

# Les modes de régulation de la reproduction humaine

## Incidences sur la fécondité et la santé

*Colloque international de Delphes (6-10 octobre 1992)*



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

**AIDELF**

# Techniques de régulation à la baisse

---

Nicole MARCIL-GRATTON

Université de Montréal, Canada

Des quatre séances de ce colloque qui abordent la question des divers modes de régulation et leur incidence sur la fécondité, celle qui se centre sur le rôle de la contraception semblera sans doute la plus « traditionnelle », puisque l'importance de la limitation des naissances comme mode de contrôle de la reproduction est connue depuis longtemps. Cette séance conserve toutefois toute sa pertinence, puisqu'on ne peut encore considérer clos un dossier qui demeure en constante évolution, tant par les progrès continus dans les techniques disponibles que par l'évolution différenciée des comportements des couples qui y ont recours. L'intérêt pour la question est toujours bien vivant, comme en témoigne la quantité des communications qui ont été présentées : sans sollicitation particulière, 12 textes ont été soumis et acceptés, ce qui en fait la séance la plus courue du colloque !

Tous les aspects décrits dans l'appel de propositions ont été abordés par les participants : diffusion dans le temps et dans l'espace des techniques de contraception, de la stérilisation et de l'avortement, évolution du choix des méthodes au cours de la vie des couples, approches comparatives entre pays et sous-populations. Certains aspects n'ont cependant été traités que secondairement dans les textes présentés. En particulier, l'effet du choix des techniques de régulation sur la fécondité n'a constitué le cœur d'aucune communication, même si certains auteurs l'ont effleuré dans leurs analyses. On peut s'interroger sur l'absence sinon au plan des préoccupations, tout au moins à celui des interprétations, de ce qui constitue le but ultime des pratiques contraceptives : la réponse réside sans doute en bonne partie dans la difficulté d'en effectuer des mesures significatives.

En effet, on a souvent répété que la contraception moderne n'était pas la cause de la baisse de la fécondité, mais plutôt un moyen mis à la disposition des couples qui leur permet de maintenir efficacement leur descendance au niveau souhaité, quel qu'il soit. Ce serait donc du côté des aspirations de fécondité qu'il faille porter l'analyse, l'influence de la contraception ne pouvant être analysée indépendamment de celle des facteurs conduisant les couples à réduire leur désir d'enfants.

La dichotomie n'est pourtant pas si simple. On peut facilement concevoir que la contraception moderne, étant donné son efficacité et ses modalités d'application, a changé la perspective du choix des couples. A une époque encore récente où les méthodes disponibles se distinguaient par leurs hautes probabilités d'échec, l'énergie des couples devait porter sur la meilleure façon pour eux d'éviter une conception non désirée. Par ailleurs, la « décision » d'avoir recours à une méthode pouvait s'effectuer de façon très ponctuelle, sans planification à long ou même moyen termes. C'est donc dire que

le désir d'avoir un enfant ne résultait pas nécessairement d'une analyse approfondie des circonstances de vie de chacun et pouvait lui aussi s'exprimer au gré de la vie quotidienne : la lune, un bon dîner ou la célébration réussie d'un anniversaire pouvaient facilement intervenir comme seules motivations de n'avoir pas cherché à éviter voire même d'avoir « souhaité » la venue d'un enfant.

L'avènement de la contraception dite « dure » ou médicalisée a profondément modifié le contexte dans lequel les couples doivent faire leur choix, principalement par l'introduction d'une **obligation de rationalité**, absente jusqu'alors du comportement contraceptif. En effet, les anovulants, le stérilet et la stérilisation exigent de leurs utilisateurs d'avoir évalué avec précision leur désir d'enfants, du point de vue du nombre comme du calendrier de leur arrivée. Parce que le recours à ces méthodes médicalisées et très efficaces coïncide maintenant avec le début des relations sexuelles, la question n'est plus de savoir comment éviter d'avoir un enfant mais plutôt de déterminer quand interrompre une contraception efficace. Cela infère l'intégration rationnelle de la venue d'un ou plusieurs enfants dans une trajectoire de vie idéale, dont la poursuite est complexifiée par l'intervention de plusieurs facteurs : la recherche d'un conjoint stable, l'accès à un logement jugé adéquat, le désir de prolonger des études, l'autonomie financière, l'accès à un emploi satisfaisant, la concurrence avec les désirs de consommation, la conciliation des trajectoires familiales et professionnelles, la liste pouvant s'allonger selon les conditions jugées essentielles par chacun pour devenir parent. Quant à cette liste, on doit rajouter le délai entre l'interruption et la conception, dû entre autres au fait que l'administration des contraceptifs modernes exige souvent l'intervention d'un tiers et un certain temps d'application (obtention d'un rendez-vous pour faire enlever un stérilet ou prise d'un cycle complet d'anovulants), on n'hésitera guère à considérer la contraception médicalisée parmi les facteurs explicatifs de la chute de la fécondité, tout au moins dans les sociétés développées.

Ces observations n'ont pas été contredites par les communications de la quatrième séance du Colloque. Ces communications peuvent être regroupées sous cinq thèmes :

1. contexte social et pratiques contraceptives,
2. révolutions contraceptives en développement,
3. révolutions contraceptives achevées,
4. recours à la stérilisation,
5. dimensions diverses de la diffusion de l'avortement.

### I - Contexte social et pratiques contraceptives

Deux communications explorent les liens entre l'évolution des pratiques contraceptives et le contexte social. *Christine Théré* et *Catherine Villeneuve-Gokalp* ont toutes deux recours à des données françaises pour sonder les liens entre la pratique de la limitation des naissances et certains éléments du contexte social des époques auxquelles elles s'intéressent : à quelque deux cents ans d'écart, elles nous font passer du temps de la première révolution contraceptive à celui de la seconde.

Sous le titre « Limitation des naissances et émancipation de la femme », le texte de *Christine Théré* ne traite pas de la situation actuelle de la femme, mais plutôt du

fondement historique de son émancipation, plus spécifiquement de l'émancipation des femmes françaises du XVIII<sup>e</sup> siècle. Faute de données chiffrées, elle fait appel aux écrits d'une vingtaine de femmes d'alors. Théré suggère des interprétations quant à l'intérêt que ces femmes, témoins de leur époque, manifestent pour les problèmes de population en général et de limitation de la fécondité en particulier. Elle établit des liens entre les nouvelles valeurs à la mode du jour en cette veille de la Révolution, entre autres en ce qui concerne le rôle de la femme, la conception du couple, le nombre des enfants et la qualité de leur éducation, et l'influence de ces valeurs sur l'émergence d'une certaine forme de limitation des naissances, consciemment ou inconsciemment amorcée.

*Catherine Villeneuve-Gokalp* nous ramène à la fin du XX<sup>e</sup> siècle avec un texte intitulé « Contraception et progression des unions sans papiers », où la relation entre contexte social et contraception joue cette fois en sens inverse. Malgré une certaine pénurie de données empiriques pour l'appuyer, elle avance une thèse originale et tout à fait pertinente selon laquelle, même si la cohabitation était de toutes façons appelée à se développer comme mode d'entrée en union, l'apparition des méthodes contraceptives médicales a permis aux unions consensuelles de se diffuser très rapidement et d'acquérir une stabilité qui en fait un régime de vie de couple durable plutôt qu'un simple prélude au mariage. Elle propose une typologie intéressante des formes de cohabitation, correspondant à cinq stratégies différentes, et qui tient compte à la fois de la stabilité des unions consensuelles (durée) et du fait qu'elles se transforment ou non éventuellement en mariages légaux.

## II - Révolutions contraceptives en développement

Les pays du monde où la révolution contraceptive n'est pas encore terminée sont souvent ceux où la diffusion de la planification familiale fait partie des objectifs politiques, dans le but de régler deux problèmes fondamentaux, le surpeuplement et la santé maternelle et infantile. Trois textes font appel à cette problématique, deux d'entre eux axés sur les pays en développement, le troisième portant sur la Grèce, société classée parmi les pays développés, mais où la diffusion des contraceptifs modernes demeure limitée.

Ces trois textes font référence à des populations de différents pays mais dont le comportement contraceptif présente plusieurs caractéristiques communes. La faible popularité des méthodes médicales y est reliée à un manque d'information. Ceci entraîne ou bien l'ignorance de leur existence ou bien la peur des conséquences de leur utilisation, et, par enchaînement, le recours aux moyens traditionnels. En conséquence, les conduites contraceptives sont peu efficaces et on observe pour ces pays une descendance finale toujours plus élevée que la descendance souhaitée. Malgré tout, grâce à l'augmentation de l'utilisation de la contraception par certains groupes, on peut observer une baisse de la fécondité.

C'est ce qui ressort de la fresque présentée par *Bernard Barrère* et *Mohamed Ayad*, dont l'analyse, intitulée « Niveaux et tendances de la contraception dans les pays en développement », synthétise les résultats de plusieurs enquêtes rétrospectives sur la régulation de la fécondité (*Enquête mondiale sur la fécondité, Enquêtes sur la prévalence*

contraceptive et Enquêtes démographiques de santé) couvrant la période de 1972 à nos jours et portant sur 26 pays d'Afrique, d'Amérique latine et de certaines régions de l'Asie. Leur présentation est axée sur la connaissance des méthodes contraceptives, l'utilisation de la contraception et son lien avec la fécondité, ainsi que les préférences en matière de fécondité et les besoins en matière de planification familiale.

Dans le texte « L'attitude des femmes rurales envers la contraception et ses incidences sur la fécondité et la santé au Maniema », *Lumembo Tshiswaka* peint, en partie du moins, la toile de fond qui conditionne quatre zones de santé de Maniema (est du Zaïre) et qui fait obstacle à la politique de planification familiale. Cette politique a introduit en 1972 le « Programme des naissances désirables » au Zaïre. Or dans ce pays, il n'y a pas de problème de surpeuplement, et ce programme ne visait pas la limitation des naissances mais plutôt leur espacement par souci d'amélioration des conditions de santé. En analysant les données d'une enquête réalisée en 1990 afin de tester l'efficacité du programme introduit, Lumembo trouve que la qualité de vie, en termes de santé des mères et des enfants, continue à se dégrader, alors que la fécondité et la mortalité infantile continuent à augmenter. L'échec du programme et la faible diffusion des méthodes modernes de contraception sont attribués à plusieurs facteurs :

1. le fait que la politique de planification familiale a été conçue de l'extérieur, sans avoir associé les intéressés, femmes et hommes zaïrois,
2. le manque de ressources humaines pour en favoriser l'implantation,
3. la discontinuité dans l'approvisionnement en contraceptifs et parfois la mauvaise qualité des produits quand ils arrivent,
4. l'impact négatif de la polygamie sur la motivation des femmes,
5. le manque d'information.

Le dernier texte présenté par *Haris Symeonidou*, « Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives en Grèce, quelques données sur l'avortement » résume les résultats d'une enquête sur la fécondité, menée en 1983-85 par le Centre national de recherches sociales, et d'un sondage aléatoire dans la région de la capitale. Ces études visaient à tester certaines hypothèses sur la connaissance et l'utilisation de la contraception en fonction de la durée de mariage, des caractéristiques socio-économiques et de l'activité socio-professionnelle. Si le niveau de fécondité en Grèce est comparable à celui des pays développés, la diffusion de la contraception y conserve les caractéristiques associées aux sociétés en voie de développement. Un grand nombre de femmes ignore l'existence de plusieurs moyens modernes et leur usage demeure très limité. En même temps on enregistre un chiffre assez élevé d'avortements, ce qui s'explique par l'échec des méthodes traditionnelles encore utilisées.

Donc, la disponibilité des différents moyens contraceptifs médicaux n'implique pas nécessairement la diversification et la propagation de leur utilisation, même dans certains pays développés. L'information pertinente s'avère indispensable mais insuffisante pour une diffusion généralisée. Le choix de l'un ou l'autre des moyens dépend aussi du contexte social.

### III - Révolutions contraceptives achevées

Un seul texte, celui de *Laurent Toulemon* intitulé « Les différentes méthodes contraceptives utilisées en France au cours de la vie », aborde la question du recours aux méthodes modernes dans les sociétés où la révolution contraceptive associée aux anovulants peut être considérée comme terminée.

La maîtrise quasi-parfaite des aspirations de fécondité dont jouissent les couples de ces sociétés explique peut-être la faible représentation du sujet au colloque : il y a 10 ou 15 ans, ce volet de l'analyse des comportements contracepteurs aurait encore fait l'objet de plusieurs communications.

La connaissance et l'utilisation de méthodes comme la pilule et le stérilet étant désormais considérées comme acquises, Toulemon se tourne plutôt vers le calendrier de leur usage au cours de la vie. En comparant les données de deux enquêtes réalisées par l'INED en 1978 et 1988, il dégage les séquences des méthodes utilisées et décrit la biographie contraceptive des femmes françaises. Il trouve que le recours aux méthodes médicales est devenu quasi universel dans les générations récentes et que le choix entre la pilule et le stérilet dépend surtout de la descendance atteinte et de l'âge de la femme.

### IV - Le recours à la stérilisation : une troisième révolution contraceptive ?

La France, comme la plupart des pays d'Europe, a achevé la révolution contraceptive associée principalement à l'avènement des anovulants : il s'agissait là d'une seconde révolution, puisqu'une première avait pu déjà s'observer avec l'apparition, dès le XVII<sup>e</sup> siècle, d'une certaine efficacité des couples à limiter leur descendance, malgré des moyens jugés aujourd'hui très rudimentaires, soit essentiellement le retrait (coïtus interruptus), l'abstinence et l'introduction du condom.

Pour consigner l'avènement d'une troisième révolution contraceptive, c'est aujourd'hui du côté de l'Amérique du Nord qu'il faut se tourner. Le recours à la stérilisation contraceptive y est devenu le choix principal des couples qui n'hésitent pas à mettre ainsi un terme radical à leur vie féconde, et le Québec constitue un terrain particulièrement fertile pour qui s'intéresse à l'émergence de cette nouvelle révolution contraceptive : deux textes en témoignent dans cette séance. Le Québec détient le record du recours à la stérilisation contraceptive dans les pays développés et il se distingue par la rapidité avec laquelle les couples québécois ont su rompre avec des habitudes contraceptives traditionnelles très marquées.

Le texte de *Catherine de Guibert-Lantoin*, « 20 ans de stérilisation contraceptive au Québec 1971-1990 », fait le point et poursuit l'analyse des tendances du recours à la stérilisation qui ont fait l'objet de plusieurs études antérieures par des chercheurs québécois. Elle reprend l'examen de l'évolution de l'intensité de la stérilisation, montrant dans un premier temps l'engouement peu commun des couples québécois pour la stérilisation (féminine surtout) dans les années 1970, puis le ralentissement observé dans les années 1980, où on a pu par ailleurs constater un certain rééquilibrage entre le nombre d'interventions féminines et masculines. Elle effleure la question du regret post-stérilisation, qui fait qu'on doit continuer à surveiller la façon dont le choix de la stérilisation est effectué. L'auteur souligne en conclusion qu'on ne peut rendre la

stérilisation responsable de la chute spectaculaire de la fécondité au Québec, puisque celle-ci a commencé bien avant que la stérilisation soit accessible, et que les données montrent que la stérilisation est utilisée essentiellement par les couples ayant réalisé leurs aspirations de fécondité.

Dans un texte intitulé « Calendrier de constitution de la famille et recours à la stérilisation », *Evelyne Lapiere-Adamcyk* et *Isabelle Masson* vont au-delà des mesures du recours à la stérilisation contraceptive et tentent de l'associer à la précocité du calendrier de constitution de la famille. Elles examinent ce qui distingue, à trente-cinq ans, les femmes appartenant à un couple stérilisé des autres femmes, du point de vue du temps passé depuis leur quinzième anniversaire dans les différentes étapes de la vie familiale, du célibat à la vie de famille avec plus d'un enfant. Elles en concluent que les femmes membres d'un couple stérilisé ont vécu l'ensemble des événements familiaux plus tôt que les autres femmes. Leur mariage relativement précoce leur laisse plus de temps pour constituer leur famille ce qui entraîne des répercussions sur l'ensemble de leur calendrier fécond. Elles émettent enfin l'hypothèse qu'avec le retard du premier mariage la proportion des femmes ligaturées jeunes diminuera. Ce qu'avait pu observer Catherine de Guibert-Lantoine dans son analyse des tendances récentes du recours à la stérilisation contraceptive au Québec.

#### **V - De la contraception à la contragestion : dimensions diverses de la diffusion de l'avortement**

En dernière partie de cette séance, quatre communications sont consacrées à la diffusion de l'avortement comme moyen ultime de contrôle de la fécondité.

La pratique de l'avortement varie d'un pays à l'autre, mais aussi d'un groupe social à l'autre. Ces variations dépendent de plusieurs facteurs comme la législation en vigueur, l'appartenance et l'intensité du sentiment religieux, le degré d'urbanisation, la position dans l'échelle socio-économique, etc. *Alfred Dittgen*, dont la communication s'intitule « Variation départementale de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France : essai d'interprétation », attire notre attention sur la nécessité d'interpréter avec souplesse les variantes observées : c'est ainsi qu'il nous démontre qu'en France les variations départementales dans la pratique de l'avortement, qui ne semblent au prime abord répondre d'aucune logique, se comprennent mieux lorsque sont introduites des variables démographiques. La distinction entre le recours à l'IVG des femmes mariées et des autres aide grandement à interpréter les variations entre départements ruraux et urbains, ainsi qu'entre régions pratiquantes et non-pratiquantes. Par ailleurs, l'âge introduit une distinction supplémentaire, les femmes jeunes recourant moins à l'avortement parce qu'elles maîtrisent mieux la contraception moderne. Dittgen prédit donc une poursuite des tendances récentes à la baisse du recours à l'IVG en France, avec la généralisation de la contraception moderne.

*Eitan Sabatello*, dans son texte portant sur « L'effet des avortements non-thérapeutiques sur la fécondité : les cas de la Hongrie et d'Israël », compare la situation dans deux pays fort différents, où malgré des lois semblables on peut envisager des effets divergents sur la fécondité d'une éventuelle disparition des avortements non-thérapeutiques. Ces deux pays ont des lois similaires sur l'avortement, en vigueur depuis 1973 en Hongrie et depuis 1980 en Israël, et, depuis peu, une accessibilité semblable

aux moyens contraceptifs ; mais la pratique de l'avortement y est différente, avec davantage d'avortements non-thérapeutiques en Hongrie. Or malgré ce fait, Sabatello montre que la disparition de ces avortements non-thérapeutiques ne suffirait pas à combler les différences du niveau de fécondité entre les deux pays, toujours existantes à la fin des années 1980.

Le troisième texte, préparé par *Francisco Munoz-Perez* et intitulé « Le recours à l'avortement des femmes étrangères résidant en France », nous amène à questionner le rôle de l'ancienneté de l'immigration comme moteur de rapprochement des comportements des populations étrangères vers ceux des pays d'accueil, en particulier en ce qui concerne la fécondité et les pratiques visant à la maîtriser. L'auteur a recours à diverses sources statistiques françaises qui permettent de distinguer la nationalité des femmes ayant recours à l'avortement, et dont l'analyse l'amène à suggérer l'idée que l'influence des comportements en vigueur dans les pays d'origine peut continuer à s'exercer sur les populations migrantes, même si l'effet de l'ancienneté de séjour en France semblait d'abord transparaître dans certains cas.

En fin de séance, *Elisabeth Aubeny*, dont le texte s'intitule « L'avortement médicamenteux : quels effets sur la régulation des naissances? », affirme que la pratique de l'avortement médicamenteux par association de RU et de prostaglandine n'a pas d'effet ni sur la baisse de la fécondité ni sur l'utilisation de la contraception. Le RU486 est une nouvelle méthode, non chirurgicale, qui se révèle fiable, sûre et pratique, et qui vient se substituer aux anciennes méthodes d'interruption de grossesse.

La pratique de cette méthode devient de plus en plus répandue dans les pays où l'avortement est légalisé, particulièrement en France et en Angleterre où il est légal jusqu'à 63 jours d'aménorrhée. Cent femmes de l'hôpital Broussais ont donné une impression assez satisfaisante de l'application de cette méthode qui exige une grande implication de la part des femmes qui y ont recours. Aubeny lance l'idée que cette méthode nouvelle pourrait responsabiliser la femme qui prend ainsi, en quelque sorte, en charge son avortement. Par contre, elle souligne l'importance des problèmes éthiques posés par une telle méthode et qui demeurent à régler dans les pays qui l'adoptent.