtenir l'opération :

[...] j'étais rendu sur un site de femmes à Montréal pour essayer de trouver s'il y avait une façon d'avoir cette opération-là sans nécessairement passer par mon médecin de famille [...] Donc j'essaie d'autres façons d'atteindre cette opération-là parce que ça avait l'air très difficile à atteindre. Don c'est un peu là que je suis rendue dans mes démarches d'essayer de trouver quelqu'un qui va le faire [...] (Marianne, 25 ans)

Marianne a des appréhensions par rapport au processus et une façon pour elle d'éviter de voir sa demande refusée par son médecin de famille est de réfléchir à une façon d'entrer en contact avec un gynécologue autrement que par le biais d'un rendez-vous avec son médecin de famille. Bien que Marianne n'ait pas encore réussi concrètement cela, quatre des sept femmes qui ont obtenu l'opération ont réussi dans leur parcours à y parvenir. Dans certains cas, comme celui de Vanille, le médecin de famille n'a même pas du tout fait partie du processus menant à l'opération de stérilisation. Le médecin de famille de cette participante a même appris après l'opération de sa patiente que la participante avait réalisé la ligature des trompes de Fallope :

En fait moi j'ai changé de médecin de famille à une période de ma vie. J'étais pas du tout dans ça avec mon premier médecin de famille. C'est quand j'ai rencontré [Nom de la médecin] qui est maintenant mon médecin habituel. Je l'avais pas vue comme tel. Je lui ai pas parlé. Parce que quand je l'ai revue en fait, je faisais affaire avec un médecin au CLSC pour mon injection de Depo-Provera [hormones contraceptives]. Donc c'était pas mon médecin qui s'est occupé de ça. Elle était très étonnée. Étonnée et contente là. (Vanille, 42 ans)

Cela va en fait dans le même sens que le rapport de la Commission sur la santé et le bien-être réalisée au Québec (Gouvernement du Québec 2017). Ce rapport stipule que les médecins de famille sont très peu informés de changements importants de l'état de santé de leurs patients. Pauline envisage également la possibilité d'aller vers une autre médecin qu'elle consulte et qui n'est pas son médecin de famille :

Mais sinon, comme là je vois un médecin justement pour mon anxiété pi tout faque ça fait comme plusieurs fois que je la vois. C'est pas mon médecin de famille rien, mais comme ça fait quand même plusieurs fois que je la vois. Faque je me dis peut-être que je vais continuer de la voir pi lui demander à elle. On sait jamais dans le futur. Elle est ben *sweet* à date. Elle est ben *chill* faque je me dis peut-être qu'il y a des chances que potentiellement ça soit éventuellement accepté. (Pauline, 28 ans)

Pauline réfléchit ainsi à la possibilité que cette médecin lui donne une référence pour consulter un gynécologue. Ces femmes ont pour certaines réussi à contourner l'exigence de consulter d'abord leur médecin de famille pour avoir accès à la suite du processus menant à la stérilisation irréversible. D'autres envisagent de le faire par diverses façons. Le fait de trouver d'autres moyens pour avoir une référence à un spécialiste que de passer par leur médecin de famille, démontre la capacité de ces femmes à naviguer à travers les exigences et contraintes du système de santé pour entreprendre des démarches qui les mèneront ultimement à l'opération qu'elles souhaitent réaliser. Dans plusieurs cas, les femmes cherchent intentionnellement à ne pas passer par leur médecin de



famille en allant parfois jusqu'à ne pas mentionner du tout à leur médecin leur intention de réaliser les démarches pour la stérilisation irréversible. Plusieurs des participantes qui ont déjà réalisé l'opération profitent effectivement d'une consultation avec un spécialiste pour mentionner l'opération.

#### **4.2.2 Mentionner l'opération lors d'une consultation pour un autre motif**

Dans la même ligne des participantes qui tentent de ne pas passer par leur médecin de famille, plusieurs participantes ont profité d'un rendez-vous médical au sujet d'un autre problème pour aborder la stérilisation auprès d'un médecin spécialiste. Dans ce cas, les femmes avaient une référence médicale pour un autre problème de santé. Lors de cette consultation, elles en profitaient tout de même pour aborder la possibilité de réaliser l'opération de stérilisation sans en avoir préalablement parlé avec leur médecin. Pauline mentionne une de ses expériences avec un médecin spécialiste :

J'avais pris rendez-vous je me souviens comme plus pourquoi. Je pense que j'avais genre un champignon de pied, une connerie de même là. Pi justement genre j'avais commencé à poser des questions [par rapport à la stérilisation irréversible]. J'étais comme ouais c'est vraiment quelque chose que je veux. (Pauline, 28 ans)

Ces femmes, sachant qu'il est difficile d'obtenir un rendez-vous avec un médecin spécialiste (Gouvernement du Québec 2017), profite donc d'un rendez-vous avec un gynécologue pour mentionner la possibilité de réaliser l'opération. Cela permet de contourner, d'une part, l'accord nécessaire du médecin de famille et, d'autre part, le temps d'attente pour un rendez-vous lorsque la consultation n'est pas jugée urgente. En effet, en raison des problèmes associés au fonctionnement du système de santé, la majorité des Québécois ne peuvent pas rencontrer de spécialistes dans un délai raisonnable pour leur condition de santé (Gouvernement du Québec 2017). Cela démontre la capacité de ces femmes à utiliser les ressources dont elles disposent au sein du système de santé pour mener à terme leurs démarches jusqu'à l'opération de stérilisation irréversible, puisqu'elles profitent de l'accès à un médecin spécialiste pour un autre problème parfois plus urgent pour aborder la question de la stérilisation irréversible.

C'est par exemple le cas de Fannie qui a consulté un urologue pour un problème urinaire et a pu aborder la question de la stérilisation et ainsi avoir une référence pour un autre gynécologue qui pratique cette intervention. Fannie s'est débrouillée pour parler de la possibilité de réaliser l'opération lors d'un autre rendez-vous qui était probablement plus urgent que si elle avait

simplement attendu de pouvoir le mentionner à son médecin de famille lors, par exemple, d'un rendez-vous annuel. En effet, la disponibilité des médecins de famille est un autre problème dans le fonctionnement du système de santé même pour les urgences (Gouvernement du Québec 2017). Les femmes que j'ai interviewées ne restent pas passives face aux difficultés rencontrées dans le système de santé au plan institutionnel et liées à son fonctionnement. Elles profitent de diverses ouvertures lors de consultations médicales pour aborder le sujet de la stérilisation et tenter d'en obtenir l'accès.

Plusieurs participantes — malgré le fait qu'elles déplorent avoir dû se rendre jusque-là pour revendiquer la ligature des trompes de Fallope — ont profité d'un rendez-vous gynécologique pré-avortement pour demander l'opération de stérilisation. En effet, près de la moitié des participantes ont eu recours à l'avortement suite à un échec de la méthode contraceptive utilisée au moins une fois dans leur vie. C'est le cas de Béatrice qui m'a raconté la procédure préavortement :

Après en janvier 2019, je suis tombée enceinte à cause d'un bris de contraception. Donc je me suis fait avorter à l'hôpital, et à l'hôpital quand on va se faire avorter ils demandent sous quelle méthode de contraception on est tombée enceinte et quelle méthode de contraception tu voudrais utiliser à l'avenir. Donc j'ai mis clairement stérilisation. Et donc à ma rencontre préavortement, le médecin avait vu que je voulais me faire stériliser donc il avait dit ok il y a pas de problème. Il a noté en fait dans mon dossier que le jour de l'avortement, il fallait me faire une consultation en contraception pour éventuellement me faire stériliser. (Béatrice, 30 ans)

Il est important de mentionner que dans le cas de Béatrice cet avortement a eu lieu à la suite de nombreuses démarches auprès de médecins pour avoir accès à la ligature qui se sont soldées par un refus. Elle a donc demandé la ligature lors de l'avortement, mais déplore, comme plusieurs autres femmes d'avoir pu avoir accès à la ligature uniquement après ce cas extrême de refus de grossesse. Les femmes interviewées, comme me l'a expliqué Béatrice, considèrent l'avortement comme une solution de dernier recours et non comme un moyen de contraception à long terme, contrairement à la stérilisation irréversible. Cela témoigne d'un problème au sein du système de santé dans lequel ces femmes ont pu avoir accès à un avortement, mais où il leur a été très difficile avant, et même parfois après cela, de se faire prendre au sérieux et de pouvoir demander la ligature des trompes de Fallope, puis de se le faire accorder par un médecin. Cela est notamment dû au fait que leur savoir subjectif (Blais 2006) n'est pas assez pris en compte dans la prise de décision concernant les soins et les traitements des patients au sein du système de santé québécois (Gouvernement du Québec 2017).

Certaines femmes ont ainsi entrepris des démarches afin d'utiliser certaines ressources ou occasions au sein du système de santé pour obtenir la ligature des trompes de Fallope. Elles avaient généralement une référence pour consulter un spécialiste pour un autre motif — parfois même un motif d'avortement ! — et profitaient de cette occasion pour aborder la possibilité de réaliser l'opération avec ce médecin. Dans la dernière sous-section de ce développement qui concerne l'ingéniosité mise en œuvre face au système de santé, je considérerai maintenant de quelle façon, suite à leurs recherches, les femmes tentent parfois de se faire référer à un gynécologue spécifique qu'elles jugent plus ouvert que d'autres à la possibilité de réaliser l'opération.

### **4.2.3 Se faire référer à un spécialiste ouvert d'esprit**

Plusieurs participantes, comme mentionné précédemment, sont informées sur les médecins qui sont davantage ouverts que d'autres à la possibilité de réaliser l'opération de stérilisation irréversible chez des femmes qui n'ont pas eu d'enfant. Dans les cas où elles connaissaient le nom de ces spécialistes, les participantes ont essayé par divers moyens d'obtenir une consultation auprès de ces médecins pour avoir la ligature. Fannie me l'a mentionné lorsque nous discutons des démarches qu'elle a entreprises jusqu'à la stérilisation irréversible :

Hum en fait moi je rencontrais un urologue parce que j'avais des problèmes de vessie et puis j'ai demandé à l'urologue qu'elle me réfère à ce gynécologue-là spécifiquement.  
(Fannie, 25 ans)

Comme l'explique Fannie, plusieurs femmes savent déjà quel médecin elles veulent rencontrer parce qu'elles ont entendu dire qu'il était plus ouvert. Les participantes vont même parfois jusqu'à demander une référence pour un médecin en particulier, ce qui montre leur capacité à utiliser les ressources à leur disposition dans le système de santé pour parvenir à se faire accepter pour l'opération de stérilisation. La meilleure amie de Roxy s'est fait ligaturer avant cette participante, par un médecin réputé pour être particulièrement ouvert. Roxy a ainsi essayé d'avoir rendez-vous avec ce gynécologue en particulier parce qu'elle pensait avoir plus de chance de se faire accepter par ce médecin :

À cause de ça [que sa meilleure amie s'est fait ligaturer il y a quelques années], ce qui est drôle c'est que là moi je me disais c'est sûr que si je m'en va me faire ligaturer j'essaie d'avoir un rendez-vous avec le même médecin que ma meilleure amie a eu parce que je sais que lui il est *open* [...] (Roxy, 29 ans)

Roxy, dans son témoignage, exprime le fait qu'elle cherche à consulter un médecin spécialiste en particulier dans le système de santé pour éviter le plus possible de se faire refuser par un autre médecin qu'elle ne connaîtrait pas et qui s'avérerait opposé à ce qu'elle réalise la ligature, pour toute sorte de raisons. Aurélie, qui a également obtenu l'opération, a profité d'une consultation pour un autre motif pour aller voir une gynécologue en particulier dont elle savait qu'elle réalisait la ligature pour des femmes qui n'avaient pas d'enfant :

Mais ce médecin-là m'a demandé c'était quand la dernière fois que j'ai eu un Pap test. Et dans le fond que j'avais trente ans quand il m'a demandé ça et j'avais 21 ans la dernière fois que j'en avais passé un. Ça faisait 9 ans là. Il était un peu inquiet donc il m'a donné essentiellement un papier pour aller voir un ou une gynécologue de mon choix. C'est à partir de là que j'ai vu mon espèce de fenêtre d'entrée sur ok là je pourrais aller voir Mme [nom de la médecin] pi comme essayer le mieux possible de comme réussir à la convaincre essentiellement de me stériliser. (Aurélie, 32 ans)

Aurélie a perçu la référence de son médecin pour réaliser un test Pap comme une occasion pour consulter la gynécologue qu'elle avait repérée dans ses recherches. Sa démarche pour rencontrer cette gynécologue en particulier a porté fruit puisque cette participante a été opérée par cette gynécologue. Elle avait ainsi vu juste, en profitant du rendez-vous médical « passe-partout » pour le test Pap, pour aborder la possibilité de réaliser l'opération de stérilisation. Dans son témoignage, la façon dont s'exprime Aurélie montre bien l'aspect intentionnel de profiter d'un rendez-vous médical pour aborder le sujet.

Pour résumer les résultats de cette section, plusieurs des participantes n'ont pas effectué toutes les étapes généralement réalisées pour avoir recours à la stérilisation. Plusieurs n'ont pas eu de référence de leur médecin de famille et se sont directement essayées avec un gynécologue, en profitant d'un rendez-vous médical pour une autre raison afin de demander la ligature au spécialiste. Dans d'autres cas, des participantes ont eu recours à l'avortement suite à un échec de la méthode de contraception utilisée et en ont profité pour évoquer, avec le chirurgien responsable de l'opération, la possibilité de se faire stériliser. Aussi, plusieurs femmes ont cherché à rencontrer un médecin en particulier qu'elles avaient repéré dans leurs recherches d'information. Cela démontre bien l'aspect intentionnel et préparé de plusieurs démarches effectuées par ces femmes. Les participantes à ma recherche ne sont donc pas restées passives face aux défis des nombreuses et complexes démarches administratives à réaliser. Certaines, voyant ou craignant qu'une certaine avenue leur soit impossible, ont cherché des moyens d'atteindre leurs objectifs en contournant certaines exigences administratives du système de santé.

Ainsi, la diversité des parcours des femmes jusqu'à la stérilisation montre que malgré les exigences administratives et fonctionnelles du système de santé au Québec, certaines femmes ont réussi à obtenir la stérilisation par des voix de contournement. Cela démontre la capacité de ces femmes de faire appel aux ressources dont elles disposent au sein du système de santé pour parvenir à leur objectif de ligature des trompes de Fallope. C'est en réalité une forme d'agentivité (Ortner 2006). Cela fait écho à la perspective du patient actif plutôt que passif qui émerge depuis quelques années dans la pratique des soins et qui est de plus en plus envisagée dans le domaine médical (Armstrong 2014, Flora et al. 2015). Cela fait aussi écho au désir des patients d'être davantage impliqués dans leur traitement (Légaré 2009, Fainzang 2013). La dernière section du chapitre concerne la façon dont les femmes font face aux difficultés émotives du processus en créant de véritables réseaux de solidarité et d'entraide par l'entremise des réseaux sociaux.

### **4.3 Solidarité**

Tout au long de leurs démarches jusqu'à réaliser enfin la stérilisation irréversible, les participantes m'ont exprimé un sentiment de solidarité envers les autres femmes qui effectuent des démarches similaires aux leurs. Je présenterai dans la présente section de quelle façon les femmes que j'ai interviewées font face aux difficultés qu'elles rencontrent dans le processus en créant des communautés et de réels réseaux de soutien dans leurs démarches. Une fois l'opération réalisée, ce sentiment de solidarité persiste et plusieurs femmes ont exprimé le désir de témoigner de leur expérience et de cette réussite personnelle d'avoir réalisé l'opération de stérilisation irréversible.

#### **4.3.1 Création de communautés**

Un peu plus de la moitié des femmes qui ont participé à mon étude (7) font partie de groupe sur Internet, majoritairement sur Facebook. Ces groupes sont des pages d'information sur la stérilisation ou des pages dédiées aux personnes sans enfant par choix. C'est d'ailleurs sur trois de ces groupes que j'ai effectué une partie de mon recrutement. Sur ces groupes, les membres sont amenés à partager et à publier du contenu à condition que cela respecte les règles fixées par les administratrices et gérées par les modératrices. Les publications sont généralement des questionnements, des anecdotes de vie ou encore des mèmes<sup>3</sup> qui sont liés aux thèmes de ces pages.

---

<sup>3</sup> Les mèmes sont des images avec du texte, généralement quelques mots seulement qui ont souvent une visée humoristique ou sarcastique. Ces mèmes sont diffusés largement sur internet et sont adaptés sous de nombreuses variations, ce qui crée un effet d'engouement et de popularité (Larousse 2021).

J'ai aussi remarqué que la plupart des publications visent à promouvoir un mode de vie sans enfant : les membres échangent sur ce qu'un tel mode de vie leur permet de faire. Il y a également tout un volet de publications destinées à demander ou à fournir toute sorte d'informations sur la stérilisation ou encore le mode de vie sans enfant. Certaines publications proposent par exemple différents hôtels réservés aux plus de 18 ans ou des itinéraires de voyage à effectuer sans enfant. Il y a beaucoup de publications en lien avec les animaux de compagnie considérés souvent comme leurs enfants par les membres des groupes. En parcourant ces pages, j'y ai décelé beaucoup de convivialité dans les échanges, rendus possibles notamment grâce au travail des modératrices et au fait qu'il s'agit de groupes privés. Parmi les trois groupes sur lesquels j'ai davantage porté mon attention, un est destiné à la communauté internationale, un autre s'adresse aux francophones (principalement des Français) et un dernier est principalement québécois. La majorité des participantes à ma recherche ont consulté plusieurs pages.

Béatrice qui a fait partie de groupes en lien avec la stérilisation et d'autres en lien avec son identité *childfree* explique selon elle la différence entre ces pages Facebook :

Sur les groupes de stérilisation, moins, mais sur les groupes de *childfree* oui, il y a un esprit de communauté très fort puisque ça englobe des valeurs générales qui sont partagées par à peu près tout le monde. On a des raisons des fois un peu différentes de pas avoir d'enfant, mais le fondement reste sensiblement le même. Alors que pour la stérilisation, c'est très variable, il y a des gens qui ont des enfants, il y a des gens qui en ont beaucoup. Il y a des gens qui se font stériliser plus par dépit que par réelle volonté ce qui fait qu'il y a pas forcément de valeurs très communes outre le fait de vouloir disposer de son corps comme on veut. C'est pas forcément quelque chose je trouve de très, il y a pas beaucoup d'esprit de communauté. C'est beaucoup plus des groupes informatifs où chacun mettent l'information et oui il y a moyen vraiment d'aller chercher l'information, mais il y a pas vraiment d'esprit de communauté très fort je dirais. (Béatrice, 30 ans)

Comme expliqué dans la première section de ce chapitre, les femmes utilisent d'abord les ressources Internet et les différents groupes sur les réseaux sociaux afin d'obtenir des renseignements au sujet du parcours jusqu'à l'opération ou de l'intervention chirurgicale elle-même. Béatrice explique que certains groupes — au-delà des informations qu'ils peuvent fournir — constituent de véritables communautés. Les femmes retrouvent sur ces groupes des personnes qui vivent des situations semblables et qui les comprennent. Plusieurs participantes — dont Béatrice — ont également mis l'accent sur les valeurs partagées par les membres de ces groupes, ce qui crée un réel esprit de communauté.

De la même façon, Roxy a mis sur pied une page Facebook pour des personnes qui ne veulent pas d'enfant. Les membres de la communauté abordent la stérilisation, mais aussi d'autres aspects de la vie sans enfant par choix. Selon elle, ce groupe a une importance pour beaucoup de membres qui souhaitent réaliser l'opération de stérilisation :

On a vraiment senti que le groupe correspondait à un besoin comme c'est devenu vraiment gros là. Je sais pas on est rendu à combien de membres, mais ça a grossi vraiment vite. Pi il y a vraiment du monde qui était comme hey une chance qu'on a le groupe... pi il y a plein de monde qu'on s'est dit on va pouvoir s'en servir pour se donner des références. Comme je dis on se donne des références de médecin qu'on sait qui sont ouverts d'esprit, on se conte nos histoires, ça aide à se trouver des arguments sur comment réagir. (Roxy, 29 ans)

Dans le cas de Roxy, la communauté a fini par dépasser le cadre des réseaux sociaux puisque cette participante a organisé une rencontre dans un restaurant avec les membres du groupe :

Pi c'est le fun parce qu'on a fait même des petites rencontres des fois. Mettons au mois de février là justement. Ça faisait une semaine que j'avais eu mon opération. On a fait une petite rencontre dans un petit resto à Québec. On était genre 7 personnes ou 8. [...] Faque c'était vraiment le fun. On était comme yeah ! On se comprend genre pi tout. Pi j'ai rencontré une de mes amies de même. [...] Mais il y a justement 2-3 ans, quand on avait fait la première rencontre dans une petite terrasse quelque part, il y a une fille qui est venue justement du groupe qu'on avait tous jamais rencontré pi elle justement c'est devenu notre amie. Pi je l'ai vu genre ça fait 2 semaines. On garde contact. On est amie. (Roxy, 29 ans)

Ces groupes permettent à ces femmes de créer des liens et même des amitiés avec des personnes qui leur ressemblent, qui ont des valeurs et des modes de vie semblables. Ces femmes créent des amitiés qui vont au-delà de la période de prise d'information pour leurs démarches jusqu'à la stérilisation irréversible.

Cependant, l'appartenance à ces groupes est souvent limitée dans le temps pour les participantes. La majorité m'a effectivement mentionné qu'elle participait à ces groupes principalement pour la durée des démarches jusqu'à la stérilisation. Après son opération, Lili a peu à peu perdu contact avec un groupe :

Pi a un moment donné avec le temps, j'ai comme un peu perdu le fil pi ça a juste arrêté d'apparaître sur mon fil d'actualité [sur Facebook]. Pi c'est mort de sa belle mort. Mais c'était vraiment le pendant là. (Lili, 41 ans)

Lorsqu'elle me parlait de l'utilisation qu'elle faisait de ses groupes, Lili a insisté sur cet aspect ponctuel lié aux démarches jusqu'à la stérilisation. Ainsi, les participantes utilisent ces groupes et

font partie de ces communautés généralement lorsqu'elles entreprennent les démarches jusqu'à la stérilisation. Elles délaissent peu à peu leur activité sur ces groupes ou se désabonnent même parfois de ces pages suite à leur opération. Certaines y reviennent de façon ponctuelle pour des besoins plus spécifiques. C'est le cas de Fannie qui a de nombreux effets secondaires de l'intervention chirurgicale :

Mais c'est un peu comme ça que je le vois faque moi en fait je suis revenue sur la page il y a peut-être un mois à peu près pour parler de mes effets secondaires pour voir s'il y avait d'autres gens qui avaient vécu ça. Donc c'est pour ça que je suis revenue sur la page. Sinon je n'y étais plus. Hum présentement ça l'a pas vraiment une grande importance cette page-là pour moi. (Fannie, 25 ans)

Cela montre que les femmes utilisent ces groupes selon leurs besoins et qu'ils deviennent en quelque sorte un outil qui agit à la fois comme une source d'information et un support, avec le sentiment que ces groupes constituent des communautés où on peut échanger à propos de son expérience.

En résumé, ces groupes et pages Facebook, au-delà de l'information qu'ils peuvent fournir aux femmes qui souhaitent entreprendre les démarches jusqu'à la ligature des trompes de Fallope, constituent de véritables communautés. Les participantes retrouvent sur ces groupes des personnes avec qui partager des valeurs, un mode de vie et surtout, leur expérience. Ces communautés sont donc très importantes dans la façon dont les femmes vivent le processus jusqu'à l'opération puisqu'elles retrouvent dans ces communautés un support dans leurs démarches qu'elles ne ressentent pas nécessairement dans leur entourage ou auprès de leur médecin. Ce dernier aspect sera développé dans les prochains paragraphes.

### **4.3.2 Support**

Les femmes ont été plusieurs à exprimer lors des entretiens que ces groupes Facebook, en tant que communautés, leur offraient un soutien tout au long du processus et un sentiment de solidarité qu'elles ne ressentent pas nécessairement dans leur entourage. Il y a d'abord beaucoup de solidarité sur ces communautés Internet entre les femmes qui ont déjà réalisé l'opération et celles qui cherchent à entreprendre les démarches. C'est une femme d'un de ces groupes qui a parlé à Fannie de la possibilité de faire cette opération :

Et puis Spotted Québec ils me l'ont publié et puis rendu là il y a une fille qui m'a parlé de la page sur laquelle vous m'avez trouvé. Donc j'ai été m'abonner à cette page-là et



cette fille-là m'a dit moi aussi j'ai été ligaturée. La fille elle doit avoir comme 26 ans. Elle est très très jeune. Elle a pas d'enfant non plus pi euh elle m'a dit je connais un gynécologue qui le fait pi qui accepte de ligaturer des femmes sans enfant. Faque là c'est là que j'ai fait ma démarche en gros pour avoir une rencontre avec ce gynécologue-là. (Fannie, 25 ans)

Le fait d'être la seule personne de leur entourage à ne pas souhaiter avoir d'enfant ou à entreprendre les démarches peut créer un sentiment d'isolement tout au long du processus. Le groupe créé par Roxy permet justement aux membres de s'exprimer sur certains aspects de leur vie que des personnes qui ne s'identifient pas comme *childfree* ont plus de difficulté à comprendre :

On voyait les gens que ça répondait à un vrai besoin ça leur faisait vraiment du bien. Ou même nous que moi des fois j'étais comme bon j'ai eu une anecdote je vais aller la conter sur le groupe. Pi on va juste avoir une discussion cool pi on va pas se sentir tout seul. On se sent moins tout seul des fois parce que moi à ma job, j'ai juste une collègue *childfree* mettons pi j'étais la seule qui était comme ah moi ça me tente pas moi que le monde amène leurs enfants dans des activités de job là. Ça a aucun rapport. Faque là je me sentais comme la seule, faque je disais rien. Là j'étais comme voyons pourquoi... Faque je trouvais ça le fun des fois le comme au moins sur le groupe on sait qu'on a sûrement du monde qui pense comme nous pi qu'on va se sentir c'est ça, on va se sentir. (Roxy, 29 ans)

Eva n'a pas encore réalisé l'opération, mais a déjà l'impression que le groupe auquel elle adhère sur Facebook peut lui apporter un support dans ses démarches :

C'est plus aussi des réflexions de comment on vit ça même avec notre entourage. Des fois c'est comme vu que je sais pas, que la vision de la famille et de la vie de couple pi, de la famille qui s'en suit les attentes autour de ça donc comment que d'autres vivent ça aussi dans leur entourage. Pi des fois c'est un petit peu au niveau des conseils parce que c'est quelque chose qui est potentiellement isolant pi qui peut autrement dit être un facteur qui peut t'éloigner de ton entourage. T'as pas nécessairement la même, t'as pu nécessairement la même perspective qu'eux autres quand ton entourage, tes amis ont des enfants pi c'est plus dur de connecter. Pi des fois c'est isolant donc il y a ça aussi de comment gérer ça. Pi comment aussi justement il y a des gens qui utilisent ça comme rencontre de gens qui sont un peu plus avec les mêmes intérêts à ce niveau-là donc ça aussi ça aide. (Eva, 30 ans)

Eva a également eu le sentiment que le parcours jusqu'à la stérilisation irréversible est une démarche qui peut créer de l'isolement. En ce sens, le groupe fournit un support et le sentiment d'être entourée (qui est très important pour les femmes que j'ai interviewées et qui va au-delà des informations pratiques et logistiques telles que mentionnées par plusieurs des participantes).

Cet esprit de communauté crée un sentiment d'être supportée dans les différentes étapes du processus et d'être comprise dans ses valeurs et son mode de vie. Ces groupes sont donc très

importants pour les femmes qui vivent le processus — qui peut être difficile au plan émotif et poser problème dans son accessibilité, tel que mentionné dans le chapitre précédent.

Cela permet parfois de faire face au manque de soutien dans l'entourage ou simplement au fait de ne connaître personne d'autre qui soit passé par ce parcours particulier et, rappelons-le, encore marginal. Ces groupes ont été précieux pour Lili en ce sens :

Étant donné que j'ai personne dans mon entourage qui a vécu ça. J'ai trouvé le groupe, les, j'étais sur 2-3. Il y en a un qui était plus français, un qui était plus canadien. Euh pi il y a aussi le, t'as l'aspect ligature de j'ai 4 enfants, j'ai 32 ans j'en veux pu. Ok t'as toute ce côté-là qui me touche pas pantoute. Moi c'était justement stérilisation *childfree* ou est-ce qu'il y a vraiment le côté psychologique et le côté pression sociale ou est-ce que le monde se parlait de ça : « Vous, vos parents ont dit quoi ? Euh justement vos conjoints. » Justement ça c'est le côté qui m'intéressait. Pi le côté justement plus logistique où c'est tu vrai que ça fait mal ? On peut-tu faire du sport après ? La cicatrice, ça a l'air de quoi ? Vraiment le côté logistique. Donc oui vraiment pour moi les groupes Facebook ont été vraiment importants. (Lili, 41 ans)

Ce groupe a d'ailleurs été un réel support le jour même de l'opération pour Lili. La majorité des participantes qui ont réalisé l'opération étaient accompagnées le jour J. Pour sa part, Lili s'est rendue seule à l'hôpital :

Le matin, je me suis réveillée trop de bonne heure, excitée ok. Euh comme si je partais en voyage pi c'est sûr que t'as toute le côté logistique. J'allais à l'hôpital en autobus parce qu'après tu peux pas revenir. C'est niaiseux, le stress de prendre l'autobus ce que j'avais pas fait depuis 8 ans pi j'étais dans l'autobus pi j'étais sur un groupe Facebook qui s'appelle justement ligature euh je me rappelle pas quoi, mais un groupe sur lequel les filles parlent de leur ligature pi quand c'est le jour J normalement les gens envoient une photo pi on dit : « heille c'est mon jour J ». Pi la toutes les filles te disent : « bonne chance, on pense à toi ». Pi ça m'a tellement fait du bien dans le fond d'avoir un support virtuel même si c'était d'inconnues parce que j'avais pas personne qui m'accompagnait pour aller là-bas dans le fond. (Lili, 41 ans)

Lili a donc ressenti beaucoup de support de la part des membres de la page Facebook qu'elle fréquentait durant les démarches jusqu'à l'opération. Elle s'est sentie accompagnée par les personnes qui fréquentent ce même groupe Facebook alors qu'elle n'avait pas d'accompagnateur de son entourage.

Ainsi, ces pages peuvent constituer de réels groupes de support et un véritable soutien dans l'expérience que font ces femmes du processus menant jusqu'à l'opération de stérilisation. Au-delà des informations qu'elles y retrouvent, les pages constituent de réelles communautés dans lesquelles les femmes — et quelques hommes précisons-le — partagent des valeurs et s'entraident.

En résulte un sentiment de solidarité au sein de ces communautés forgées autour de l'expérience commune de ne pas vouloir d'enfant et de souhaiter réaliser l'opération de stérilisation irréversible. Ce sentiment de solidarité a conduit plusieurs des participantes à vouloir à leur tour témoigner de leur parcours dans ces communautés ou dans leur entourage.

### 4.3.3 Témoignage

Un peu plus de la moitié des participantes m'ont mentionné le fait qu'elles souhaitaient témoigner de leur expérience d'une façon ou d'une autre, qu'elles aient réalisé ou non l'opération. Parmi celles qui ont été stérilisées, plusieurs m'ont confié avoir écrit une publication sur les réseaux sociaux pour déclarer qu'elles avaient fait l'opération. Béatrice a publié un message sur Facebook suite à son opération :

Je pense que j'en avais parlé une fois sur Facebook. J'avais fait un *post* quelques jours après l'opération pour un peu revendiquer le fait que je l'avais fait et tout. (Béatrice, 30 ans)

Les femmes ressentent donc ce besoin de mentionner qu'elles ont effectué l'opération. Aurélie a même fait allusion lors de l'entrevue à une sorte de « *coming out* » :

Après ça j'ai pris environ un an et demi après mon opération et j'ai fait un espèce de *post coming out* sur Facebook expliquant qu'est-ce qui s'est passé. (Aurélie, 32 ans)

Le fait de comparer cette publication à un *coming out* renvoie finalement au dévoilement d'une identité qui n'est pas nécessairement visible et connue de tous. Cette opération sur le corps est invisible contrairement à d'autres interventions telles que les chirurgies esthétiques (Suissa 2008). Au-delà de cette revendication identitaire, ces publications Facebook sont pour ces femmes des témoignages de leur expérience. Béatrice, qui n'en parle pas spécialement beaucoup dans la vie de tous les jours, est très active sur les réseaux sociaux par rapport à son choix de ne pas avoir d'enfant et d'avoir réalisé l'opération de stérilisation. Pour elle, parler de son expérience fait partie d'une revendication de ses droits :

[...] disons de la ligature en soi, j'en parle beaucoup sur les groupes de stérilisation, sur les groupes *childfree* des choses comme ça. J'en parle quand même toujours parce que c'est dur d'accès et c'est problématique que ce soit devenu aussi dur d'accès et qu'on ait aussi peu de droits sur notre corps. (Béatrice, 30 ans)

Malgré le fait qu'elles n'aient pas encore réalisé l'opération, plusieurs participantes m'ont tout de même parlé de l'importance de faire connaître la réalité des femmes qui souhaitent avoir recours à

cette opération. Coralie veut sensibiliser son entourage à cette réalité en témoignant de son expérience :

[J'ai] pas peur de le dire non plus que je suis *childfree* euh vraiment par choix parce que dans un sens j'ai comme pas peur de choquer les autres. J'aime ça en parler. J'aime ça quand les gens me posent des questions sur c'est quoi mes raisons pi c'est ça en même temps ça me permet de les éduquer peut-être un petit peu pi ouais non c'est ça c'est quelque chose que j'apprécie quand même. [...] pi étant donné que c'est quand même méconnu, je dis ben l'acceptation vient avec l'exposition aussi. On devient plus tolérant quand on est exposé aux phénomènes auxquels on est pas habitués faque euh non c'est ça c'est comme dans mon entourage j'ai pas peur d'en parler. (Coralie, 27 ans)

C'est également l'avis d'Eva que parler davantage de ce phénomène entraînerait une plus grande inclusion et sentiment de reconnaissance dans la société des personnes qui ne veulent pas d'enfant et des femmes qui entreprennent des démarches pour la stérilisation irréversible :

C'est aussi une question d'inclusion dans le sens que quand tu t'assois à une table et qu'il y a une conversation, ben souvent ça va tourner autour de mes enfants, ma vie de famille nucléaire tandis qu'un *childfree* va être comme ben j'ai pas tant à dire là-dessus pi je peux éprouver de l'empathie pi en même temps je me sens pas tant que ça reliée à cette situation-là. Faque si, s'il y avait plus de visibilité il y aurait plus d'ouverture justement à ce que ces gens-là [sans enfant par choix] participent plus à justement à la vision publique ou à l'opinion de tout aussi faque euh pi je pense justement, je pense que même les parents en tireraient des avantages aussi d'avoir, d'inclure des gens comme ça dans leur vie. Je pense que ça leur serait, j'ai l'impression que ça leur serait rafraichissant aussi là. Faque juste dans un but d'avoir justement plus de connexion ça serait... Je pense qu'on aurait intérêt à avoir plus de revendications pi de visibilité. (Eva, 30 ans)

Diane, pour sa part, souhaite également témoigner de son expérience afin non pas de revendiquer un meilleur accès à cette intervention chirurgicale, mais pour montrer à d'autres femmes que c'est possible d'y arriver :

Donc je suis comme non non ça existe des histoires positives. J'ai 29 ans pi aucun enfant. Faque pour moi c'est important, si je peux amener un témoignage positif, je vais le faire. Parce qu'il y en a pas beaucoup, mais il y en a. (Diane, 31 ans)

Plusieurs femmes souhaitent effectivement témoigner de leur expérience par solidarité envers d'autres femmes qui entament le processus. Aurélie, après avoir entendu en entrevue une femme qui souhaitait se faire stériliser, a écrit à cette personne pour lui donner la référence de la gynécologue qui l'a opérée :

Bin en réalité je l'ai partagé à une autre femme hum. [...] ça m'a vraiment touchée alors j'ai trouvé cette dame-là via Facebook et j'ai trouvé son *e-mail* essentiellement et je lui

ai envoyé un courriel lui parlant de mon témoignage pi je lui ai donné le nom de ma docteur. Je lui ai dit cette docteur-là m'a stérilisée à l'âge de 30 ans et je sais qu'elle a déjà stérilisé une autre fille de 23 ans. Donc elle ne devrait pas en principe vous refuser votre stérilisation que vous cherchez. (Aurélië, 32 ans)

Ainsi, les entrevues avec les participantes m'ont permis de comprendre l'importance pour ces femmes de témoigner de leur expérience afin de mettre à jour les enjeux liés à la stérilisation, comme l'accès à l'opération et le sentiment de ne pas avoir le droit de choisir pour son propre corps. Ces témoignages sont également un geste de solidarité envers les autres femmes qui souhaitent entreprendre ces mêmes démarches. Dans le même sens, à la fin des entrevues avec la majorité des participantes, ces femmes m'ont exprimé leur sentiment que la recherche que je conduis est importante pour elles. Plusieurs m'ont dit que mon projet permet justement de leur prêter enfin une voix et de rendre compte de leur témoignage, au sujet d'une démarche encore mal connue.

En conclusion, les femmes qui entreprennent le processus font preuve d'une grande solidarité les unes envers les autres dans cette expérience qui peut comporter des aspects difficiles. À travers la création de communautés sur Internet qui dépassent parfois ce cadre, les femmes se donnent un support qu'elles n'ont pas nécessairement dans leur entourage et plusieurs m'ont exprimé le besoin de partager leur expérience par solidarité envers celles qui n'ont pas encore réussi à obtenir l'accès à l'opération. Malgré les difficultés qui font partie de leur expérience du parcours menant à la stérilisation irréversible, les femmes que j'ai interviewées ne sont pas restées passives dans leurs démarches. Elles se sont informées, sont allées chercher les ressources dont elles avaient besoin dans le système de santé ; elles passent à travers les démarches en solidarité avec celles qui l'ont déjà fait ou qui souhaitent réaliser l'opération. En fait, cette démarche — au-delà du désir personnel d'avoir recours à la stérilisation comme moyen de contraception — revêt une dimension de lutte pour que toutes puissent pouvoir disposer de leur propre corps comme elles le veulent sans jugement de la part des médecins, même (et surtout) lorsque ce choix ne correspond pas nécessairement aux valeurs de ces derniers. Cette lutte passe donc par le fait qu'elles réussissent à avoir accès à l'opération et qu'elles en témoignent par la suite de diverses façons.

## Chapitre 5. Un processus d'affirmation identitaire, entre agentivité et biopouvoir

Je veux pas altérer mon corps. J'aimais pas trop l'idée [de me faire stériliser]. Pi dans le fond, j'avais avant comme moyen de contraception, j'utilisais le stérilet au cuivre justement parce que je voulais pas d'hormones. Je voulais vraiment que ça soit pas trop intrusif. Pi même le stérilet j'étais comme sérieux ça *fit* semi dans mes valeurs, mais j'avais besoin d'avoir la sécurité d'avoir un moyen de contraception pi tout ça. (Roxy, 29 ans)

Cette affirmation de la part de Roxy démontre que le moyen de contraception utilisé par les femmes est un enjeu très important pour elles sur le plan de la santé, mais aussi de la liberté sexuelle. Son désir de sécurité en matière de contraception était tellement élevé qu'elle a réussi à passer par-dessus ses craintes en ce qui a trait aux chirurgies pour envisager la ligature des trompes de Fallope qui est un moyen de contraception qui lui convenait beaucoup plus que d'autres types de contraceptif. Cela démontre encore une fois toute l'importance que constitue pour ces femmes l'accès à la stérilisation irréversible qui incarne pour elles un moyen de contraception définitif et complètement sécuritaire.

Maintenant qu'ont été présentées les difficultés rencontrées par les femmes et les manières dont elles les surmontent, aux différentes étapes du processus, je souhaite pousser plus loin l'analyse en explicitant dans ce chapitre trois aspects qui m'ont semblé particulièrement importants, quant à l'expérience des femmes tout au long de ce processus. Je présenterai de quelle façon une forme d'identité liée à l'infécondité volontaire émerge et est renforcée pour ces femmes qui ont recours à la stérilisation irréversible —, et ce, à travers tant les aspects positifs que négatifs de l'expérience. Ensuite, je démontrerai de quelle façon l'expérience des femmes du processus peut être analysée comme une forme d'agentivité de leur part au sein du système de santé. Je souhaite également explorer la dimension d'agentivité que revêt la ligature des trompes elle-même pour ces femmes en tant que prise de contrôle sur leur corps et leur sexualité. Finalement, l'expérience des femmes qui choisissent l'infécondité volontaire sera analysée par le biais du prisme du biopouvoir qui existe au sein du système de santé en lien avec la marginalité de leur choix et de leur démarche qui se situent en dehors des normes établies par rapport à la féminité au Québec. Cela permettra de mieux cerner ce qui est en jeu dans la stérilisation irréversible au Québec.

## 5.1 Un processus identitaire

Plusieurs auteurs tels que Rose (2007), Roberts (2007) et Whyte (2009) se sont intéressés au rapport entre l'identité et les biotechnologies. Rose (2001, 2007) s'est inspiré du concept de biosocialité d'abord élaboré par l'anthropologue Rabinow (1996) pour proposer une analyse de l'impact du développement des technologies dans la production de nouvelles identités en lien avec l'émergence de nouvelles façons de concevoir la citoyenneté. Dans la présente section, j'analyserai l'expérience des femmes tout au long du processus menant à la stérilisation afin de montrer qu'une forme d'identité émerge du recours à cette biotechnologie, mais également des diverses expériences et du sentiment d'être en marge de la norme sociale établie.

Avant de m'attarder à cette analyse, je souhaite simplement nuancer mes propos au sujet de l'émergence d'une identité au cours du processus. En effet, mon impression première et générale des entrevues était que l'identité *childfree* n'est pas centrale dans l'expérience de ces femmes et dans la façon dont elles se perçoivent. J'utilise encore une fois l'expression *childfree* puisque c'est ce terme même qui était employé par les participantes ainsi que l'expression « sans enfant par choix ». Il ne s'agit pas d'une partie de leur identité qu'elles souhaitent mettre de l'avant dans leur quotidien. Cette identité est tout de même mise de l'avant sur les applications de rencontre et lors de rendez-vous amoureux (par exemple, au début d'une relation où elles considèrent cela important de le mentionner). Malgré tout, le fait d'avoir recours à la stérilisation et de passer par les diverses étapes du processus au sein du système de santé a contribué à l'émergence d'une identité liée à ce processus. Autrement dit, le constat que j'établis se lit entre les lignes des propos des participantes, comme en filigrane du texte de leur récit.

Il sera d'abord question du processus comme façon pour ces femmes de concrétiser leur choix de ne pas vouloir d'enfant. Ensuite, je présenterai de quelle façon leur expérience du processus a conduit plusieurs de ces femmes à souhaiter revendiquer ouvertement une identité *childfree* qu'elles considèrent comme étant en dehors de la norme. Finalement, je montrerai en quoi leur expérience du processus a contribué à forger un sentiment communautaire et identitaire qui sera discuté à partir du concept de biosocialité.

### 5.1.1 Devenir officiellement une femme sans enfant par choix

La stérilisation a été pour ces femmes une façon de concrétiser leur choix d'être sans enfant. Plusieurs femmes m'ont effectivement mentionné chacune à leur façon de quelle manière cette opération représente pour elles un geste fort et important dans leur vie tel qu'expliqué dans les chapitres précédents. Béatrice considère que l'opération a été pour elle un geste qui « clôturait un peu le fait [qu'elle] ne v [oulait] pas avoir d'enfant », ce qui venait en quelque sorte confirmer le fait qu'elle n'en voulait et n'en aurait pas. Elle utilise les termes *clôture* et *confirmation* ce qui montre que l'opération de stérilisation et le fait même d'être ligaturée sont la concrétisation de ce non-désir d'enfant. L'opération est effectivement définitive ce qui rend le geste encore plus fort une fois concrétisé. D'ailleurs, Pauline — qui n'a pas encore réalisé l'opération — m'a mentionné avoir de la difficulté à s'identifier réellement comme femme sans enfant par choix. Cela montre l'importance que les femmes accordent à l'opération de stérilisation pour se définir réellement en tant que *childfree* ou femme sans enfant par choix.

La stérilisation observée sous cet angle d'analyse peut même être envisagée comme un rite de passage, un rituel qui permet à ces femmes de devenir officiellement des femmes sans enfant par choix. Ouellette (1993) explique qu'« un rite de passage attire l'attention sur le changement de statut, alors que sa fonction principale passe inaperçue, celle d'instituer une division sociale arbitraire, non pas entre les personnes soumises au rituel et les autres, mais plutôt entre les personnes qui sont justiciables du rituel et toutes celles qui en sont définitivement exclues. » (Ouellette 1993, 378). Cependant, l'importance accordée par ces femmes à la stérilisation ne relève pas uniquement du rituel. L'effet biologique de la stérilisation prime en fait sur l'émergence de cette identité. En effet, Pauline considère l'opération comme une forme de libération — ce qui a été mentionné par quelques autres participantes. Le fait d'être officiellement *childfree* pour ces femmes ne renvoie pas uniquement au fait de ne pas souhaiter avoir d'enfant, mais également de ne plus avoir la possibilité d'en avoir biologiquement à travers l'opération de stérilisation.

Cette analyse fait penser à l'étude de la sociologue Faya Robles (2009) sur les choix contraceptifs et la stérilisation chez des femmes en milieu populaire au nord-est du Brésil. Bien que cette recherche ait été réalisée dans un contexte très différent de mon étude et auprès de femmes qui ont eu des enfants, l'auteur conclut dans son article que, pour ces femmes, la ligature des trompes de Fallope va au-delà « d'appropriation et d'incorporation d'une technique contraceptive, mais



[relève] d'un changement corporel qui s'accompagne d'une transformation de leur identité de genre » (Faya Robles 2009, 72). La sociologue explique que l'identité de genre est reliée à l'appellation « femmes *déliées* ». Les femmes qui ont eu recours à la stérilisation sont désormais déliées, c'est-à-dire qu'il y a désormais une distinction entre leur sexualité et leur fonction reproductrice. Cette importance de pouvoir avoir une sexualité détachée de la fonction reproductrice a été mise de l'avant dans la majorité de mes entretiens. Cependant, contrairement à l'étude de Faya Robles, ce n'est pas seulement cette séparation entre sexualité et reproduction qui caractérise l'identité *childfree* de mes participantes, mais également cette concrétisation même de la perte de la fonction reproductive pour leur corps. Contrairement aux femmes décrites dans l'étude de cette chercheuse, les participantes de ma recherche n'ont pas eu d'enfant, et le recours à la stérilisation permet d'officialiser le fait qu'elles ne pourront jamais avoir d'enfant biologique, ce qui contribue à faire émerger ou à renforcer cette identité liée à l'infécondité volontaire chez les participantes.

De plus, le fait d'être « par choix » dans cette identité est important, pour Lili notamment, qui m'a mentionné que l'opération lui avait permis de se distinguer des femmes qui n'ont pas d'enfant par circonstances de la vie :

Devenir officiellement une femme sans enfant par choix. Avant c'était par circonstance de la vie/par choix. Parce que j'aurais pu en avoir, mais pas dans des circonstances idéales. Mais j'aurais pu en avoir pareil là. Là c'était la décision finale pi qui m'appartenait. (Lili, 41 ans)

Cette opération a été pour Lili une façon de s'approprier son identité et ses choix. Il s'agit encore une fois pour cette participante d'un geste fort qui établit un tournant dans sa vie et dans sa façon de se définir. De plus, plusieurs femmes m'ont expliqué que l'opération représentait aussi pour elles une façon de couper court aux conversations et commentaires à propos du fait qu'elles n'ont pas encore d'enfant. Lorsque des personnes leur demandent désormais pourquoi elles n'en ont pas ou quand elles pensent en avoir, la discussion se termine automatiquement puisqu'elles répondent simplement qu'elles ne peuvent pas en avoir — plutôt que d'avoir à expliquer qu'elles n'en veulent pas.

Ensuite, le processus lui-même peut avoir une importance dans la définition et l'émergence de cette identité. Pour Sarah, le simple fait d'avoir réellement pris part au processus de stérilisation a renforcé son sentiment identitaire en tant que femme sans enfant par choix :

Je te dirais ça fait plus partie de mon identité depuis que j'ai vraiment depuis que je, dans la dernière année, depuis que je fais vraiment les démarches pour la ligature des trompes. (Sarah, 31 ans)

Cela diffère des conclusions de Faya Robles puisque pour certaines de mes participantes, ce n'est pas seulement le fait d'avoir réalisé l'opération qui a contribué à l'émergence d'une identité de femme sans enfant par choix. Le processus lui-même et l'expérience que les femmes ont eue au sein du système de santé et tout au long des démarches menant à la stérilisation irréversible ont contribué à l'émergence de cette identité pour plusieurs femmes. Il y a eu cheminement, prise de conscience. Pour mieux comprendre l'émergence de cette identité *childfree* induite de manière processuelle, il importe désormais de s'attarder à la revendication d'une identité marginalisée que représente l'identité liée à l'infécondité volontaire pour ces femmes. Dans la prochaine les prochains paragraphes, j'explique de quelle façon l'expérience qu'elles ont du processus a contribué à faire apparaître ce sentiment d'identité en dehors des normes établies et à revendiquer ouvertement cette identité.

### **5.1.2 Revendiquer une identité en marge : « coming out »**

Maintenant qu'il a été établi qu'une identité liée à l'opération elle-même ressort de l'expérience du processus, je développerai davantage cet aspect identitaire en lien avec les notions de norme et d'identité marginale, empruntées à Foucault. Tout d'abord, avant d'entamer les démarches ou de mentionner le fait qu'elles ne souhaitent pas avoir d'enfant dans leur entourage, plusieurs participantes ne considéraient pas leur identité *childfree* comme une identité en marge, mais plutôt comme un raisonnement qui allait de soi. Pour certaines, c'est même le fait d'être confrontées à des commentaires et à des réactions négatives qui a d'abord fait émerger chez elles cet aspect identitaire du non-désir d'enfant. C'est le cas par exemple de Béatrice qui l'explique dans ces mots :

Oui oui, c'est quelque chose d'important que j'ai mis beaucoup de temps à revendiquer parce que je savais pas que c'était quelque chose de problématique en soi. À la base pour moi, c'était normal. Les gens faisaient ou pas des enfants selon ce qu'ils voulaient et pour moi le débat s'arrêtait là. C'est beaucoup plus quand j'ai commencé mes recherches de stérilisation que je me suis rendu compte que c'était quelque chose qui était assez mal accepté par la société. (Béatrice, 30 ans)

La marginalité du choix de ces femmes de ne pas avoir d'enfant a contribué à l'émergence de cette identité *childfree*. Il s'agit d'une identité qui se développe en réaction, ou même en résistance

(Borduas 2013), aux catégories dominantes et normalisées associées à la féminité dans la société québécoise. Selon Foucault, des formes d'identité et de revendication émergent de la marginalisation de certaines pratiques par rapport à la norme dominante. De plus, la société occidentale contemporaine est une société normée c'est-à-dire qu'il y a des normes tacites, mais imposées qui structurent la société et dictent certains comportements et façons d'être. Au sein de la société, il y a des formes d'identité qui apparaissent en marge de cette norme dominante. Foucault nommait par exemple l'homosexualité qui est une identité qui se situe en opposition à la norme hétérosexuelle dominante. Aurélie a d'ailleurs utilisé l'expression « coming out » pour parler de cette situation de revendication d'une identité *childfree*, ce qui a beaucoup attiré mon attention. Il ne s'agit pas d'un *coming out* par rapport à une identité sexuelle différente de la norme hétérosexuelle cis genre. Cependant, cette analogie est très intéressante puisqu'elle renvoie à cette idée d'une identité non visible qui est exprimée en dehors des normes établies et qui est par la suite revendiquée par les personnes qui s'identifient comme telles. Plusieurs femmes, à travers les refus, les difficultés d'accès à des rendez-vous médicaux, les nombreuses démarches administratives à réaliser ou encore le manque de soutien dans leur entourage, considèrent cela très important de revendiquer cette identité puisque le processus peut être compliqué et la ligature, difficile d'accès. Sarah me l'a mentionné comme suit :

Je pense que c'était important pour moi de le dire, pi pour montrer aussi que regarde ça vaut la peine de se battre pour ça pi que c'est possible de pas lâcher. Parce que je me suis fait revirer de bord tellement de fois que j'aurais pu lâcher, abandonner. Pi après ça les médecins disent ah ben là toutes les femmes elles font pas cette chirurgie-là parce qu'elles vont changer d'idée. Non non, tu peux le faire pi être sûre de ton choix pi pas regretter *you know*. (Sarah, 31 ans)

Au-delà du fait qu'il s'agisse d'une identité plutôt marginale, ces femmes revendiquent cette identité *childfree* afin de sensibiliser les gens à leur cause pour un meilleur accès à la stérilisation, et ce, dans un but de justice reproductrice et de contrôle sur leur propre corps et sur leur fonction reproductrice. Il est possible d'établir un lien entre ce constat et la théorie de Foucault puisque, selon le philosophe, les identités marginales peuvent être comprises en tant que formes de résistance. Le pouvoir qui s'exerce sur les individus est toujours lié à certaines formes de résistance, car « toutes les relations de pouvoir impliquent des possibilités de résistance » (Borduas 2013, 20) et que l'analyse de ces formes de résistance peut mettre en lumière les enjeux de pouvoir. En effet, ces identités s'inscrivent dans une lutte pour une affirmation du droit à la différence en dehors même d'une identité fixée et normalisée (Borduas 2013). De plus, cela concorde avec certaines

analyses féministes sur les technologies de la reproduction. Dans son ouvrage *Disciplining Foucault : Feminism, Power, and the Body*, Sawicki (1991) explique à propos des technologies de la reproduction : « Thus, although new reproductive technologies certainly threaten to reproduce and enhance existing power relations, they also introduce new possibilities for disruption and resistance. » (Sawicki 1991, 88) Les revendications de cette identité par ces femmes sont une façon pour elles d'avoir une voix dans la société et de montrer que cette forme d'identité et cette façon de vivre existent. Eva, qui n'a pas encore réalisé l'opération, a tout de même l'impression que cette identité est importante à revendiquer afin qu'il y ait davantage de tolérance et de compréhension par rapport à ce choix de ne pas avoir d'enfant et de se faire stériliser en tant que femme sans enfant. Ainsi, même pour les femmes qui n'ont pas encore réalisé l'opération, les quelques démarches qu'elles ont effectuées de même que leur expérience au sein du système de santé les a amenées à trouver cela très important de parler de cette identité en marge et de la revendiquer pour informer les gens et briser les tabous — ce qui peut être analysé comme une forme de résistance.

Bref, à travers les démarches et l'expérience de la stérilisation irréversible, au-delà de l'opération elle-même, se forge une identité revendiquée par les participantes comme étant en marge des normes établies en ce qui concerne la reproduction des femmes dans la société québécoise. Ces revendications peuvent être comprises en tant que moyen de résistance, tel que développé dans la théorie de Foucault sur le biopouvoir (Sawicki 1991, Foucault 1975). Dans les derniers paragraphes de cette section qui porte sur l'aspect identitaire du processus, il sera question de l'émergence d'une appartenance communautaire associée à cette identité marginale et pourtant revendiquée — un sentiment d'appartenance qui sera analysé comme une forme de biosocialité.

### **5.1.3 Sentiment de communauté et biosocialité**

L'expérience de ces femmes au sein du système de santé, la concrétisation de leur identité en tant que femmes sans enfant par choix et leur revendication d'une identité en dehors de la norme établie, contribuent à forger un sentiment de communauté et de solidarité entre elles, à travers notamment les groupes Facebook. Cette identité commune — bien qu'encore une fois, il importe de préciser qu'elle n'est pas mise à l'avant-plan dans le quotidien des femmes — peut être interprétée comme une forme de biosocialité et peut donc contribuer à élargir la portée de ce concept.

La biosocialité est un concept d'abord développé par Rabinow (1996) et repris dans les écrits de Nikolas Rose (2001, 2007). Le concept proposé par Rose concerne surtout la question de la

génétique et des nouvelles identités qui se tissent à partir de ce savoir, avec notamment l'idée de gestion du risque lié aux maladies génétiques. Ce concept, bien qu'il ait d'abord été envisagé dans une perspective biologique liée à la génétique, sera repris dans ma recherche pour discuter de la question de l'identité *childfree* comme forme de biosocialité — justement développée en tant que forme de résistance et forgée au fil du processus menant à la stérilisation irréversible.

L'identité des femmes sans enfant par choix peut être comprise comme une forme de biosocialité. Il s'agit d'une identité forgée à partir du non-désir d'enfant, mais également à partir de l'incapacité biologique de procréer qui est rendue possible grâce à la stérilisation irréversible. Tel que démontré dans le paragraphe précédent, l'identité *childfree* n'est pas seulement formée pour ces femmes à partir de leur non-désir d'enfant. Les participantes — qu'elles aient réalisé l'opération ou non — m'ont mentionné que cette identité a émergé pour elles lorsqu'elles ont commencé à s'informer sur la possibilité de réaliser l'opération et lorsqu'elles ont entamé les démarches pour l'obtenir. Pauline, qui n'a pas encore réalisé l'opération, n'arrive pas encore à se considérer totalement comme une femme sans enfant par choix puisqu'il y a toujours la possibilité qu'elle change éventuellement d'idée. L'opération — pour elle, mais pour plusieurs autres participantes également — constitue un moyen définitif de ne plus avoir cette fonction reproductrice dans leur corps. Cela démontre de quelle façon l'identité de ces femmes est directement liée à cette capacité reproductive et donc biologique.

Nikolas Rose (2007) envisage l'identité biosociale comme une forme de citoyenneté qui est liée à une condition — souvent génétique — considérée comme pathologique. Dans le cas de ma recherche, les femmes n'utilisent pas les biotechnologies comme traitement à une maladie à proprement parler. Leurs revendications — et la biosocialité qui y est rattachée — concernent plutôt la conception même de ce qu'est un individu normal et sain. Cette conception de la biosocialité qui dépasse la condition pathologique et la seule identité créée autour d'un diagnostic, a été proposée par Raffaetà (2017) dans son étude en Italie sur les parents qui refusent de faire vacciner leur enfant. L'autrice redéfinit la biosocialité et, du même coup, les normes de la santé. L'identité *childfree* permet effectivement de repenser la santé puisque ces femmes revendiquent le fait de pouvoir devenir stérile de façon volontaire dans une société qui considère l'infertilité comme une pathologie (Sterling 2013, Charton et Zhu 2016, Ouellette 1993), ce qui renvoie finalement à une sorte d'inversion des notions de normal et de pathologique (Canguilhem 2013). Mes

participantes considèrent le fait même de pouvoir être enceinte comme un problème — ce qui sera explicité dans la prochaine section.

La biosocialité pour Rose est également envisagée à partir de la création de communautés de personnes qui se regroupent autour d'une identité commune. Il est possible de faire un lien avec les communautés sur Internet dont plus de la moitié des femmes m'ont mentionné faire partie. Dans certains cas, ces communautés dépassent même le cadre d'Internet. Des rencontres ont été organisées entre femmes sans enfant qui ont eu ou qui cherchent à avoir la stérilisation irréversible. Ces groupes étaient d'abord des sources d'information pour ces femmes, mais les entrevues ont révélé qu'ils avaient une portée plus grande, par le support et la solidarité que les femmes se portent tout au long du processus.

Rose mentionne également qu'il y a une portée souvent politique à ces nouvelles formes de citoyenneté desquelles émergent les identités liées à la biosocialité :

The kind of biosociality found in the United States, Europe, and Australia are not merely products of the availability of certain technological means of communication, but linked to particular conceptions of citizenship and personhood. In particular, they connect up, in various ways, with the history of previous forms of political activism, with the varieties of identity politics, and with the existence of a vociferous politics of rights and recompense. (Rose 2007)

D'ailleurs, plusieurs participantes donnent un sens politique à leur processus. Elles expliquent qu'elles n'entreprennent pas uniquement les démarches pour elles, mais pour aussi toutes celles qui souhaitent réaliser l'opération et qui n'y arrivent pas ou n'osent tout simplement pas entamer les démarches. Ces revendications s'inscrivent effectivement dans une longue tradition féministe de revendications des droits pour les femmes à disposer de leur propre corps à travers la lutte pour les droits reproductifs et la libération sexuelle (Gaucher, Laurendeau et Trottier 1981, Petchesky 1995). Pour mettre encore davantage l'accent sur cet aspect politique en lien avec la différence — puisque c'est principalement ce que ces femmes revendiquent, en plus des droits reproductifs et droits sur leur propre corps —, Whyte (2009) propose la notion d'identité politique : « Identity politics is about the revaluation of difference: the assertion of a difference that had been disvalued, the witnessing of discrimination, and the struggle for recognition, rights and social justice. » (Whyte 2009, 7) Ainsi, l'identité *childfree* est sociale, voire politique, puisqu'elle émerge à partir de la prise de conscience de ces femmes que leur choix de vie associé au non-désir d'enfant est en marge de la norme au Québec (qui est, pour les femmes, de vouloir des enfants). Cette identité est

par le fait même biologique puisqu'elle implique comme fondement, le fait d'être stérilisé c'est-à-dire de ne plus avoir la capacité biologique de procréer (Rochon 1986).

Pour conclure l'ensemble de la section, une identité liée à la condition biologique a contribué à développer une identité *childfree* chez les femmes qui entreprennent des démarches jusqu'à l'opération de stérilisation. L'aspect biologique permet d'officialiser pour ces femmes leur non-désir d'enfant et le fait qu'elles n'en auront jamais. Outre cela, les différents aspects du processus et la prise de conscience qu'il s'agit d'une identité en marge de la norme dominante, ont également contribué à renforcer ce sentiment identitaire et à pousser plusieurs femmes à revendiquer cette identité, dans une sorte de *coming out*. Finalement, à travers son caractère marginal et biologique, cette identité peut être interprétée comme une forme de biosocialité puisque de réelles communautés sont créées à partir de cette identité commune. Ainsi, l'expérience des femmes au sein du système de santé a contribué à l'émergence chez elles d'un sentiment identitaire qu'elles revendiquent et partagent avec d'autres.

## **5.2 Agentivité menant à la stérilisation et stérilisation comme forme d'agentivité**

Des études en anthropologie de la reproduction ont permis de démontrer que les technologies de la reproduction contribuent souvent à une forme d'objectification du corps de la femme, comme dans l'ouvrage *The Woman in the Body* de l'anthropologue Emily Martin (1992). Dans son étude sur des couples infertiles en consultation dans des cliniques de fertilité, Thompson (2006) conteste le fait d'envisager les technologies de la reproduction uniquement en tant que forme d'objectivisation et de contrôle sur les femmes. De plus, la chercheuse remet en question le concept d'agentivité réduit seulement à un pouvoir d'action exercé par les individus. Elle réfléchit au lien entre subjectivité et agentivité en introduisant l'idée selon laquelle les femmes qui ont recours aux technologies médicales dans un but de reproduction participent activement à leur objectivisation par l'utilisation de ces technologies. Selon la chercheuse, l'identité des patients est liée à la question de l'agentivité. L'autrice explique : « In an investigation of agency [...] being a subject changes in ways that are the result of and simultaneously proof of the person's agency » (Thompson 2006, 181). Dans le cadre de ma recherche, l'agentivité des participantes par rapport à la stérilisation irréversible est un aspect important de leur expérience du processus. Cette agentivité résulte de leur identité *childfree* mais contribue également à son émergence. Je souhaite donc démontrer dans un

premier temps de quelle façon les participantes, malgré les difficultés et contraintes rencontrées tout au long de leur parcours, font preuve d'agentivité à travers les démarches qu'elles entreprennent et la façon dont elles vivent le processus. Dans un second temps, je souhaite porter la réflexion plus loin par l'analyse du recours à la stérilisation lui-même, recours exercé par ces femmes comme forme d'agentivité et de prise de contrôle sur leur corps et leur sexualité. En ce sens, le recours à la stérilisation constitue une forme de résistance.

### **5.2.1 Agentivité au sein du système de santé**

Malgré les nombreuses difficultés auxquelles les participantes font face dans leurs démarches au sein du système de santé québécois pour obtenir la ligature des trompes de Fallope alors qu'elles n'ont pas d'enfant, plusieurs d'entre elles ont tout de même réussi à l'obtenir. En effet, les femmes que j'ai interviewées m'ont expliqué les moyens qu'elles ont entrepris ou qu'elles comptent entreprendre afin d'obtenir la ligature des trompes malgré la difficulté des démarches administratives et les refus ou encore la réticence auxquels plusieurs ont fait face de la part de médecins de famille ou médecins spécialistes. La théorie de l'agentivité d'Ortner (2006) établit ce concept comme forme de pouvoir d'action des individus au sein des structures sociales. Les actions des individus ne sont pas seulement déterminées par les formes de pouvoir et les contraintes structurelles et sociales qu'ils subissent de manière passive. Ils ne sont pas seulement assujettis, mais agissent en tant que sujets. Cette théorie permet de prendre en compte la subjectivité et l'intentionnalité des individus dans leur pouvoir d'action.

Tout d'abord, l'agentivité des femmes au sein du système de santé (qui constitue, au moins en partie, le cadre de leur expérience) est une forme d'agentivité intentionnelle. Il s'agit effectivement d'une dimension importante de l'agentivité qui permet selon Ortner (2006) de distinguer l'agentivité des pratiques routinières. Une des principales caractéristiques des démarches entamées par les participantes concerne les nombreuses recherches et prises d'information qu'elles ont effectuées. Cet élément est important à relever puisqu'il diffère d'autres études qui concernent la stérilisation volontaire chez les femmes.

Dans une étude déjà mentionnée et réalisée au Brésil auprès de femmes qui proviennent de milieux peu aisés et qui ont déjà eu des enfants, O'Dougherty (2008) a constaté que ces femmes qui ont recours à la stérilisation sont peu informées des différentes formes de contraception. Elles optent donc pour ce moyen définitif sans nécessairement savoir qu'il est irréversible et sans non plus



connaître d'autres moyens de contraception qui seraient plus pertinents pour elles. Dans le cas de ma recherche, au contraire, les femmes ont souvent essayé plusieurs autres moyens de contraception avant d'opter pour la stérilisation. De plus, c'est d'ailleurs le caractère irréversible de l'opération et ses modalités qui poussent les participantes de ma recherche à opter pour cette forme de contraception plutôt qu'une autre. La prise d'information pour ces femmes fait partie du processus de décision d'obtenir l'opération puisque les femmes se renseignent sur les pour et les contre d'une telle intervention chirurgicale, qui n'est pas réalisée dans un but de guérison mais comme moyen de contraception permanent. Il s'agit d'un aspect du processus qui démontre l'intentionnalité des participantes dans leurs actions au fil du processus.

Bien sûr, le contexte de l'étude brésilienne est très différent du mien. Tout de même, le fait que les participantes s'étaient informées par elles-mêmes des modalités de l'opération et des démarches à entreprendre contraste également avec de nombreuses autres interventions chirurgicales pour lesquelles les patients cherchent d'abord des informations dans les sources officielles du système de santé au Canada. En effet, les Canadiens privilégient normalement pour d'autres types d'intervention la consultation avec un médecin comme principale source d'information à propos d'un traitement (O'Connor et al. 2003). Par la manière différente d'accéder à l'information, les femmes de ma recherche montrent clairement une forme d'agentivité intentionnelle dans la mesure où leurs actions sont dirigées vers un objectif défini, soit celui d'accéder à la stérilisation irréversible (Sewell 1992, Ortnier 2006).

Cette capacité des femmes à s'informer en dehors d'une source officielle du système de santé démontre leur agentivité puisqu'elles n'attendent pas que leur soit fournie l'information nécessaire pour entreprendre leurs démarches. Elles vont au-devant des informations qu'elles pourraient obtenir au sein du système de santé et cette prise d'information contribue à nourrir une réflexion par rapport à leur souhait de réaliser l'opération. Autrement dit, cette prise d'information permet aux femmes d'être mieux outillées dans le processus. Dans plusieurs cas, les recherches Internet effectuées ont permis aux participantes de vivre le processus d'une tout autre manière, c'est-à-dire sans passer d'abord par leur médecin de famille qui leur aurait alors fait une référence pour un médecin spécialiste réalisant l'opération. Éviter cette étape dans le processus a permis à certaines femmes d'enfin réaliser l'opération dans les cas où elles n'avaient pas l'accord de leur médecin de famille, comme c'est le cas de plusieurs des participantes que j'ai interviewées. La prise

d'information, mais également la préparation des rendez-vous médicaux et l'élaboration de l'argumentation offerte aux médecins, ainsi que l'utilisation de ressources du système de santé (comme le fait de demander à voir un médecin en particulier), relève d'une forme d'agentivité dans sa forme active.

Au-delà de la prise d'information de ces femmes, les participantes ne restent pas passives face aux divers événements et démarches qui forgent leur expérience au fil du processus les menant à la stérilisation. Processus qui a duré pour de nombreuses participantes plusieurs années. La persévérance des femmes à trouver un moyen d'obtenir l'opération, à la suite de nombreux refus de médecins au fil des années, témoigne d'une forme d'agentivité. Malgré les contraintes et les obstacles auxquels elles font face, les femmes cherchent tout de même à trouver d'autres moyens de se faire stériliser. Le caractère intentionnel des démarches et la réflexion derrière celles-ci expriment bien la façon dont ces femmes utilisent les ressources à leur disposition afin d'obtenir l'opération. Les femmes qui ont profité intentionnellement d'un rendez-vous pour un autre problème de santé pour aborder la question de la stérilisation montrent à quel point elles sont outillées et cherchent par tous les moyens à atteindre leur but — ce qui relève à la fois d'une forme d'agentivité intentionnelle, mais aussi dans une forme d'agentivité active (Ortner 2006, 134). Les femmes sont ainsi actives dans leurs démarches au sein du système de santé, mais aussi dans la prise d'information et la préparation de leurs démarches.

Dernier point à considérer : la solidarité en lien avec l'agentivité doit également faire partie de cette analyse, puisque cet aspect a été très important dans l'expérience des femmes tout au long du processus. J'ai expliqué dans le chapitre précédent que les femmes que j'ai interviewées créent des communautés sur Internet pour se soutenir. Ces communautés sont également des outils qui facilitent d'une certaine façon le processus et la façon dont elles le vivent. Ainsi, les femmes ne font pas que subir le déroulement du processus malgré les exigences du système de santé et les nombreux refus qu'elles doivent parfois surmonter. Elles trouvent des stratégies et des moyens de faire face à diverses difficultés. Cela montre aussi à quel point le processus est réfléchi et pris au sérieux puisque les femmes s'informent beaucoup avant de se lancer dans les démarches. Il s'agit d'une réelle agentivité solidaire puisque les femmes sont en relation les unes avec les autres et s'aident mutuellement dans leurs démarches. Certaines ont même expliqué que ce processus et la réalisation de la stérilisation prennent sens pour elles, non pas seulement pour leur besoin

personnel, mais aussi dans un objectif de solidarité envers les autres femmes qui n'ont pas encore réussi à obtenir l'accès à cette opération.

Ces réflexions sur l'agentivité des femmes au sein du système de santé font écho aux recherches en anthropologie de la reproduction qui adoptent une perspective féministe et critique, en replaçant ces femmes marginalisées au centre des recherches pour démontrer leur capacité d'action à travers les structures sociales, politiques et économiques qui leurs sont propres (Lock et Kaufert 1998). Dans le texte de Mark Nitcher présenté dans l'ouvrage de Lock et Kaufert, *Pragmatic Women and Body Politics*, la femme dont il est question « observes both herself and the medical care system, seeking always to subvert its accustomed order, relishing her successes, conscious all the time of the battle engaged » (Lock et Kaufert 1998, 9). Cette étude permet d'envisager l'agentivité au sein du système de santé à travers justement la conscience, chez ces femmes, du combat qu'elles doivent mener. Cela fait directement écho aux propos tenus par plusieurs des participantes à ma recherche qui utilisaient tel que soulevé dans le premier chapitre de résultats, le lexique associé à la bataille et au combat pour décrire leur expérience du processus et des obstacles auxquels elles font face. La prise d'information et les ressources au sein du système de santé sont intentionnellement utilisées par ces femmes comme moyens — ou comme arme — pour mener leur combat, c'est-à-dire pour arriver à leur objectif d'obtenir la stérilisation irréversible. Les femmes sont conscientes de la difficulté et des possibles embûches à la réalisation de leur objectif, c'est pourquoi elles s'y préparent de plusieurs façons. Cela relève directement d'une forme d'agentivité.

Pour conclure cette sous-section, l'expérience des femmes au sein du système de santé qui ont recours à la stérilisation parce qu'elles ne souhaitent pas avoir d'enfant peut être analysée à partir de la théorie de l'agentivité, puisque ces femmes sont très informées du processus et des démarches à entreprendre, qu'elles sont actives dans leurs démarches et conscientes que le processus peut être difficile pour certaines — d'où le fait qu'elles se préparent de plusieurs façons aux difficultés éventuelles. Il y a effectivement un aspect intentionnel, actif et solidaire, bref une forme d'agentivité, dans les démarches et l'expérience des femmes tout au long du processus jusqu'à la stérilisation irréversible. En ce qui concerne la théorie de l'agentivité en lien avec les technologies de la reproduction, il est possible de pousser l'analyse plus loin en soutenant l'idée que la stérilisation elle-même peut être envisagée comme une forme d'agentivité par rapport au contrôle de la reproduction. Cette analyse sera présentée et discutée dans la prochaine sous-section.

### 5.2.2 Reprendre contrôle sur son corps et sa sexualité

L'expérience du processus menant à la stérilisation peut également être analysée dans sa dimension d'émancipation par rapport à la sexualité et à la fonction reproductrice. Dans les prochains paragraphes, en m'inspirant d'études anthropologiques qui ont démontré que les biotechnologies peuvent être réappropriées par les femmes, j'explorerai la stérilisation irréversible comme forme d'agentivité pour les participantes qui y ont recours. Il sera d'abord question de la fonction reproductrice comme un problème pour ces femmes. Ensuite, j'expliquerai en quoi la stérilisation représente une solution pour mes participantes à ce problème de fertilité et un moyen de reprendre contrôle sur leur reproduction.

Plusieurs auteurs ont analysé la médicalisation de la reproduction chez les femmes sous l'angle notamment du système médical et de l'utilisation des technologies de la reproduction (Edu 2018, Martin 1992, De Bessa 2006). Dans le cas de la présente étude, les femmes elles-mêmes perçoivent leur fonction reproductive comme un problème. En effet, lors des entrevues, neuf participantes ont mentionné que leur fonction reproductive et l'idée d'être enceinte étaient pour elles un problème. Béatrice me l'a mentionné dans ces mots :

C'était très, c'était vraiment physique aussi. Le fait d'être fertile est un problème depuis assez longtemps, je pense. Quand j'avais 16-18 ans, c'était déjà quelque chose que je sentais assez fortement et qui m'énervait beaucoup. Le simple fait d'avoir une possibilité de tomber enceinte plus qu'avec la ligature qui est quand même pas à 100 %, mais qui est quand même très importante là. [...] C'était beaucoup plus mentalement l'idée d'être fertile était problématique pour moi. Après quand je suis tombée enceinte c'est devenu de pire en pire. Parce que jusqu'à présent, j'avais déjà eu des bris de contraception, j'avais déjà eu plein de problèmes et j'étais jamais tombée enceinte. Donc il y avait toujours l'espoir d'être stérile ou d'avoir des problèmes réels de conception puis quand je suis tombée enceinte je me suis dis que c'était pas forcément le cas donc là ça s'est aggravé vraiment. J'avais vraiment besoin d'être complètement stérile. (Béatrice, 30 ans)

Cela montre qu'en plus du fait de ne pas vouloir d'enfant, il y a un inconfort lié directement à la possibilité biologique de reproduction pour ces femmes. Outre cet inconfort, plusieurs femmes m'ont même mentionné être tocophobe, c'est-à-dire avoir la phobie de tomber enceinte. Pauline perçoit par exemple le fœtus comme « un parasite un peu, une petite créature vivante qui utilise ton corps ». Tel qu'exprimé par ces femmes, le refus de la maternité et le désir de stérilisation sont liés à la perception de leur corps. Elles ressentent physiquement le besoin de ne plus avoir la possibilité d'enfanter. Cela constitue presque un obstacle à leurs projets de vie. Béatrice m'a effectivement

partagé le fait qu'elle avait l'impression qu'elle « ne pouva[i] [t] pas avancer autrement » sans cette opération. En ce sens, la ligature des trompes de Fallope, en tant que biotechnologie médicale qui permet d'assurer presque à 100 % la stérilité pour ces femmes, et ce, de façon irréversible, devient un moyen d'assurer pour les participantes le contrôle sur leur propre sexualité et leur fonction reproductrice, qu'elles considèrent comme un problème majeur de leur corps.

Dans l'introduction de leur livre qui recueille diverses études en ce qui concerne l'utilisation de biotechnologie de la reproduction par les femmes dans une perspective de pragmatisme, Lock et Kaufert (1998) établissent un lien transversal entre ces études :

« This type of pragmatism explains why infertile women in Zanzibar went to see a gynecologist [...] or why a lesbian woman in California went to her local medical clinic when she wanted to become pregnant. Both groups of women were willing to use a biomedical solution if it would ensure their fertility. » (Lock et Kaufert 1998, 7)

Ces études portent sur des femmes qui ont recours aux technologies de la reproduction. En effet, de nombreuses biotechnologies ont été développées afin de pallier les problèmes d'infertilité biologique (Sterling 2013) et sociale (Deshaies 2018) qui peuvent être des situations difficiles lorsque des individus ont un projet de parentalité qui ne peut pas se concrétiser à cause de cela (Delaisi de Parseval 1999). Les participantes de mon étude ont plutôt recours aux biotechnologies médicales de stérilisation en tant que moyen de ne plus être fertiles.

Bien que ces cas soient absolument opposés dans leur finalité, il est possible d'établir des parallèles entre les deux situations. Dans les deux cas, des situations jugées médicalement et physiquement problématiques par ces femmes les poussent à avoir recours aux biotechnologies pour remédier à cette situation. Les femmes qui ont recours à la stérilisation, au même titre que celles présentées dans l'ouvrage de Lock et Kaufert (1998) sont « willing to use whatever biomedicine can provide in pursuit of her own goals or the protection of her independence » (Lock et Kaufert 1998, 7). Comme les autrices l'expliquent, l'utilisation même des biotechnologies, et dans le cas de la présente recherche, de la stérilisation irréversible, peut être analysée comme une forme d'agentivité puisque cela permet aux femmes qui y ont recours de reprendre contrôle sur leur sexualité et leur corps avec l'élimination de leur fonction reproductrice. Fannie résume bien cela en mentionnant les réflexions qu'elle a eues suite à l'opération :

C'est ça je me suis vraiment sentie bien quand je me suis levée, je me suis sentie libre. Je me suis dit bon ben je vais pouvoir faire comme les gars et je vais avoir des relations sexuelles pi j'aurais pas de risque de tomber enceinte. (Fannie, 25 ans)

Une des premières réflexions de Fannie lorsqu'elle s'est réveillée de son opération a été justement de penser au fait qu'elle aura désormais le plein contrôle sur sa sexualité sans avoir peur de tomber enceinte — comme les hommes finalement. Le contrôle sur leur corps que permet la stérilisation irréversible est plus grand — grâce à son caractère irréversible — et la stérilisation est d'une plus grande efficacité que plusieurs autres moyens de contraception. Ce sont effectivement souvent des problèmes avec d'autres formes de contraception comme la pilule ou le stérilet qui ont incité les participantes à entamer leurs recherches pour un autre moyen de contraception qui correspond mieux à leur situation et leur objectif contraceptif. L'aspect définitif de la stérilisation fait en sorte que ces femmes n'auront plus à recommencer des démarches au sein du système de santé chaque fois qu'elles ont un effet secondaire ou qu'elles doivent renouveler une méthode de contraception comme le stérilet ou la pilule contraceptive. En ce sens, la stérilisation peut être une forme d'émancipation pour ces femmes par rapport aux méthodes contraceptives qui nécessitent d'avoir recours régulièrement et sur une longue période à la consultation d'un professionnel de la santé (Martin 1992, Lock et Kaufert 1998, Baulieu et al. 1999).

De plus, le fait de ne pas vouloir d'enfant, puis d'entreprendre les démarches pour s'assurer que cela n'arrive pas, relève d'une certaine forme d'agentivité passive. En effet, dans une société où avoir des enfants est la norme, le non-désir d'enfant peut être considéré comme une telle forme d'agentivité. Selon Ortner, l'agentivité passive « involves not simply refraining from pursuing projects, but refraining in a sense from even desiring to do so. » (Ortner 2006, 140). C'est dans ce sens que les participantes qui ont recours à la stérilisation font preuve d'une certaine forme d'agentivité lorsque cela est pris en compte dans le contexte social québécois lié à la norme de la maternité. L'analyse de l'expérience de mes participantes permet de comprendre la stérilisation elle-même comme forme d'agentivité par ces femmes sur leur sexualité et leur fonction reproductrice. Cela permet aussi, au-delà de leur expérience propre, de considérer les biotechnologies en tant que moyen d'autonomisation des femmes sur leur corps et leur reproduction, que cela soit dans un objectif reproductif ou totalement l'inverse (De Koninck 1990).

Pour résumer, les femmes font preuve d'agentivité au sein du système de santé de par les démarches qu'elles entreprennent — et le recours à la stérilisation touche le contrôle de leur corps et de leur

sexualité. La stérilisation va désormais leur permettre de « faire comme les gars » par rapport à leur sexualité, selon l'expression de Fannie. Or, dans la perspective d'Ortner (2006) sur la théorie de l'agentivité mais aussi celle de Giddens (1979) et de Sewell (1992), les formes d'agentivité se manifestent en lien avec les relations de pouvoir qui s'exercent sur les individus. Afin d'obtenir une vue d'ensemble et de tenir compte de la complexité de l'expérience des femmes tout au long du processus les menant à la stérilisation irréversible, il importe donc de présenter les formes de biopouvoir qui s'exercent, au sein du système de santé, sur les femmes. Ce sera l'objet de la prochaine section.

### **5.3 Enjeux de pouvoir au sein du système de santé**

Afin d'analyser l'expérience des femmes au sein du système de santé de façon nuancée, je présenterai les enjeux de pouvoir à partir de la théorie du biopouvoir de Foucault (1976) dans une perspective féministe en lien avec le contrôle sur la reproduction (Lock et Kaufert 1998). Dans cette section, je présenterai d'abord de quelle façon les femmes font face à un certain contrôle en ce qui a trait leur reproduction au sein du système de santé. Ensuite, je démontrerai de quelle façon ces femmes font face à une forme de biopouvoir, notamment du fait que leur identité et leur choix de stérilisation se situent en dehors de la norme dans la société québécoise. Finalement, il sera question du manque de prise en compte de la subjectivité et du parcours distinct de ces femmes dans leur relation avec les médecins et dans la prise de décision de ceux-ci, de leur accorder ou non la stérilisation irréversible — ce qui s'inscrit également dans la théorie du biopouvoir, c'est-à-dire dans le rapport entre savoir expert et savoir subjectif des participantes.

#### **5.3.1 Système de santé et contrôle de la reproduction**

Tel que démontré par des chercheurs en anthropologie médicale, il existe certaines formes de contrôle de la reproduction au sein du système de santé qui peuvent être analysées à partir du modèle du biopouvoir (Lock et Kaufert 1998, Martin 1992, Lock et Nguyen 2010, De Koninck 1990, 2015). Le biopouvoir n'est pas une forme coercitive de pouvoir, mais s'exerce plutôt à travers diverses institutions en dehors des institutions politiques et judiciaires (Foucault 1975). Cette forme de pouvoir est effectivement exercée sur les femmes de plusieurs façons au sein du système de santé. Il l'est notamment à travers le contrôle de la reproduction. Martin (1992) analyse le cycle reproducteur des femmes comme étant culturellement construit et comme faisant partie de structures de pouvoir. Ces structures s'élaborent notamment à partir du contrôle du cycle

reproducteur et de la production de savoir à ce sujet par les institutions médicales et scientifiques. L'auteur analyse trois aspects clés du cycle reproducteur féminin, c'est-à-dire les menstruations, l'accouchement et la ménopause. Elle constate que le cycle reproducteur est médicalisé et que le corps de la femme est fragmenté par l'utilisation de technologies biomédicales telles que les technologies de la reproduction. L'auteur explique que ces fragmentations et objectifications relèvent d'un certain contrôle de la reproduction. J'explorerai dans les prochains paragraphes la question du contrôle de la reproduction à partir des questions de l'accès aux soins et de la complexité des démarches (qui ont été relevées dans les entrevues). Je proposerai ensuite une réflexion sur la difficulté du processus sous l'angle du corps de ces femmes appréhendé comme locus du pouvoir sur elles.

Tout d'abord, l'accès au système de santé et la complexité des démarches administratives liées à son fonctionnement constituent un enjeu important dans le contrôle de la reproduction des femmes qui souhaitent obtenir l'opération de stérilisation irréversible. Une vaste proportion des moyens de contraception utilisés par les femmes sont des moyens de contraception qui doivent être prescrits (pilule contraceptive, stérilet) (Institut de la Statistique du Québec 2016). Les femmes n'ont donc d'autre choix que de passer par le système de santé, puisque ces démarches administratives constituent les principaux moyens d'obtenir des formes de contraception malgré les difficultés d'accès et les délais.

Plusieurs participantes lors des entrevues m'ont mentionné la difficulté d'accès à leur médecin de famille notamment, et l'importance malgré tout de rester avec ce médecin, parce qu'elles ont besoin que celui-ci leur prescrive un moyen de contraception qu'elles prennent en attendant de pouvoir réaliser l'opération de stérilisation. Le fait de continuer d'utiliser un moyen de contraception en attendant d'obtenir la ligature ou la salpingectomie est très important pour ces femmes qui veulent éviter à tout prix de tomber enceintes. Certaines — pour qui les moyens de contraception qui leur étaient proposés entraînaient des effets secondaires parfois graves — ont opté pour des méthodes naturelles comme le calendrier ou encore, pour le condom. Cependant, la peur et le risque de tomber enceinte demeurent et ces femmes n'ont pas le sentiment d'avoir le plein contrôle sur leur sexualité et leur reproduction, ce que pourrait leur apporter l'opération de stérilisation. Ces femmes, d'une façon ou d'une autre, doivent donc avoir recours à un professionnel de la santé afin d'obtenir un moyen de contraception qui leur convient (Baulieu et al. 1999). Ainsi, l'accessibilité à la



stérilisation et aux moyens de contraction n'est pas en soi une forme de contrôle sur les femmes et leur reproduction, mais le fait que les femmes doivent *absolument* passer par le système de santé afin d'assurer un contrôle sur leur fonction reproductive dans le cas où elles ne souhaitent pas tomber enceintes peut alors être interprété comme une forme de contrôle.

De plus, une tension dans le rapport au corps s'observe dans les témoignages des participantes. Certaines participantes ont hésité à réaliser l'opération puisqu'elles considéraient cela comme étant invasif. Certaines avaient le sentiment que le fait d'être endormies sur la table d'opération constituait une certaine perte de contrôle. Une des participantes a même fait référence à une agression sexuelle pour expliquer sa réticence à réaliser une opération qui met ainsi son corps à la disposition d'inconnus. Cela démontre l'ambiguïté de cette expérience qui est à la fois très positive pour ces femmes puisqu'elle permet une émancipation sur le plan de la sexualité et du contrôle sur leur corps, mais qui représente également une certaine perte de contrôle et d'autonomie au long du processus et de l'opération elle-même pour ce qui est de leur corps. Cela s'inscrit d'ailleurs dans le modèle du biopouvoir en lien avec le rapport au corps : « A thorough reading of the work of Foucault and Merleau Ponty reveals that, for both, the body is both active and acted upon: a locus of action and a target of power. » (Crossley 1996). Le biopouvoir s'exerce sur les femmes au sein du système de santé puisqu'il agit sur la fonction reproductive des femmes et, en fait, sur leur capacité de décider de leur sexualité et pour leur propre corps. Cela démontre l'aspect complexe de l'expérience de ces femmes puisque, d'un côté, elles souhaitent avoir recours à la stérilisation comme forme de contrôle sur leur propre corps et leur propre sexualité — ce qui peut être analysé comme une forme d'agentivité. D'un autre côté, les difficultés d'accès à ces démarches contribuent au maintien du contrôle de la reproduction au sein du système de santé. Cela s'inscrit dans une vision du système médical et des pratiques médicales comme forme de biopouvoir exercé par ce contrôle dans un cadre institutionnel patriarcal (Sawicki 1991, 73).

Pour terminer cette sous-section, récapitulons les arguments. Les femmes doivent passer par le système de santé et toutes les contraintes administratives afin d'obtenir la stérilisation. Parfois ce sentiment de perte de contrôle peut même entraîner des réticences à réaliser l'opération. Cela montre l'ambiguïté de la façon dont peut être vécu le processus par ces femmes. Tel que démontré dans le chapitre précédent, les femmes sont actives dans le processus et la stérilisation elle-même est une forme d'agentivité, puisqu'elle permet d'obtenir le contrôle sur leur corps et leur sexualité.

Cependant, le processus lui-même peut représenter une perte de contrôle et la difficulté d'accès au processus constitue un problème qui contribue à une forme de contrôle de leur reproduction par les professionnels de la santé. Il sera possible d'élaborer dans les prochains paragraphes des facettes du biopouvoir qui influencent l'expérience des femmes et qui sont plus spécifiques à la stérilisation volontaire en tant que femme sans enfant par choix. Pour ce faire, la stérilisation comme choix contraceptif pour des femmes sans enfant sera d'abord analysée comme étant un choix en dehors des normes établies.

### **5.3.2 Se faire stériliser en tant que femme sans enfant par choix : être en dehors de la norme**

Le biopouvoir est particulièrement apparent dans les vies des femmes qui ne cadrent pas dans des catégories normalisées (Lock et Kaufert 1998). Le fait d'avoir un parcours et une identité en dehors de la norme établie teinte l'expérience de ces femmes tout au long du processus menant à la stérilisation. Dans la théorie du biopouvoir, la notion de normation est très importante. Le biopouvoir agit effectivement à travers l'imposition de normes qui ont des effets sur les corps et les comportements (Foucault 1975). Dans cette sous-section, je veux montrer comment le fait de ne pas avoir d'enfant par choix en tant que choix en dehors de la norme sociale, est une particularité des participantes qui a fortement influencé leur expérience tout au long du processus et qui s'inscrit directement dans la théorie du biopouvoir.

Tout d'abord, le contrôle sur leur choix et la réticence des médecins est directement en lien avec le fait que ces femmes ne veulent pas d'enfant — un choix en dehors de la norme dans la société québécoise (Settle 2014). En effet, plusieurs femmes se sont fait dire comme justificatif pour se faire refuser l'opération qu'elles étaient trop jeunes et qu'elles changeraient donc forcément d'idée. Cette justification pour ne pas accorder l'accès à l'opération de stérilisation est liée à la norme québécoise de vouloir des enfants pour les femmes. Les médecins qui agissent dans le meilleur intérêt de leur patiente peuvent donc parfois penser que, puisque nous vivons dans une société où vouloir des enfants pour une femme est la norme — l'infertilité est d'ailleurs considérée comme une maladie et des traitements comme la procréation assistée sont proposés aux couples qui en souffrent (Vandelac 1989, Ouellette 1993) —, alors ces femmes ont un risque de regret très élevé pour cette opération. Cette idée que les femmes qui n'ont pas d'enfant risquent de le regretter est

généralement assumée dans la société et cela influence la perception préliminaire et la décision finale des médecins (Morell 1994).

À cause de ces normes sociales, les participantes se font recommander un autre moyen de contraception non permanent et réversible qui pourrait convenir davantage à leur situation, puisqu'elles n'ont pas encore eu d'enfant. Certaines femmes se sont d'ailleurs fait dire par des médecins que ce n'était pas dans leurs valeurs de réaliser cette opération à des femmes si jeunes qui n'ont pas encore d'enfant. Cela démontre que, d'une part, la norme du désir d'enfant est bien ancrée dans la société dont les médecins font partie et, d'autre part, que cette norme et le fait de se situer en marge de celle-ci influencent le vécu de ces femmes dans leurs tentatives d'accès à la stérilisation irréversible. Il ne s'agit pas de refus en raison de la loi, puisque la stérilisation volontaire est légale, mais en raison des normes et valeurs établies. Foucault avait d'ailleurs spécifié : « Une autre conséquence de ce développement du bio-pouvoir, c'est l'importance croissante prise par le jeu de la norme aux dépens du système juridique et de la loi. » (Foucault 1976, 189). Ainsi, comme expliqué par Foucault et démontré dans le cas des participantes à mon étude, les normes jouent un rôle très important dans l'exercice du biopouvoir et influencent dans ce cas l'expérience des femmes au sein du système de santé.

Ensuite, les appréhensions mêmes des participantes — appréhensions qui, tel qu'expliqué dans le premier chapitre de résultats (chapitre trois), sont un élément de leur expérience et constituent parfois un frein à leurs démarches — sont également liées à leur identité en marge des normes attendues pour une femme dans notre société. Plusieurs participantes n'ont même pas osé entamer leurs démarches puisqu'elles sont persuadées qu'aucun médecin n'accepterait de réaliser l'opération à cause de leur âge et/ou parce qu'elles n'ont pas d'enfant. Cela démontre aussi de quelle façon ces femmes ont elles-mêmes intériorisé les normes sociales du désir d'enfant, ce qui renvoie directement à la définition du biopouvoir en tant que pouvoir interne qui agit sur les individus, mais également par leur entremise. On subit le biopouvoir mais on en est aussi complice. Ces femmes sont effectivement persuadées pour certaines que le fait qu'elles n'ont pas et ne souhaitent pas avoir d'enfant sera un obstacle dans leurs tentatives d'obtenir l'accès à la stérilisation irréversible.

Enfin, les réactions de l'entourage des femmes lorsque des amis ou des membres de la famille ont appris qu'elles souhaitaient réaliser cette opération sont également liées au fait qu'il s'agit d'une

identité en marge des normes sociales. Plusieurs participantes ont subi des réactions de surprise et parfois des commentaires désobligeants de la part de personnes dans leur entourage. Que ce soit des commentaires de collègue ou des réactions de déception de la part de membres de la famille, la majorité des femmes ont fait face à des situations où les réactions étaient quelque peu négatives lorsqu'elles annonçaient qu'elles souhaitaient réaliser l'opération. Certaines femmes se sont fait dire qu'elles doivent avoir des enfants. Ce discours, qui n'était pas omniprésent mais que plusieurs des participantes ont tout de même subi, s'inscrit directement dans la construction sociale de la maternité dans la société occidentale (Settle et Brumley 2014, Gillespie 2003, 2000). L'identité féminine doit être liée à la maternité, ce qui entraîne une pression sociale qu'il est possible de qualifier de *mandatory motherhood*. Cette pression sociale de la maternité s'applique principalement aux femmes blanches, hétérosexuelles, éduquées et faisant partie de la classe moyenne (Morell 2000). Les femmes qui ont participé à mon étude ont donc vécu, avec plus ou moins d'intensité, cette pression sociale liée à la maternité et au fait qu'elles ne cadrent pas dans les normes sociales de désirer des enfants. Tel qu'expliqué précédemment, l'identité *childfree* est liée à la stérilisation elle-même, puisque l'opération vient concrétiser et confirmer pour ces femmes le fait qu'elles ne veulent pas et n'auront pas d'enfant. Cela teinte effectivement l'expérience que ces femmes ont du processus puisque ces commentaires et l'impression d'être en dehors de la norme, que leur reflète notamment leur entourage, les ont poussés à se regrouper dans des communautés sur Internet. Ces communautés en tant que véritable support et source d'information tout au long du processus constituent une composante importante pour ces femmes dans leurs démarches jusqu'à l'opération.

Ainsi, tel que d'abord observé dans d'autres études en anthropologie de la reproduction, le biopouvoir s'exerce sur les femmes qui entreprennent des démarches pour la stérilisation irréversible en étant sans enfant par choix. Cette forme de pouvoir est particulièrement apparente dans les vies des femmes qui ne cadrent pas dans les catégories normalisées, ce qui s'applique également dans le cas de la reproduction (Lock et Kaufert 1998) et donc dans le cas des femmes qui choisissent volontairement l'infécondité en ayant recours aux technologies médicales de stérilisation. Les normes sociales (implicites), selon la théorie du biopouvoir, impliquent un certain contrôle et prennent parfois le dessus sur les règles (explicites) du système juridique. Cela est lié, dans ce contexte, au fait même que ces femmes ne souhaitent pas avoir d'enfant, à l'encontre des

normes occidentales de cette *mandatory motherhood* qui exerce une pression sociale pour des femmes blanches de classe moyenne (Settle 2014, Settle et Brumley 2014).

### **5.3.3 Entre subjectivité et savoir expert**

Pour Foucault (1976), la notion de pouvoir est liée à celle du savoir puisque dans la société occidentale moderne, le savoir engendre les normes strictes qui opèrent en tant que formes de biopouvoir sur les individus et les populations. Le philosophe distingue ainsi deux formes de savoirs qui s'opposent : le savoir expert, qui est légitimé par les institutions juridiques, médicales, scientifiques, et le savoir ordinaire, celui qui provient de la subjectivité des individus et qui est au contraire jugé non légitime (Blais 2006). Dans cette dernière sous-section, je m'attarderai aux enjeux de biopouvoir lors des rendez-vous médicaux puis au moment de la prise de décision d'autoriser l'accès ou non à l'opération de stérilisation. L'analyse des entrevues à partir du concept de biopouvoir permet de comprendre de quelle façon les prises de décision dans le système de santé et l'hégémonie du savoir expert qui domine le savoir ordinaire affecte les participantes dans leur expérience du parcours menant à la stérilisation irréversible.

L'analyse des entrevues a démontré qu'un des moments clés des démarches pour obtenir l'opération est la rencontre avec le médecin gynécologue qui a la capacité et la légitimité de prendre la décision de réaliser ou non l'opération de stérilisation. Plusieurs femmes m'ont expliqué avoir tenté plusieurs stratégies et énoncé divers arguments afin de convaincre le médecin de leur accorder l'accès à cette opération. Bien qu'elles considèrent que le médecin a un savoir qui leur permet de prendre une décision finale, les participantes ont toutefois souvent eu l'impression que leur point de vue, c'est-à-dire leur propre subjectivité, n'était pas entendu. Bien sûr, le fonctionnement même du rendez-vous médical — souvent très rapide et avec un médecin qui ne les connaît que très peu — renforce les difficultés pour ces femmes de se faire entendre dans leur histoire propre et leur cheminement spécifique. Au-delà de la structure et du fonctionnement des rendez-vous médicaux, une forme de relation de pouvoir existe dans les interactions entre les patientes et les médecins. Il a déjà été démontré que, depuis les deux derniers siècles, un changement s'est opéré dans la relation médecin-patient (Fainzang 2013). Cette relation est aujourd'hui définie sur les bases de connaissances pathologiques plutôt que sur les bases des symptômes des patients. Cela signifie que le savoir associé aux connaissances et observations médicales guide davantage le diagnostic des

médecins que les symptômes décrits par les patients. Ainsi, le savoir médical est au fondement de cette relation avec le médecin (Armstrong 1994, 19).

Dans certains cas, les participantes se font recommander un autre moyen de contraception, comme le stérilet par exemple, alors qu'elles sont persuadées (et des fois après avoir déjà essayé plusieurs autres moyens de contraception) que la stérilisation est le seul moyen de contraception qui réponde vraiment à leur propre situation. Cela rejoint les réflexions de Gaucher, Laurendeau et Trottier (1981) dans un article sur les revendications des mouvements des femmes en sociologie de la santé, qui adopte une perspective féministe : « Trop et mal soignées en ce qui concerne leur fonction de reproduction, les femmes sont négligées par la médecine quand leurs besoins vont à l'encontre du rôle que leur assigne l'idéologie dominante. » (Gaucher, Laurendeau et Trottier 1981, 140) Même dans les situations où le refus n'est pas direct et catégorique, l'expérience des femmes et le savoir sur leur propre corps ne sont pas pris en compte par les médecins lors des rendez-vous médicaux.

Ensuite, un débat qui a fait couler beaucoup d'encre est celui de l'âge auquel les médecins devraient accorder l'accès à la stérilisation irréversible (Marret 2013, Masella et Marceau 2020, McQueen 2017). Ce débat se base notamment, du côté médical, sur l'idée de la gestion du risque (Marret 2013, Chi et Thapa 1993). En effet, les médecins évaluent le risque de regret d'avoir recours à la stérilisation justement en raison du caractère irréversible de l'opération (Marret 2013, Masella et Marceau 2020). La loi permet aux femmes majeures, c'est-à-dire de plus de 18 ans, d'avoir recours à l'opération. Finalement, cela fait également écho aux recherches de Morell (1994, 2000) qui exprime bien de quelle façon la décision des médecins est basée sur les normes et les perceptions selon lesquelles les femmes risquent de regretter leur choix puisqu'elles n'ont pas encore eu d'enfant — de même que ces mêmes normes et perceptions conditionnent aussi leur savoir.

En ce qui concerne la gestion du risque, les médecins doivent se baser sur leur jugement clinique ainsi que sur les données empiriques et les études qui sont à leur disposition. Or, les femmes qui ont participé à ma recherche déplorent le fait que les médecins ne prennent pas suffisamment compte de leurs expériences, parcours et réflexions afin de décider si elles sont aptes ou non à réaliser l'opération, c'est-à-dire si elles ont des risques élever de regretter ou non l'opération. Les participantes ont parfois attendu des années avant d'aller consulter un médecin pour cette raison. Elles ont essayé divers autres moyens de contraception qui leur donnent parfois des effets

secondaires graves ou du moins indésirables. Elles ont même eu des avortements et elles ressentent physiquement le besoin de ne plus avoir la possibilité de porter un enfant, puisque cela les dégoûte ou leur fait peur.

De ce fait, en refusant de prendre en compte la subjectivité même des participantes dans la prise de décision finale pour la stérilisation irréversible, une forme de tension s'exerce entre un savoir expert et un savoir ordinaire. Ce dernier est souvent rejeté et considéré comme non légitime — au détriment des patientes. Ces dernières sont d'ailleurs très affectées par de tels refus qu'elles considèrent comme infantilisans. La décision de s'engager dans les démarches n'est jamais un coup de tête et les femmes m'ont toutes dit s'être senties libérées et n'avoir jamais regretté leur choix une fois que leur décision avait été prise. D'ailleurs — bien que le but ici n'est pas de s'attarder à savoir si les médecins ont raison ou tort de se baser sur ce critère pour accéder ou non à la requête de ces femmes — une étude a démontré que, même si certaines femmes, souvent de moins de 30 ans, regrettent effectivement d'avoir eu recours à l'opération pour plusieurs raisons, cela correspond en fait à une très faible proportion des patientes qui ont recours à cette opération (Curtis, Mohllajee, Peterson 2006). Ainsi, la façon dont se déroule les rendez-vous médicaux (qui ont mené dans certains cas à des refus de la part des médecins) peut être jugée de paternaliste dans le sens où le médecin interfère auprès de ces femmes contre leur volonté en ayant l'impression que cette décision sera meilleure pour la patiente (Masella et Marceau 2020). Ce paternalisme traduit en fait une forme de biopouvoir qui passe par l'imposition d'un savoir institutionnalisé au détriment dans ce cas d'un savoir ordinaire, celui des patientes qui revendiquent l'accès à la stérilisation malgré le fait que ce choix se situe en dehors de la norme concernant la relation entre la féminité et la maternité dans la société occidentale (Gillespie 2000, 2003).

Pour terminer, les participantes à l'étude ont vécu la relation avec certains médecins comme étant infantilisante puisqu'elles avaient généralement l'impression que leur point de vue était mis de côté lors de la prise de décision d'avoir recours à la stérilisation. Ce sont les médecins qui ont le dernier mot. Même dans les cas où les médecins ont accepté de réaliser l'opération, certaines participantes ont mentionné qu'elles n'ont pas eu à argumenté puisque le médecin était déjà en accord avec le fait de réaliser la stérilisation. Cela démontre que le savoir et l'expérience même des femmes n'est pas nécessairement prise en compte dans la décision finale des médecins. Cela peut être perçu comme une forme de biopouvoir et de contrôle où le savoir médical du médecin prime sur la

subjectivité des participantes. Il y a une asymétrie de pouvoir entre les femmes et les professionnels de la santé lors des consultations médicales, entre autres justement parce que c'est le médecin qui a le dernier mot. Cela concorde avec les propos de Sawicki (1991) en ce qui concerne le savoir médical et l'utilisation des technologies de la reproduction :

« What makes new reproductive technologies especially dangerous to women is [...] that they are designed and implemented by experts in contexts where scientific and medical authority is wielded with insufficient attention to the prerequisites for democratic or shared-decision making. The often unchallenged authority of experts makes possible an imposition of treatments and regimes that is in fact dangerous to women. » (Sawicki 1991, 91)

Ainsi, le biopouvoir est bien présent en ce qui concerne le contrôle de la reproduction des femmes au sein du système de santé puisque c'est le médecin qui prend la décision finale de réaliser ou non l'opération de stérilisation.

En conclusion de ce chapitre de discussion, l'expérience des femmes du processus menant à la stérilisation a fait émerger une forme d'identité liée à cette expérience, mais aussi au fait d'être sans enfant. De plus, le processus a été vécu par ces femmes comme une forme d'agentivité de par les démarches entreprises, la conscience qu'il s'agit d'un processus difficile et les actions entreprises tout au long du processus. La stérilisation elle-même peut être analysée en termes d'agentivité pour les participantes, puisqu'elle permet une certaine forme de contrôle sur leur corps et leur sexualité. Finalement, des formes de pouvoir expliquées à partir de la théorie du biopouvoir font également partie de l'expérience de ces femmes en ce qui a trait : au contrôle de leur reproduction ; au fait que l'identité *childfree* et la revendication de la stérilisation comme choix contraceptifs sont en dehors des normes établies ; et à la relation médecin-patient qui s'inscrit dans une forme de tension entre le savoir supposé objectif du médecin et celui des patientes, davantage subjectif et lié à leur expérience.

Ma recherche débouche donc sur une compréhension des difficultés et des moyens employés pour les contourner, tout au long du processus menant à la stérilisation. Elle révèle l'importance de cette opération pour les femmes qui entreprennent une démarche. De façon plus générale, cette recherche permet de réfléchir à l'expérience, au sein du système de santé, des patients qui portent une identité



en marge des normes dominantes (que cette identité soit visible ou non) ainsi qu'à la place de la biomédecine dans la légitimation et/ou la marginalisation de ces identités.

## Conclusion

C'était une décision d'une vie. Pi là, savoir que je vais avoir l'opération comme je suis tellement heureuse. Je suis vraiment heureuse. Je suis encore plus excitée, pi je suis encore plus sûre de mon choix. Je sais que c'est ça que je veux vraiment. (Sarah, 31 ans)

Ce mémoire avait pour objectif principal de témoigner de l'expérience des femmes sans enfant par choix au fil du processus à suivre et des démarches à effectuer afin d'obtenir la ligature des trompes de Fallope. L'opération de stérilisation irréversible représente pour les femmes qui ont participé à cette étude un geste très important dans leur sexualité, leur identité, mais revêt également une dimension sociale. Même après l'écriture de ce mémoire, je constate que la littérature est manquante en ce qui concerne l'expérience de femmes qui ont eu recours à la stérilisation irréversible comme moyen de contraception alors qu'elles n'avaient pas encore eu d'enfant. À ma connaissance, un seul article porte sur les femmes sans enfant par choix qui veulent obtenir la ligature des trompes de Fallope dans le contexte québécois récent. Il s'agit du texte de Masella et Marceau (2020) qui mène une réflexion dans une perspective bioéthique sur la décision des médecins d'accorder ou non l'accès à cette opération. Ainsi, aucune recherche récente n'a été effectuée sur le sujet dans le contexte québécois contemporain à partir d'une perspective anthropologique — ce qui justifiait la pertinence de réaliser une telle recherche.

Dans le premier chapitre de présentation des résultats (chapitre trois), j'ai voulu explorer les difficultés rencontrées par ces femmes, d'une part au plan administratif, dues au fonctionnement du système de santé, et d'autre part au plan affectif, liées au cheminement et aux démarches que les participantes ont réalisées jusqu'au moment de leur opération. Cela a permis de mettre en exergue divers enjeux tels que l'accessibilité aux médecins de famille et aux médecins spécialistes, les relations inégales entre médecin et patientes dans les prises de décision concernant la chirurgie, et le manque de soutien de la part de l'entourage. Dans le second chapitre de présentation des résultats (chapitre quatre), j'ai voulu explorer la façon dont ces femmes ont contourné ces difficultés et réussi malgré tout à obtenir l'opération de stérilisation — afin de montrer l'aspect combattif et non passif des démarches qu'elles ont entreprises dans le but d'obtenir l'opération. J'ai d'abord mis l'accent sur la recherche d'information pour se préparer aux démarches et à l'opération elle-même, puis sur la façon dont ces femmes utilisent l'accès à d'autres rendez-vous pour essayer d'obtenir la ligature des trompes de Fallope. Finalement, j'ai exploré la solidarité

envers d'autres femmes qui tentent d'obtenir la stérilisation irréversible comme élément facilitateur tout au long du processus pour plusieurs femmes.

L'analyse de ces résultats, dans mon dernier chapitre (chapitre cinq), m'a par la suite permis de mettre en lumière l'aspect identitaire du processus — qui n'apparaissait pas de prime abord — grâce au concept de biosocialité développé dans le chapitre d'état des connaissances (chapitre un). Lors des entrevues, les femmes me disaient effectivement qu'elles ne considéraient pas le fait d'être sans enfant par choix comme étant un aspect important de leur identité et par lequel elles souhaitent se définir. Cependant, l'analyse m'a permis de comprendre de quelle façon la stérilisation est pour elles un geste très fort qui vient concrétiser leur sentiment d'être une personne *childfree*, c'est-à-dire sans enfant par choix. Les participantes subissent l'hégémonie du système biomédical qui vient cependant renforcer leur identité *childfree* et même lui donner une certaine légitimité. De plus, le concept d'agentivité a été exploité afin de rendre compte d'un autre aspect important du processus qui a été fortement explicité dans le second chapitre de résultats (chapitre quatre). Les femmes ont effectivement fait preuve d'une forme d'agentivité à la fois passive et active dans le processus et dans l'amorce de ces démarches. En fait, l'opération elle-même a été envisagée comme une forme d'agentivité en leur permettant un contrôle sur leur sexualité. Finalement, l'analyse de l'expérience des femmes tout au long du processus a également permis de dégager les formes de pouvoir qui sont présentes, au sein du système de santé, dans les dynamiques entre les patientes et les médecins — cela à partir du concept de biopouvoir. Pour ce faire, j'ai d'abord décrit les formes de contrôle de la reproduction au sein du système de santé afin d'avoir une vue d'ensemble sur ce phénomène. J'ai ensuite mis l'accent sur l'aspect marginal associé au choix des participantes puisque les identités marginales et normées sont des notions centrales de la théorie du biopouvoir. Enfin, j'ai exploré le savoir institutionnalisé comme lieu d'émergence du biopouvoir à travers la tension entre le savoir subjectif et le savoir expert.

La stérilisation irréversible, son accès et la façon dont les participantes ont vécu le processus menant à cette opération révèlent de nombreux enjeux. Le premier concerne bien sûr la reproduction. La stérilisation — qui permet de mettre un terme définitif à toute possibilité de reproduction — est employée chez les participantes comme moyen de contraception. La reproduction est un champ d'études qui nous concerne toutes et tous, puisqu'elle constitue la base de notre perpétuité en tant qu'espèce et en tant que société. Cela nous touche également puisque

nous sommes dans une société qui accorde beaucoup d'importance à la maternité pour les femmes — comme expliqué dans plusieurs sections de ce mémoire et exprimé par plusieurs participantes lors des entrevues. Ainsi, entendre parler dans ce contexte de femmes qui ne souhaitent pas avoir d'enfant peut venir confronter plusieurs sur le plan des valeurs. En dépit de cela, les femmes qui ont réalisé ce choix qui va à l'encontre de la norme se battent afin que leur point de vue soit entendu et respecté. Au-delà des valeurs ou des aspirations sociétales, l'accès à la ligature des trompes de Fallope comporte un enjeu de droit pour les femmes de décider pour leur propre corps. Cet enjeu s'étend au-delà de la reproduction et concerne l'atteinte de l'égalité entre les hommes et les femmes puisqu'aucune égalité ne sera possible tant que les hommes et les femmes ne pourront pas disposer librement de leur propre corps même pour des enjeux aussi importants que ceux liés à la reproduction.

Cette recherche souligne également des enjeux sur le plan de la biomédecine et de sa place dans les prises de décisions des patients à propos de certains traitements. Cette recherche entraîne des questionnements sur le plan de la déontologie dans le domaine médical et sur le plan de la prise de décision qui revient au médecin : comment respecter au mieux à la fois les intérêts des patients et le code de déontologie ? Cela nous conduit effectivement à réfléchir au type d'opérations jugées nécessaires et à la portée du droit des médecins à refuser de réaliser une opération demandée par les patients (opération qui, rappelons-le, ne contrevient pas à la santé ni à l'intégrité de ces derniers). Cela conduit également à repenser l'équilibre que le médecin, dans sa prise de décision, doit établir entre les études qui relèvent de l'*Evidence Based Medicine* et la part significative qu'il faut accorder au point de vue des patients. Finalement, cela permet de prendre conscience de l'hégémonie et de l'hyperspécialisation de la biomédecine au sein du système de santé québécois, puisque les femmes interviewées dépendent entièrement de la biomédecine et du système médical québécois afin d'obtenir la ligature des trompes de Fallope.

Cette recherche manifeste un autre enjeu — cette fois-ci davantage personnel — exprimé par les participantes dès la tenue des entrevues : comment se faire entendre ? Or, ma démarche aura constitué effectivement pour elles une façon d'avoir une voix pour s'exprimer sur ce qu'elles ont vécu. J'ai signifié dans le second chapitre de résultats ethnographiques (chapitre quatre) le désir de ces femmes de témoigner de cette expérience, entre autres par des gestes de solidarité envers d'autres femmes qui souhaiteraient réaliser la stérilisation également. Mon mémoire constitue en

quelque sorte un témoignage et elles m'ont mentionné en entrevue que leur intérêt pour ma recherche était entre autres fondé sur ce désir d'attester de leur expérience qui peut sembler marginale, mais le sera sans aucun doute de moins en moins. J'espère que cette recherche contribuera à une plus grande compréhension du phénomène et du vécu de ces femmes, dans un premier temps au plan scientifique. Dans un deuxième temps, j'espère que cette recherche permettra aussi, au plan social, une plus grande acceptation de cette expérience et davantage d'ouverture envers les femmes qui font ce choix.

Au Québec, ma question de recherche, parce qu'elle s'inscrit dans le domaine de la reproduction, touche plusieurs problématiques sociétales. D'un point de vue démographique, le Québec se situe dans une phase de vieillissement de la population, ce qui est dommage car le tissu social et les liens familiaux s'effritent (Simard 2019). Les aînés sont souvent laissés à leur compte et la crise des CHSLD a été exacerbée par la crise sanitaire dans la dernière année, ce qui a révélé les problèmes liés aux conditions des aînés. Ce vieillissement de la population pourrait entraîner des changements au plan économique et même culturel puisque le Québec fait appel à l'immigration entre autres afin de contrer ce phénomène. Des changements sur le plan de la reproduction à l'échelle nationale entraîneront donc une redéfinition de la population québécoise et de nouveaux défis se font déjà sentir en ce qui concerne la cohabitation de plusieurs cultures au sein du territoire. En ce qui concerne l'égalité entre les hommes et les femmes, la maternité est aussi une question cruciale. Au-delà de l'idée de disposer librement de son propre corps — qui est un enjeu qui s'articule autour de plusieurs luttes comme le droit à l'avortement et l'accès à la stérilisation irréversible — une crise récente au Québec réaffirme l'importance des enjeux liés à la reproduction en ce qui concerne l'atteinte de cette égalité. La récente crise des garderies qui prend de l'ampleur met en danger les droits acquis des femmes d'avoir accès à une carrière et au marché du travail, en parallèle à leur famille (Léouzon 2021).

Je pense ainsi que les recherches sur le phénomène des femmes sans enfant par choix auront de plus en plus d'importance en raison de la croissance que pourrait prendre ce phénomène dans les prochaines années et décennies. Avec les mouvements citoyens pour contrer les changements climatiques, les problèmes de conciliation travail-famille qui obligeront plusieurs femmes à choisir entre une carrière et des enfants, et le contexte incertain de crise sanitaire, il ne serait pas étonnant de voir de plus en plus de femmes, et même de jeunes femmes, décider d'aller au bout de leurs

convictions et aspirations et souhaiter d'avoir recours à la stérilisation en tant que femmes sans enfant par choix. Cela rejoint en fait, peut-être, mes propres questionnements et les choix qui s'offrent à moi quant à la maternité dans les prochaines années — puisque je suis partie prenante de ce même contexte. En effet, étant moi-même très sensible à la cause environnementale et féministe, et ayant été affectée par la crise sanitaire dont on ne se remet pas encore tout à fait, je ne peux m'empêcher de réévaluer plus attentivement mon désir de devenir mère. Je sais que ces réflexions que je porte personnellement sont le reflet de ce que beaucoup de femmes de mon âge pensent. D'ailleurs, bien que cela ne faisait pas partie du sujet de mon mémoire, plusieurs femmes m'ont mentionné en entrevue qu'au-delà de leurs motivations personnelles, la situation sociale, mais surtout écologique actuelle renforçait leur décision de ne pas avoir d'enfant. Il sera intéressant d'explorer dans de futurs projets de recherche les répercussions de la crise sanitaire de la dernière année et des enjeux environnementaux persistants sur le désir d'enfant dans la population québécoise.

Bien que cette recherche ait permis toutes ces réflexions, elle comporte également plusieurs limites. Tout d'abord, je n'ai pas été en mesure de réaliser un terrain ethnographique en raison des conditions sanitaires mentionnées dans la méthodologie. Avant que le mot *pandémie* arrive dans l'actualité au printemps 2020, j'avais projeté réaliser un terrain ethnographique dans des groupes de discussion et de support pour personnes sans enfant par choix. J'avais exploré l'idée de ce terrain pour entrer en contact avec des femmes qui ne veulent pas d'enfant, réaliser des entrevues avec elles et peut-être même les suivre dans quelques-unes de leurs démarches. Dans une prochaine recherche, il serait particulièrement intéressant d'investiguer plus profondément l'expérience de ces femmes en suivant sur le terrain des participantes tout au long de leurs démarches afin de rendre compte par l'observation participante des démarches effectuées dans leur quotidien. Cette autre approche méthodologique rendrait possible une plus grande proximité avec les participantes et permettrait de tenir compte des divers acteurs impliqués dans leurs démarches, que ce soient les membres du personnel soignant et du personnel administratif du système de santé ou des membres de leur entourage avec lesquels elles interagissent au quotidien.

De plus, j'ai concentré mon analyse spécifiquement sur le point de vue des femmes qui souhaitent réaliser ou ont obtenu la ligature des trompes de Fallope. Je me suis ainsi focalisée sur les femmes sans tenir compte de leur statut matrimonial qui était diversifié parmi les participantes. Il pourrait

être intéressant dans une prochaine recherche de s'attarder à la prise de décision de la part du couple d'avoir recours à la ligature des trompes de Fallope chez la femme. Lors des entrevues, j'ai vite compris la pertinence de traiter uniquement du point de vue de ces femmes lorsqu'elles ont été plusieurs à me mentionner qu'il s'agissait d'un choix très personnel, pris indépendamment du partenaire. Cependant, cela n'est pas nécessairement le cas pour toutes les femmes sans enfant par choix qui entreprennent ces démarches. Cela permettrait d'aborder cette réalité du point de vue des couples qui choisissent de demeurer sans enfant. De même, cette recherche — justement parce qu'elle se concentrait sur le point de vue des femmes — n'a pas pu tenir compte non plus des avis et perceptions des médecins qui pratiquent ou non la ligature des trompes de Fallope. Cela serait une autre avenue pertinente à explorer afin de comprendre le phénomène dans son ensemble.

Pour terminer, ma recherche a permis de mettre en lumière l'aspect identitaire du processus ainsi que les formes d'agentivité et de biopouvoir qui sont simultanément expérimentées par les participantes. Cependant, une étude effectuée sur la relation entre les médecins et les patientes permettrait de comprendre plus en profondeur les dynamiques particulières dans ces relations. À partir de la réalisation d'un terrain ethnographique, une recherche sur le sujet permettrait de pousser plus loin l'analyse sur la façon dont les femmes peuvent vivre une expérience chirurgicale liée à la reproduction au sein du système de santé.

## Références bibliographiques

- Agrillo, Christian et Cristian Nelini. 2008. « Childfree by Choice: A Review ». *Journal of Cultural Geography* 25 (3): 347–363.
- Ahearn, Laura M. 2001. « Language and Agency ». *Annual Review of Anthropology* 30 :109–137.
- Allen, Amy. 2002. « Power, Subjectivity, and Agency: Between Arendt and Foucault ». *International Journal of Philosophical Studies* 10 (2): 131–149.
- Anderson, Kermyt G. 2017. « High Prevalence of Voluntary Sterilization among American Women Explained by Trade-Offs Resulting from Male Parental Commitment ». *Journal of Biosocial Science* 50 (4): 505–526. doi: 10.1017/S0021932017000414.
- Armstrong, David. 1994. « Bodies of Knowledge/Knowledge of Bodies ». Dans *Reassessing Foucault: Power, Medicine and the Body*. Sous la direction de Colin Jones et Roy Porter. London: Routledge.
- Armstrong, David. 2014. « Actors, Patients and Agency: A Recent History ». *Sociology of Health and Illness* 36 (2): 163–174. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.12100>.
- Baulieu, Étienne-Émile, Françoise Héritier et Henri Leridon, dir. 1999. *Contraception : contrainte ou liberté ?* Travaux du Collège de France. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Beaujot, Roderic. 2000. « Les deux transitions démographiques du Québec, 1860-1996 ». *Cahiers québécois de démographie* 29 (2) : 201-230. doi : <https://doi.org/10.7202/010286ar>.
- Berger, Roni. 2013. « Now I See It, Now I Don't: Researcher's Position and Reflexivity in Qualitative Research ». *Qualitative Research* 15 (2): 219–234. doi: 10.1177/1468794112468475.
- Bielski, Zosia. 2019. « The New « Childfree »: Fearful Amid Climate Change, Some Young Canadians Abandon Plans to Have Children ». The Globe and Mail. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-the-new-childfree-fearful-amid-climate-change-some-young-canadians/>.
- Blais, Louise. 2006. « Savoir expert, savoirs ordinaires : qui dit vrai ? Vérité et pouvoir chez Foucault ». *Sociologie et sociétés* 38 (2) : 151-163. doi : <https://doi.org/10.7202/016377ar>.
- Bledin K. D., J. E. Cooper, S. Mackenzie et B. Brice. 1984. « Contraceptive Attitudes and Practice in Women Choosing Sterilization ». *The Journal of the Royal College of General Practitioners* 34 (268): 595–599.



- Borduas, Joël. 2013. « Le gouvernement de la vie dans les sociétés libérales : une relecture critique de la perspective biopolitique chez Michel Foucault, Nikolas Rose et Giorgio Agamben ». Mémoire de M.A., département de sociologie, Université du Québec à Montréal.
- Briex, Michel. 2013. « Neuf mois et moi ». *Spirale* 68 (4) : 178-182. doi : 10.3917/spi.068.0178.
- Campbell, Anily. 1999. *Childfree and Sterilized. Women's Decisions and Medical Responses*. Londres : Cassell.
- Campbell, Elaine. 1985. *The Childless Marriage: An Exploratory Study of Couples Who Do Not Want Children*. Londres : Tavistock.
- Institut de recherche en santé du Canada. 2015. « Définition de sexe et du genre ». Gouvernement du Canada. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/47830.html>.
- Canguilhem, Georges. 2013. *Le normal et le pathologique*. Quadrige. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France.
- CBC/Radio-Canada. 2021. « Mandat ». CBC/Radio-Canada. <https://cbc.radio-canada.ca/fr/vision/mandat>.
- Centre de santé des femmes de Montréal. 2018. « À Propos ». Centre de santé des femmes de Montréal. <http://www.csfmontreal.qc.ca/wp/a-propos/>.
- Charton, Laurence. 2014. « La stérilisation contraceptive ou le renforcement d'une image normative de la famille ». *Recherches familiales* 11 (1) : 65-73. doi : 10.3917/rf.011.0065.
- Charton, Laurence, E. Lapiere-Adamcyk et Partenariat Familles en mouvance et Dynamiques intergénérationnelles. 2008. « Systèmes de valeurs et méthodes contraceptives : mise en perspective à partir du recours à la stérilisation contraceptive en France et au Québec ». Dans *Démographie et Cultures — Acte du colloque de Québec, Québec, 63-76 Août 2008*. Paris Cedex 20 : Association internationale des démographes de langue française (AIDELF).
- Charton, Laurence et Nong Zhu. 2016. « Les couples à l'épreuve de l'infertilité : une analyse à partir des enquêtes ERFI ». Dans *XVIIIe colloque international de l'AIDELF — Trajectoires et âges de la vie, 1-17*. Sous la direction de Sophie Penneç, Chantal Girard et Jean-Paul Sanderson. Bari : Association internationale des démographes de langue française (AIDELF).
- Chi, I-Cheng et Shyam Thapa. 1993. « Postpartum Tubal Sterilization: An International Perspective on Some Programmatic Issues ». *Journal of Biosocial Science* 25 (1) : 51-61. doi: 10.1017/S0021932000020290.

- Comaroff, Jean et John L. Comaroff. 1991. *Of Revelation and Revolution*. Chicago: University of Chicago Press.
- Crossley, Nick. 1996. « Body-Subject/Body-Power: Agency, Inscription and Control in Foucault and Merleau-Ponty ». *Body & Society* 2 (2): 99–116.
- Curtis, Kathryn M., Anshu P. Mohllajee et Herbert B. Peterson. 2006. « Regret Following Female Sterilization at a Young Age: A Systematic Review ». *Contraception* 73 (2): 205–210. doi: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2005.08.006>.
- De Beauvoir, Simone. 1949. *Le Deuxième Sexe*. Paris: Gallimard.
- De Bessa, Gina Hunter. 2006. « Medicalization, Reproductive Agency, and the Desire for Surgical Sterilization among Low-Income Women in Urban Brazil ». *Medical Anthropology* 25 (3): 221–263. doi: 10.1080/01459740600840263.
- De Koninck, Maria. 1990. « L'autonomie des femmes : quelques réflexions-bilan sur un objectif ». *Santé mentale au Québec* 15 (1) : 120-133. doi : <https://doi.org/10.7202/031545ar>.
- De Koninck, Maria. 2015. « Les techniques de reproduction et l'éviction du corps féminin ». *Recherches féministes* 28 (1) : 79-96. doi : <https://doi.org/10.7202/1030995ar>.
- De Pierrepont, Catherine et Joseph J. Lévy. 2017. « L'infécondité volontaire : motivations et enjeux de transmission dans un forum de discussion ». *Anthropologie et Sociétés* 41 (2) : 175-199. doi : <https://doi.org/10.7202/1042320ar>.
- De Wit, Margaret et Fernando Rajulton. 1991. « Voluntary Sterilisation among Canadian Women ». *Journal of Biosocial Science* 23 (3):263-274. doi : 10.1017/S0021932000019337.
- Debest, C. 2012. « Le choix d'une vie sans enfant à travers le prisme des normes parentales et conjugales : étude de cas en France ». *Nouvelles pratiques sociales* 25 (1) : 28-43. doi : <https://doi.org/10.7202/1017382ar>.
- Del Río Fortuna, Cynthia A. 2009. « Elecciones en anticoncepción quirúrgica: una mirada sobre la relación entre la técnica y la persona ». *Runa : Archivo para las Ciencias del Hombre* 30 (1) : 79-95.
- Del Río Fortuna, Cynthia A. 2007. « El acceso a la ligadura de trompas de Falopio en la Ciudad de Buenos Aires : la maternidad responsable y saludable frente al derecho a decidir sobre el propio cuerpo ». *Cuadernos de Antropología Social* 1 (25) : 169-188.
- Delaisi de Parseval, G. 1999. « Un nouveau défi pour les couples : choisir le bon moment ». Dans

*Contraception : contrainte ou liberté?* Sous la direction de Étienne-Émile Baulieu, Françoise Héritier et Henri Leridon, 243-256. Paris : Éditions Odile Jacob.

Deschênes, Nathalie et Chantal Girard. 2020. « Les naissances au Québec et dans ses régions en 2019 ». *Bulletin sociodémographique* 24 (4).

Deshaies, Louise-Anne. 2018. « Transition à la maternité et expérience des soins des femmes lesbiennes enceintes via le recours à la procréation médicalement assistée ». Ph.D. Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke. [https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/12180/Deshaies\\_Louise\\_Anne\\_DPs\\_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/12180/Deshaies_Louise_Anne_DPs_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y).

DeVellis, Brenda McEvoy, Barbara Strudler Wallston et David Acker. 1984. « Childfree by Choice: Attitudes and Adjustment of Sterilized Women ». *Population and Environment* 7 (3): 152–162. doi: 10.1007/BF01255486.

Edmonston, Barry, Sharon Lee et Zheng Wu. 2009. « Childless Canadian Couples ». *Department of Sociology and Population Research Group*. University of Victoria: Victoria.

Edu, Ugo Felicia. 2018. « When Doctors Don't Tie: Hierarchical Medicalization, Reproduction, and Sterilization in Brazil ». *Medical Anthropology Quarterly* 32 (4): 556–573. doi: 10.1111/maq.12475.

Fainzang, Sylvie. 2013. « Champ-contrechamp : la relation médecin-malade entre anciennes et nouvelles normes ». *Anthropologie et Sociétés* 37 (3) : 83-97. doi : <https://doi.org/10.7202/1024080ar>.

Fassin, Didier. 2000. « Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé ». *Anthropologie et Sociétés* 24 (1) : 95-116. doi : <https://doi.org/10.7202/015638ar>.

Faya Robles, A. 2009. « “Lier ou ne pas lier”. Choix contraceptif et stérilisation chez des femmes en milieu populaire urbain du Nord-est brésilien ». *Autrepart* 51 (3) : 57-73. doi : 10.3917/autr.051.0057.

Fédération du Québec pour le planning des naissances. 2016. « Ligature des trompes ». Fédération du Québec pour le planning des naissances. <http://www.fqpn.qc.ca/?methodes=ligature-des-trompes>.

Fédération du Québec pour le planning des naissances. 2020. « Vasectomie. ». Fédération du Québec pour le planning des naissances. <https://www.fqpn.qc.ca/?methodes=vasectomie>.

Finnsdottir, Maria et Zheng Wu. 2019. « Contraceptive Use in Canada, 2001 to 2011 ». *Canadian*

*Studies in Population* 46 (1): 27-46. doi : 10.1007/s42650-019-00003-w.

Flora, Luigi, Paule Lebel, Vincent Dumez, Caroline Bell, Josée Lamoureux et Daniel Saint-Laurent. 2015. « L'expérimentation du programme partenaires de soins en psychiatrie : le modèle de Montréal ».

*Santé mentale au Québec* 40 (1) : 101-117. doi : <https://doi.org/10.7202/1032385ar>.

Foucault, Michel. 1975. *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Collection Tel 225. Paris : Gallimard.

Foucault, Michel. 1976. *Histoire de la sexualité*. Paris : Gallimard.

Gaucher, Dominique, France Laurendeau et Louise-Hélène Trottier. 1981. « Parler de la vie : l'apport des femmes à la sociologie de la santé ». *Sociologie et sociétés* 13 (2) : 139-152. doi : <https://doi.org/10.7202/001286ar>.

Giddens, Anthony. 1979. *Central Problems in Social Theory: Action, Structure and Contradiction in Social Analysis*. Contemporary Social Theory. London: Macmillan.

Gillespie, Rosemary. 1999. « Voluntary Childlessness in the United Kingdom ». *Reproductive Health Matters* 7 (13): 43–53. doi: 10.1016/S0968-8080 (99)90111-8.

Gillespie, Rosemary. 2000. « When No Means No: Disbelief, Disregard and Deviance as Discourses of Voluntary Childlessness ». *Women's Studies International Forum* 23 (2):223–234. doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-5395 \(00\)00076-5](https://doi.org/10.1016/S0277-5395 (00)00076-5).

Gillespie, Rosemary. 2003. « Childfree and Feminine: Understanding the Gender Identity of Voluntarily Childless Women ». *Gender & Society* 17 (1): 122- 136. doi: 10.1177/0891243202238982.

Gotman, Anne. 2017. « Le choix de ne pas avoir d'enfant, ultime libération ? ». *Travail, genre et sociétés* 1 (37) : 37-52.

Gouvernement du Québec. 2015. « Système de santé et de services sociaux en bref ». Gouvernement du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/>.

Gouvernement du Québec. 2017. La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016. Sous la direction du Commissaire à la santé et au bien-être. Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017.

Gouvernement du Québec. 2021. « Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du centre-sud-de-l'île-de-Montréal ». Gouvernement du Québec.

<https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/soins-et-services/sante-sexuelle/itss-et-contraception#paragraph-23136>.

Hacey, Isabelle. 2009. « Les gens qui ne veulent pas d'enfant ». La Presse. <https://www.lapresse.ca/vivre/famille/200910/15/01-911707-les-gens-qui-ne-veulent-pas-denfants.php>.

Handfield, Catherine. 2020. « Nullipares : donner une voix aux femmes sans enfants ». La Presse. <https://www.lapresse.ca/arts/litterature/2020-06-05/nullipares-donner-une-voix-aux-femmes-sans-enfants>.

Hénault, Alexandra. 2019. « Je ne voudrai jamais enfanter ». Le Devoir. <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/567719/je-ne-voudrai-jamais-enfanter>.

Hintz, Elizabeth A. et Clinton L. Brown. 2019. « Childfree by Choice: Stigma in Medical Consultations for Voluntary Sterilization ». *Women's Reproductive Health* 6 (1): 62-75. doi : 10.1080/23293691.2018.1556427.

Institut canadien d'information sur la santé. 2020. Les médecins au Canada, 2019. Ottawa, Ontario : ICIS.

Institut de la Statistique du Québec. 2016. L'enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Québec : Gouvernement du Québec.

Institut de la Statistique du Québec. 2019. « Interruptions volontaires de grossesse (nombre, rapport pour 100 naissances et taux pour 1 000 femmes), hystérectomies, ligatures, vasectomies, réanastomoses et vasovasotomies, Québec, 1971-2014 ». Gouvernement du Québec. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/naissance-fecondite/415.htm>.

Institut de la Statistique du Québec. 2020. « Rémunération hebdomadaire et horaire des employés, régions administratives et ensemble du Québec, 2015-2019 ». Gouvernement du Québec.

Kaufman, Gayle. 1998. « Sterilisation of Married Couples: Husband Versus Wife Sterilisation ». *Journal of Biosocial Science* 30 (1): 1–14. doi: 10.1017/S0021932098000017.

Keck, Frédéric. 2003. « Des biotechnologies au biopouvoir, de la bioéthique aux biopolitiques ». *Multitudes* 12 (2) : 179-187. doi : 10.3917/mult.012.0179.

Kelly, Maura. 2009. « Women's Voluntary Childlessness: A Radical Rejection of Motherhood? ». *Women's Studies Quarterly* 37 (3/4): 157–172.

Kiernan, Kathleen E. 1989. « Who Remains Childless? ». *Journal of Biosocial*

*Science* 21 (4): 387- 398. doi: 10.1017/S0021932000018125.

Korasick, Candace. 2010. « Women without Children: Identity, Choice, Responsibility ». PhD, Faculty of Graduate School, University of Missouri-Columbia.

Laperrière, Anne. 1997. « Analyse : la théorisation ancrée (*grounded theory*) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées ». Dans *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Sous la direction de Jean Poupart, Lionel-Henri Groulx, Jean-Pierre Deslauriers, Anne Laperrière, Robert Mayer et Alvaro P. Pires, 309-340. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

Larousse. 2021. « Mème : définition ». Larousse.  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A8me/10910896>.

Légaré, France. 2009. « Le partage des décisions en santé entre patients et médecins ». *Recherches sociologiques* 50 (2) : 283-299. doi : <https://doi.org/10.7202/037958ar>.

Leite, Iúri Da Costa, Neeru Gupta et Roberto Do Nascimento Rodrigues. 2004. « Female Sterilization in Latin America: Cross-National Perspectives ». *Journal of Biosocial Science* 36 (6) : 683–698. doi: 10.1017/S0021932003006369.

Leone, Tiziana et Andrew Hinde. 2005. « Sterilization and Union Instability in Brazil ». *Journal of Biosocial Science* 37 (4) : 459-469. doi : 10.1017/S0021932004006972.

Léouzon, Roxane. 2021. « Parents et éducatrices mobilisés contre la crise des garderies ». Le Devoir. <https://www.ledevoir.com/societe/education/600398/parents-et-educatrices-manifestent-contre-la-penurie-de-places-en-garderie>.

Letherby, Gayle. 1994. « Mother or Not, Mother or What? : Problems of Definition and Identity ». *Women's Studies International Forum* 17 (5) : 525–532. doi: [https://doi.org/10.1016/0277-5395\(94\)00038-7](https://doi.org/10.1016/0277-5395(94)00038-7).

Lock, Margaret. 1998. « Perfecting Society: Reproductive Technologies, Genetic Testing, and the Planned Family in Japan ». Dans *Pragmatic Women and Body Politics*. Sous la direction de Margaret Lock et Patricia A. Kaufert, Cambridge Studies in Medical Anthropology 5, 206–239. Cambridge: University Press, Cambridge.

Lock, Margaret et Patricia A. Kaufert, dir. 1998. *Pragmatic Women and Body Politics*. Cambridge Studies in Medical Anthropology 5. Cambridge: University Press, Cambridge.

Lock, Margaret M. et Vinh-Kim Nguyen. 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

- Lopez, Iris. 1993. « Agency and Constraint: Sterilization and Reproductive Freedom among Puerto Rican Women in New York City ». *Urban Anthropology and Studies of Cultural Systems and World Economic Development* 22 (3/4): 299–323.
- Lopez, Iris. 1998. « An Ethnography of the Medicalization of Puerto Rican Women's Reproduction ». Dans *Pragmatic Women and Body Politics*. Sous la direction de Margaret Lock et Patricia A. Kaufert, Cambridge Studies in Medical Anthropology 5, 240–259. Cambridge: University Press, Cambridge.
- Marcil-Gratton, Nicole. 1987. « Le recours précoce à la ligature des trompes au Québec : des suites indésirables ? ». *Sociologie et sociétés* 19 (1) : 83-96. doi :<https://doi.org/10.7202/001475ar>.
- Marret, H. 2013. « Y at-il un âge limite à la stérilisation volontaire féminine ? ». *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 1 (41) : 1-3.
- Martin, Emily. 1992. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction with a New Introduction*. Boston: Beacon Press.
- Masella, Marie-Alexia et Emmanuelle Marceau. 2020. « La stérilisation volontaire chez les femmes sans enfant de moins 30 ans : dilemme éthique et déontologique ». *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique* 3 (1). doi : <https://doi.org/10.7202/1068764ar>.
- Mawson, Diana. 2005. « The Meaning and Experience of Voluntary Childlessness for Married Couples ». PhD, Counselling Psychology, University of British Columbia.
- McQueen, Paddy. 2017. « Autonomy, Age and Sterilisation Requests ». *Journal of Medical Ethics* 43 (5): 310–313.
- Mieke, C. et M. Megan. 2016. « The Perplexing Links between Contraceptive Sterilization and (Dis) Advantage in Ten Low-Fertility Countries ». *Population Studies* 70 (1): 39–58.
- Mitnick, Barry M. 2019. « Origin of the Theory of Agency: An Account by One of the Theory's Originators ». SSRN. <https://ssrn.com/abstract=1020378>.
- Morell, Carolyn M. 1994. *Unwomanly Conduct: The Challenges of Intentional Childlessness*. New York: Routledge.
- Morell, Carolyn M. 2000. « Saying No: Women's Experiences with Reproductive Refusal ». *Feminism & Psychology* 10 (3): 313–322. doi: 10.1177/0959353500010003002.
- Nations Unies. 2013. « World Contraceptive Use 2013 ». Nations Unies.

<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/family/contraceptive-wallchart2013.shtml>.

- O'Dougherty, Maureen. 2008. « Lia Won't: Agency in the Retrospective Pregnancy Narratives of Low-Income Brazilian Women ». *The Journal of Latin American and Caribbean Anthropology* 13 (2): 414–446. doi: 10.1111/j.1935-4940.2008.00044.x.
- O'Connor, Annette M., Elizabeth R. Drake, Georges A. Wells, Peter Tugwell, Andreas Laupacis et Tom Elmslie. 2003. « A Survey of the Decision-Making Needs of Canadians Faced with Complex Health Decisions ». *Health Expectations* 6 (1): 1–13.
- Ortner, Sherry B. 2006. *Anthropology and Social Theory: Culture, Power, and the Acting Subject*. Durham: Duke University Press.
- Ortner, Sherry B. 2001. « Specifying Agency: The Comaroffs and Their Critics ». *Interventions: International Journal of Postcolonial Studies* 3 (1): 76–84.
- Ouellette, Françoise-Romaine. 1993. « Féminisme, femmes “infertiles” et procréation médicalement assistée ». Dans *Structuration du social et modernité avancée : autour des travaux d'Anthony Giddens*. Sous la direction de Michel Audet, Hamid Bouchikhi et Centre culturel international de Cerisy-la-Salle. Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Ouimet, Marie-Jo, Raynald Pineault, Alexandre Prud'homme, Sylvie Provost, Michel Fournier et Jean-Frédéric Levesque. 2015. « The Impact of Primary Healthcare Reform on Equity of Utilization of Services in the Province of Quebec: A 2003–2010 Follow-Up ». *International Journal for Equity in Health* 14 : 139-139. doi: 10.1186/s12939-015-0243-2.
- Paillé, Pierre et Alex Mucchielli. 2012. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Pâris, Marie. 2018. « Sans enfant, et sans regret ». Voir. <https://voir.ca/voir-la-vie/2018/01/24/sans-enfant-et-sans-regret/>.
- Petchesky, Rosalind P. 1995. « From Population Control to Reproductive Rights: Feminist Fault Lines ». *Reproductive Health Matters* 3 (6): 152–161. doi: [https://doi.org/10.1016/0968-8080\(95\)90172-8](https://doi.org/10.1016/0968-8080(95)90172-8).
- Rabinow, Paul. 1996. « Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality ». Dans *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Rabinow, Paul. 1999. « Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality ». Dans *Anthropologies of Modernity: Foucault, Governmentality, and Life Politics*. Oxford: John



Wiley & Sons.

- Raffaetà, Roberta. 2017. « Biosociality Extended: The Case of Parental Groups Campaigning against Paediatric Vaccinations in Italy ». Dans *Emerging Socialities in 21st Century Healthcare*. Sous la direction de Bernhard Hadolt et Anita Hardon, 13-24 : Amsterdam University Press.
- Rapp, Rayna. 1999. *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. Sous la direction de Brackette F. Williams. The Anthropology of Everyday Life. Abingdon: Routledge.
- Richie, Cristina. 2013. « Voluntary Sterilization for Childfree Women ». *Hastings Center Report* 43 (6): 36–44. doi: 10.1002/hast.216.
- Roberts, Elizabeth F. S. 2007. « Biology, Sociality and Reproductive Modernity in Ecuadorian *in-Vitro* Fertilization ». Dans *Biosocialities, Genetics and the Social Sciences: Making Biologies and Identities*. Sous la direction de S. Gibbon et C. Novas. Abingdon, UK: Routledge.
- Rochon, Madeleine. 1986. « Stérilité et infertilité : deux concepts ». *Cahiers québécois de démographie* 15 (1) : 27-56. doi : <https://doi.org/10.7202/600584ar>.
- Rochon, Madeleine. 1991. « Les ligatures de trompes et les vasectomies au Québec. Évolution récente ». *Cahiers québécois de démographie* 20 (1) : 157-166. doi : <https://doi.org/10.7202/010070ar>.
- Rose, Nikolas. 2001. « The Politics of Life Itself ». *Theory, Culture & Society* 18 (6): 1–30. doi: 10.1177/02632760122052020.
- Rose, Nikolas. 2007. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. In-Formation Series. Princeton (N.J.): Princeton University Press.
- Ruel-Laliberté, Jessica, Audrey Binette et Amélie Bertrand. 2020. « Salpingectomie bilatérale aux fins de contraception permanente : série de cas et facteurs limitant le changement de pratique ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 42 (8): 948-952. doi : <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.02.004>.
- Sackett, David L. 1997. « Evidence-Based Medicine ». *Seminars in Perinatology* 21 (1): 3-5. doi : [https://doi.org/10.1016/S0146-0005\(97\)80013-4](https://doi.org/10.1016/S0146-0005(97)80013-4).
- Sargos, Pierre. 2009. « L'irréductible et indispensable divergence du consentement médical et du consentement consumériste ». Dans *Sécurité des patients, sécurité des consommateurs*,

115-121. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France.

Sarra-Bournet, Michel. 2010. « La Révolution tranquille et ses suites : l'histoire politique en question ».

*Bulletin d'histoire politique* 18 (3) : 143-147. doi : <https://doi.org/10.7202/1054833ar>.

Savard, Anne-Marie. 2017. « Les médecins comme travailleurs autonomes au sein du système public de santé au Québec : le passage d'une autonomie professionnelle à une imputabilité sociale ». *Les Cahiers de droit* 58 (4) : 749-787. doi : <https://doi.org/10.7202/1042757ar>.

Sawicki, Jana. 1991. *Disciplining Foucault: Feminism, Power, and the Body*. Thinking Gender. New York (N.Y.): Routledge.

Schoen, Robert, Nan Marie Astone, Constance A. Nathanson, Young J. Kim et Nancy Murray. 2000. « The Impact of Fertility Intentions on Behavior: The Case of Sterilization ». *Social Biology* 47 (1-2): 61-76. doi: 10.1080/19485565.2000.9989010.

Settle, Braelin E. 2014. « Defying Mandatory Motherhood: The Social Experiences of Childfree Women ». PhD, Wayne State University.

Settle, Braelin E. et Krista Brumley. 2014. « “It’s the Choices You Make That Get You There” : Decision-Making Pathways of Childfree Women ». *Michigan Family Review* 18 (1) : 1- 22.

Sewell, William H. 1992. « A Theory of Structure: Duality, Agency, and Transformation ». *American Journal of Sociology* 98 (1) : 1-29.

Simard, Majella. 2019. « Le vieillissement de la population et la décroissance démographique en milieu rural : un défi pour le développement territorial des petites localités du Québec ». *Cahiers québécois de démographie* 48 (2) : 107-134. doi : <https://doi.org/10.7202/1074178ar>.

Siqueira, Andréa D., Álvaro O. D’Antona, Maria Fernanda D’Antona et Emilio F. Moran. 2007. « Embodied Decisions: Reversible and Irreversible Contraceptive Methods among Rural Women in the Brazilian Amazon ». *Human Organization* 66 (2) : 185-195.

Somers, Marsha D. 1993. « A Comparison of Voluntarily Childfree Adults and Parents ». *Journal of Marriage and Family* 55 (3) : 643-650. doi: 10.2307/353345.

Statistique Canada. 2020. « Enquête sociale générale — La Famille (ESG) ». Gouvernement du Canada. <https://www.statcan.gc.ca/fra/enquete/menages/4501>.

Statistique Canada. 2016. « La scolarité au Canada : faits saillants du recensement de 2016 ».

Gouvernement du Canada.

<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171129/dq171129a-fra.htm?indid=14431-3&indgeo=0>.

Sterling, Evelina W. 2013. « From No Hope to Fertile Dreams: Procreative Technologies, Popular Media, and the Culture of Infertility ». PhD, College of Arts and Sciences, Georgia State University.

Stobert, S. et A. Kemeny. 2003. « Childfree by Choice ». *Canadian Social Trends* 69 (11-008) : 7-10.

Suissa, Amnon. 2008. « Représentations du corps, médicalisation et lien social : l'exemple de la chirurgie esthétique ». *Lien social et Politiques* (59) : 103-113.  
doi : <https://doi.org/10.7202/018817ar>.

Thompson, Barbara, Ian MacGillivray et Cynthia Fraser. 1991. « Some Factors in the Choice of Male or Female Sterilisation in Aberdeen ». *Journal of Biosocial Science* 23 (3) : 359–363. doi: 10.1017/S0021932000019428.

Thompson, Charis. 2006. « Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies ». *Choice Reviews Online* 43 (08) : 43–4741. doi: 10.5860/CHOICE.43-4741.

Tocchioni, Valentina. 2018. « Exploring the Childless Universe. Profiles of Women and Men without Children in Italy ». *Demographic Research* 38 (19) : 451–470.

Tremblay, Lucie et Alexis Rheault. 2014. « Plaidoyer pour une amélioration du système de santé québécois ». *Healthcare Management Forum* 27 (4) : 152-155.  
doi : 10.1016/j.hcmf.2014.08.010.

Vandelac, Louise. 1989. « Technologies de procréation : du “redéploiement de la médecine à l’emprise du biopouvoir” ». Dans *Du privé au politique : la maternité et le travail des femmes comme enjeux des rapports de sexes : de l’expérience de la maternité à l’enceinte des technologies de procréation*. Sous la direction de Groupe interdisciplinaire pour l’enseignement et la recherche sur la condition des femmes. Montréal : Université du Québec à Montréal.

Wager, Maaret. 2000. « I. Childless by Choice? Ambivalence and the Female Identity ». *Feminism & Psychology* 10 (3) : 389–395. doi: 10.1177/0959353500010003010.

Weiske, Wolf-Hartmut. 2001. « Vasectomy ». *Andrologia* 33 (3) : 125-134. doi: 10.1046/j.1439-0272.2001.00445.x.

Whyte, Susan R. 2009. « Health Identities and Subjectivities ». *Medical Anthropology Quarterly* 23 (1) : 6–15. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2009.01034.x>.

Zite, Nikki et Sonya Borrero. 2011. « Female Sterilisation in the United States ». *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 16 (5) : 336–340. doi: 10.3109/13625187.2011.604451.

# Annexes

## Annexe 1. Guide d'entretien semi-dirigé

### **PARTIE 1 : Démarches et processus pour obtenir la chirurgie**

- Est-ce que vous avez réalisé l'opération qui permet une stérilisation irréversible ?
- Selon la réponse précédente : Ça fait combien de temps que vous l'avez réalisé ? OU Depuis quand songez-vous à effectuer cette opération ? OU Votre opération est-elle planifiée ? Quand ?
- Comment avez-vous entendu parler de cette chirurgie ?
- Pouvez-vous me décrire les démarches que vous avez faites jusqu'à l'opération ? OU Pouvez-vous me décrire les démarches que vous avez faites jusqu'à maintenant dans ce processus pour obtenir l'opération depuis que vous avez décidé de la faire ?

### **PARTIE 2 : Expérience, émotions et vécu de la stérilisation**

#### **(Si opération réalisée)**

- Comment avez-vous vécu la relation avec le médecin qui a réalisé votre opération ?
- Quelle a été votre perception du système de santé et des professionnels qui vous ont accompagné tout au long du processus ?
- Pouvez-vous me décrire comment vous en êtes arrivée à prendre la décision de faire l'opération ?
- Quels sont les aspects positifs de cette expérience ?
- Qu'est-ce que vous avez trouvé plus difficile dans cette expérience ?
- Comment avez-vous personnellement vécu ce processus ? Quelles sont les émotions que cela vous a fait vivre ? Comment vous sentiez-vous, vous sentez-vous avec du recul par rapport à cette démarche ?
- Pouvez-vous me parler un peu plus du jour de l'opération c'est-à-dire de comment cela s'est passé pour vous et quelles ont été vos impressions ?

#### **(Si opération non réalisée)**

- Quelle est votre perception du système de santé et des professionnels qui vous accompagnent jusqu'à maintenant dans le processus ?
- Pouvez-vous me décrire comment vous en êtes arrivée à prendre la décision de faire l'opération ?
- Quelles sont vos attentes par rapport à l'opération, au processus, à son déroulement ?

- Avez-vous des appréhensions par rapport à l'opération, au processus lui-même, aux démarches que vous devez entreprendre ?

**(Questions communes)**

- Quel est votre statut matrimonial (en couple, célibataire, etc.) ?
- Combien de frères et sœurs avez-vous ? Ont-ils des enfants ? Combien ?
- Pouvez-vous me parler de la réaction de votre entourage lorsque vous leur avez annoncé que vous vouliez faire l'opération ?
- Quelles sont les raisons qui vous ont poussé à avoir recours à la stérilisation irréversible ?
- Pourquoi avez-vous eu recours à la stérilisation plutôt qu'à un autre moyen de contraception ?
- Quelle importance accordez-vous à la communauté *childfree* sur Internet ?
- Est-ce que vous avez l'impression que le fait d'être *childfree* est une partie importante de votre identité ?

**PARTIE 3 : Questions démographiques**

- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre lieu de résidence ?
- Quelle est votre occupation principale ? Salaire : moins de 20 000/20 000 – 40 000/40 000 – 80 000 \$/80 000 – 100 000 \$/+ de 100 000 \$ ?
- À quel groupe culturel vous identifiez-vous

## Annexe 2. Consentement

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

#### « Enjeux de la stérilisation féminine volontaire des femmes sans enfant par choix au Québec »

Chercheuse étudiante : Anne-Sophie Gignac, étudiante à la maîtrise, Département d'anthropologie, Université de Montréal  
Directeur de recherche : Pierre Minn, professeur agrégé, Département d'anthropologie, Université de Montréal

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

#### A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

---

##### 1. Objectifs de la recherche

Ce projet vise à mieux comprendre le vécu et l'expérience des femmes qui ont recours à la stérilisation irréversible pour ne pas avoir d'enfant. Pour ce faire, je compte recueillir le point de vue d'une dizaine de femmes n'ayant pas d'enfant et qui ont déjà eu recours à la chirurgie, qui ont entamé ce processus ou qui pensent sérieusement à s'y engager.

##### 2. Participation à la recherche

Votre participation consiste à accorder une entrevue à l'étudiante à la maîtrise qui vous demandera de décrire votre expérience tout au long du processus qui mène à la stérilisation irréversible. Cette entrevue sera enregistrée, avec votre autorisation, sur la plateforme Zoom, afin d'en faciliter ensuite la transcription et devrait durer environ une heure. Le lieu et le moment de l'entrevue seront déterminés avec l'intervieweuse, selon vos disponibilités.

##### 3. Risques et inconvénients

Il n'y a pas de risque particulier à participer à ce projet. Le principal risque associé concerne la tenue des entrevues par Zoom. En effet, plusieurs risques sont associés au vol d'identité par l'entremise de cette plateforme. Pour pallier cela, la dernière version de Zoom fournie par l'Université de Montréal et qui tient compte des problèmes des versions précédentes sera utilisée. De plus, il est possible cependant que certaines questions puissent raviver des souvenirs liés à une expérience désagréable. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue.

##### 4. Avantages et bénéfices

Il n'y a pas d'avantage particulier à participer à ce projet. Vous contribuerez cependant à une meilleure compréhension du vécu et de l'expérience des femmes tout au long du processus de stérilisation irréversible.

##### 5. Confidentialité

Les renseignements personnels que vous me donnerez demeureront confidentiels. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. De plus, chaque participante à la recherche se verra attribuer un code et seule l'étudiante dirigeant le projet

pourra connaître son identité. Les données seront conservées dans un lieu sûr. Les enregistrements seront transcrits et seront détruits, ainsi que toute information personnelle, 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période.

## 6. Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal, sans devoir justifier votre décision et sans conséquence pour vous. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec la chercheuse étudiante au numéro de téléphone indiqué ci-dessous.

À votre demande, tous les renseignements qui vous concernent pourront aussi être détruits. Cependant, après le déclenchement du processus de publication, il sera impossible de détruire les analyses et les résultats portant sur vos données.

## B) CONSENTEMENT

---

### Déclaration du participant

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée : Oui  Non

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Engagement du chercheur

J'ai expliqué au participant les conditions de participation au projet de recherche. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assurée de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Signature de la chercheuse : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

(ou de son représentant)  
\_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche**, veuillez communiquer avec Anne-Sophie Gignac au [numéro de téléphone] ou à l'adresse courriel [anne-sophie.gignac@umontreal.ca](mailto:anne-sophie.gignac@umontreal.ca).



Plusieurs ressources sont par ailleurs à votre disposition.

Ce projet a été approuvé par le *Comité d'éthique de la recherche — Société et culture* de l'Université de Montréal. Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le comité par téléphone au 514 343-6111 poste 28181 ou par courriel l'adresse [ceresc@umontreal.ca](mailto:ceresc@umontreal.ca) ou encore consulter le site Web : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au numéro de téléphone 514 343-2100 ou en communiquant par courriel à l'adresse [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca) (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).