



Collection
SANTÉ ET SOCIÉTÉ

La **contraception**

**Prévalence, prévention
et enjeux de société**

Sous la direction de
Laurence CHARTON
Joseph Josy LÉVY



**Presses
de l'Université
du Québec**

La contraception

**Prévalence, prévention
et enjeux de société**

Membre de
L'ASSOCIATION
NATIONALE
DES ÉDITEURS
DE LIVRES

Presses de l'Université du Québec

Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450, Québec (Québec) G1V 2M2

Téléphone : 418 657-4399 – Télécopieur : 418 657-2096

Courriel : puq@puq.ca – Internet : www.puq.ca

Diffusion/Distribution :

Canada et autres pays : Prologue inc., 1650, boulevard Lionel-Bertrand, Boisbriand (Québec)
J7H 1N7 – Tél. : 450 434-0306 / 1 800 363-2864

France : Sodis, 128, av. du Maréchal de Lattre de Tassigny, 77403 Lagny, France – Tél. : 01 60 07 82 99

Afrique : Action pédagogique pour l'éducation et la formation, Angle des rues Jilali Taj Eddine
et El Ghadfa, Maârif 20100, Casablanca, Maroc – Tél. : 212 (0) 22-23-12-22

Belgique : Patrimoine SPRL, 168, rue du Noyer, 1030 Bruxelles, Belgique – Tél. : 02 7366847

Suisse : Servidis SA, Chemin des Chalets, 1279 Chavannes-de-Bogis, Suisse – Tél. : 022 960.95.32



La *Loi sur le droit d'auteur* interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

La contraception

**Prévalence, prévention
et enjeux de société**

Sous la direction de
Laurence CHARTON
Joseph Josy LÉVY



Presses de l'Université du Québec

*Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec
et Bibliothèque et Archives Canada*

Vedette principale au titre :

La contraception : prévalence, prévention et enjeux de société

(Collection Santé et société)

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 978-2-7605-2942-7

1. Contraception - Aspect social. 2. Avortement. 3. Contraception - Québec (Province).

4. Contraception - France. I. Charton, Laurence. II. Lévy, Joseph J. (Joseph Josy), 1944- .

III. Collection: Collection Santé et société.

HQ766.C66 2011

363.9'6

C2011-940977-1

Les Presses de l'Université du Québec reconnaissent l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada et du Conseil des Arts du Canada pour leurs activités d'édition.

Elles remercient également la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC) pour son soutien financier.

Mise en pages: INTERSCRIPT

Couverture – Conception: RICHARD HODGSON

2011-1.1 – Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés

© 2011, Presses de l'Université du Québec

Dépôt légal – 4^e trimestre 2011

Bibliothèque et Archives nationales du Québec/Bibliothèque et Archives Canada – Imprimé au Canada

Table des matières

PRÉSENTATION	1
<i>Laurence CHARTON et Joseph Josy LÉVY</i>	
PARTIE 1	
PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE	
<i>Perspectives internationales</i>	13
CHAPITRE 1	
LA CONTRACEPTION, LA FÉCONDITÉ ET L'AVORTEMENT	
<i>Perspectives internationales</i>	15
<i>Martin BLAIS et Joseph Josy LÉVY</i>	
1. La contraception : état des lieux	16
1.1. Les progrès dans la prise en charge de la santé reproductive	16
1.1.1. Les connaissances sur la contraception	17
1.1.2. L'usage de méthodes contraceptives	19
1.1.3. L'avortement : état des législations	20
1.1.4. L'avortement : pratiques et motifs considérés comme acceptables	21
2. La méthodologie	22
2.1. Les variables	22
2.1.1. Le développement socioéconomique	22
2.1.2. Les mesures associées à l'égalité de genre	22
2.1.3. Les mesures de la fécondité	23

2.1.4. L'usage des méthodes contraceptives et le recours à l'interruption volontaire de grossesse	24
2.1.5. Les attitudes à l'égard de l'avortement	25
2.1.6. Les besoins en planification des naissances	25
2.2. Les analyses	25
2.3. Les limites	26
3. Les résultats	27
3.1. L'égalité des genres	27
3.2. La fécondité	27
3.3. L'usage des méthodes contraceptives	29
3.4. L'interruption volontaire de grossesse	31
3.5. Les attitudes à l'égard de l'avortement	31
3.6. Les besoins en planification des naissances	32
4. Une discussion	32
Conclusion	37
Bibliographie	37

CHAPITRE 2

LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE EN FRANCE

<i>Prévalence, méthodes utilisées et implications</i>	41
---	----

Arnaud RÉGNIER-LOILIER

1. La couverture contraceptive et les méthodes utilisées en France ..	43
1.1. Une prévalence contraceptive élevée et stable	43
1.2. Les facteurs associés à l'exposition au risque d'une grossesse non désirée	46
1.3. La pilule et le stérilet: les méthodes les plus utilisées en France	49
2. Les méthodes contraceptives au cours du cycle de vie	50
2.1. À chaque âge sa contraception	50
2.2. La pilule avant le premier enfant, le stérilet uniquement pour les mères: la norme contraceptive «à la française»	53
3. L'influence de la situation contraceptive sur la planification des naissances : bref aperçu en longitudinal	56
3.1. Plus de naissances «non décidées» chez les couples non contracepteurs en 2005	56

3.2. Quelques facteurs associés au risque d'une grossesse « non décidée ».....	58
Conclusion	60
Bibliographie.....	60
Annexe	62

PARTIE 2

ENJEUX DE LA CONTRACEPTION.....	65
--	-----------

CHAPITRE 3

LA CONTRACEPTION AU QUÉBEC ET EN FRANCE

<i>Histoires et interprétations</i>	67
---	----

Denyse BAILLARGEON

1. L'ont-ils fait ? À la recherche des « couples contraceptifs » québécois francophones	68
2. Ils l'ont fait ! Les Français et la contraception.....	74
Bibliographie.....	82

CHAPITRE 4

DE LA CONTRACEPTION À LA STÉRILISATION

Représentations et motivations parmi des personnes

<i>stérilisées au Québec et en France</i>	87
---	----

Laurence CHARTON

1. La méthodologie.....	89
1.1. Les participants.....	89
1.2. Les procédures d'entretien	90
2. Les résultats.....	90
2.1. Les représentations associées à différentes méthodes contraceptives réversibles	90
2.1.1. Les méthodes « naturelles » et « traditionnelles »	90
2.1.2. Les méthodes barrières.....	94
2.1.3. Les méthodes médicales réversibles.....	98
2.2. Les raisons pouvant conduire à une stérilisation contraceptive	109
2.2.1. Les raisons avancées pour recourir à une stérilisation au Québec.....	110

2.2.2. Les raisons avancées pour recourir à une stérilisation en France 113

2.2.3. La stérilisation et les enjeux sociaux de sexe..... 115

Conclusion 117

Bibliographie..... 118

CHAPITRE 5

LA RÉVOLUTION CONTRACEPTIVE AU MEXIQUE

De la volonté divine à celle du médecin ? 121

Carole BRUGEILLES

1. Le temps du populationnisme et des pionnières de la révolution démographique..... 122

1.1. Du populationnisme au questionnement néomalthusien..... 122

1.2. Du respect de la volonté divine à la première révolution démographique des pionnières 125

1.2.1. Les prémices des changements de comportements..... 125

1.2.2. La socialisation, les rapports sociaux de sexe et les interactions sociales au cœur des évolutions 127

2. La politique démographique néomalthusienne et la massification de la pratique contraceptive 129

2.1. La politique démographique et l’offre de planification familiale..... 129

2.1.1. Les stratégies gouvernementales 130

2.1.2. Le corps médical au cœur de la stratégie gouvernementale..... 131

2.2. La massification de la planification familiale..... 133

2.3. Les processus de la révolution contraceptive 136

2.3.1. Des transitions liées à la « modernisation », d’autres induites par la pauvreté et la politique démographique 136

2.3.2. De l’art de convaincre les patientes : arguments et pratiques médicales..... 138

2.3.3. Des femmes et des couples face aux médiateurs institutionnels 141

2.3.4. Les limites des stratégies adoptées..... 143

Conclusion 144

Bibliographie..... 147

PARTIE 3**JEUNES, CONTRACEPTION ET PRÉVENTION..... 153****CHAPITRE 6****LA PILULE CONTRACEPTIVE CHEZ LES ÉTUDIANTES
EN FRANCE ET AU QUÉBEC..... 155***Joseph Josy LÉVY, Jean-Marc SAMSON, Catherine GARNIER,
Philippe TREMBLAY et Évelyne LASSERRE*

1. Les scénarios contraceptifs.....	156
1.1. Les scénarios contraceptifs chez les jeunes Françaises	156
1.2. Les scénarios contraceptifs chez les jeunes Québécoises ...	157
1.3. L'observance contraceptive et les effets indésirables.....	158
2. La méthodologie.....	159
2.1. Le questionnaire	159
2.2. Le profil des répondantes	161
2.2.1. Le profil des répondantes au premier questionnaire	161
2.2.2. Le profil des répondantes au second questionnaire.....	162
3. Les résultats.....	163
3.1. L'acceptation de la publicité en matière de contraception..	163
3.2. L'accessibilité de la contraception d'urgence.....	164
3.3. L'utilisation de la pilule contraceptive	164
3.4. Les autres méthodes contraceptives	167
3.5. Les motifs de la prise de la pilule	167
3.6. Les stratégies en cas d'oubli de prise de la pilule.....	168
3.7. Les difficultés relatives à la prise de la pilule contraceptive.....	169
4. Une discussion.....	170
Conclusion	174
Bibliographie.....	176

CHAPITRE 7**COMPRENDRE LES CONDITIONS DE VIE ET LES FACTEURS
EN JEU DANS LA PRISE DE RISQUES SEXUELS DES JEUNES
EN DIFFICULTÉ***Bilan de trois études qualitatives..... 179**Hélène MANSEAU, Martin BLAIS, Philippe-Benoît CÔTÉ
et Marie-Andrée PROVENCHER*

1. La méthodologie.....	183
-------------------------	-----

- 2. L'analyse des témoignages..... 184
 - 2.1. Vingt adolescentes enceintes en centre jeunesse et leur rapport à la contraception..... 184
 - 2.1.1. Des images négatives de soi rendent la contraception inutile par moments 184
 - 2.1.2. La grossesse des adolescentes : un événement non planifié, mais inespéré, qui promet un renouveau..... 185
 - 2.1.3. Des difficultés à faire face aux problèmes liés à la contraception..... 185
 - 2.2. Vingt-quatre adolescents en centre jeunesse ayant connu un épisode de paternité et leur rapport à la contraception..... 186
 - 2.2.1. Des paternités non assumées 186
 - 2.2.2. Une vie amoureuse et sexuelle où la communication sur la contraception et la grossesse fait souvent défaut et où les fausses croyances peuvent dominer 186
 - 2.2.3. Le condom : l'envers du plaisir 187
 - 2.3. Quarante-deux jeunes en situation de rue et leur rapport à la contraception..... 187
 - 2.3.1. Un discours prônant la contraception et la prophylaxie difficilement applicable dans la rue..... 188
 - 2.3.2. Le faible souci de soi et le besoin urgent d'argent ou de drogue..... 188
 - 2.3.3. La grossesse dans la rue n'est pas une bonne idée, mais elle peut motiver à se reprendre en main..... 189
 - 2.3.4. Des jeunes informés des ressources existantes, mais qui craignent le jugement des intervenants..... 189
- 3. Une discussion et des comparaisons entre les trois groupes..... 190
 - 3.1. L'utilisation problématique du condom à cause de conditions de vie peu propices à un emploi généralisé..... 190
 - 3.2. Des niveaux variables de connaissances et de mise en pratique des stratégies de réduction des risques..... 191
 - 3.3. Des difficultés de communication sur la contraception et la prophylaxie 192

3.4. Des représentations négatives de soi qui contribuent aux risques de grossesse et d'ITSS	193
4. Des pistes d'intervention	193
Conclusion	195
Bibliographie.....	196

CHAPITRE 8

LE PROGRAMME DE PRÉVENTION DE LA SANTÉ SEXUELLE ET DE LA CONTRACEPTION AUPRÈS DE FEMMES ET D'HOMMES MIGRANTS DANS LE CANTON DE VAUD (SUISSE)	199
--	-----

Myrian Carbajal MENDOZA

1. La protection/contraception: enjeux, résistances et barrières.....	201
2. Les ateliers de prévention: une manière d'agir sur les résistances et les barrières à l'égard des moyens de protection/contraception	205
2.1. Agir sur les représentations sociales et sur les rapports sociaux de sexe	207
2.2. Agir sur la légitimité.....	209
2.3. Agir sur les aspects liés à l'offre et au conseil contraceptif.....	210
Conclusion	211
Bibliographie.....	213
Annexe	217

PARTIE 4

INFORMATIONS ET CONTRACEPTION	219
-------------------------------------	-----

CHAPITRE 9

UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE DE LA CONTRACEPTION POSTNATALE DANS UN FORUM DE DISCUSSION QUÉBÉCOIS.....	221
---	-----

Catherine de PIERREPONT

1. La méthodologie.....	223
1.1. La présentation du site.....	223
1.2. Le corpus	224
1.3. L'analyse thématique	224
1.4. Le profil des internautes	225

- 2. Les résultats 225
 - 2.1. La pilule et le stérilet 225
 - 2.1.1. La pilule 226
 - 2.1.2. Le stérilet 228
 - 2.1.3. Les autres moyens contraceptifs 229
 - 2.1.4. Les références biomédicales et expérientielles 231
- 3. Une discussion 232
- Conclusion 233
- Bibliographie 234

CHAPITRE 10

LA CONTRACEPTION ET L'AVORTEMENT
DANS LA PRESSE QUOTIDIENNE QUÉBÉCOISE

- Une étude exploratoire* 237
- Mélanie LANDREVILLE et Marie MOREAU*

- 1. Contrôler la reproduction 239
- 2. Les médias et la contraception 241
- 3. Les médias et l'avortement 245
- 4. La méthodologie 248
- 5. La contraception 250
 - 5.1. L'usage de la contraception 250
 - 5.2. Les problèmes d'accessibilité et les solutions 251
 - 5.3. Les avancées médicales 253
 - 5.4. Le rôle des femmes 253
- 6. L'avortement 254
 - 6.1. La prévalence de l'avortement au Québec 254
 - 6.2. Le rôle des femmes 255
 - 6.3. L'accessibilité 257
- 7. Une discussion 259
- Conclusion 261
- Bibliographie 263
- NOTICES BIOGRAPHIQUES** 267

Présentation

Laurence CHARTON
Joseph Josy LÉVY

La contraception dans les sociétés contemporaines est aujourd'hui au cœur de nombreux débats, tant sur le plan scientifique, politique, relationnel qu'individuel. Inscrites dans un mouvement global de médicalisation croissante de la société, la médicalisation et la pharmacologisation des processus de reproduction soulèvent des questions d'ordre éthique sur les limites de l'intervention biomédicale (Giami, 1998, 2000), notamment au regard de son extension dans le champ de l'intime et de son implication croissante dans la planification des naissances.

Les découvertes scientifiques du *xx*^e siècle sur le cycle ovulatoire de la femme et le rôle des hormones dans la reproduction ont en effet contribué non seulement, comme le note Chatel (1998, p. I), à faire entrer « la médecine scientifique dans le cercle intime du désir d'enfant », mais aussi, comme l'a montré Foucault (1976, p. 185), à assujettir « des phénomènes de population aux processus économiques » dans une perspective de « contrôle des corps ».

En rendant possible une meilleure maîtrise de la fécondité, la contraception médicale est devenue le moyen permettant d'éviter des grossesses « non désirées » et de choisir le « bon moment » pour avoir ses enfants. Dans cette conception volontariste de l'arrivée d'un enfant, l'avortement, qui constitue selon Sohn (2006, p. 114) « un filet de secours » en cas d'accident contraceptif, a aussi contribué à renforcer l'idée que seules les grossesses planifiées sont « désirées ». Pourtant, comme l'ont montré divers auteurs, le recours à un avortement n'est pas forcément associé à un non-désir d'enfant (Bachelot, 2002) et une grossesse non planifiée peut

mener à la naissance d'un enfant attendu (Le Van, 1998). De plus, bien qu'on ait largement accès à l'information et aux méthodes contraceptives, le nombre d'avortements reste toujours très élevé dans un grand nombre de pays occidentaux (Bajos, Ferrand et l'équipe GINÉ, 2002), laissant à penser que les grossesses non désirées ne peuvent se réduire à une simple affaire de contraception.

En pratique, les couples se retrouvent confrontés aujourd'hui au choix du bon moment pour « désirer » leur enfant et arrêter leur méthode contraceptive. La force du désir de procréer apparaît dès lors aussi puissante que celle du désir de ne pas procréer, menant de plus en plus de couples n'arrivant pas à avoir « l'enfant tant désiré » vers des techniques médicales d'assistance à la procréation (La Rochebrochard, 2008). Si des études ont déjà relevé que les femmes engagées dans un parcours médical d'aide à la procréation se sentent fréquemment « dépossédées » de leur corps, des interrogations demeurent quant à la manière dont le médical soutient et rationalise ce désir d'enfant et quant à ses implications éthiques et sociétales. À travers les choix contraceptifs et féconds qui relèvent, entre autres, d'une rationalisation des parcours de vie ainsi que d'une mécanisation et d'une technologisation de la reproduction, ce sont notamment le temps et l'espace naturel de la reproduction qui semblent ainsi être remis en cause, voire redessinés, et qui demandent à être étudiés.

La médicalisation des processus de reproduction, en se focalisant essentiellement sur des méthodes contraceptives féminines, a aussi conduit les femmes, en les libérant d'un déterminisme biologique, à une surveillance médicale renforcée. Ainsi, l'entrée dans la sexualité est dorénavant souvent associée pour les femmes à la première visite chez un gynécologue et à la première prescription d'une pilule contraceptive. Elle se poursuit par un suivi médical rigoureux où tout événement de la vie reproductive s'appréhende en actes médicalisés (moment où naît un désir d'enfant, grossesse, accouchement, espacement des naissances, ménopause; Quéniart, 1989; Guyon, 1996). Cette surveillance médicale accrue fait en sorte que les femmes se sentent aussi astreintes à la responsabilité de la procréation et sous le contrôle du médical.

La manière dont les stratégies préventives entourent la reproduction ne donne toutefois pas l'impression qu'un contrôle social est exercé sur les femmes et les couples. Ce contrôle est en effet moins axé sur la répression que sur la prévention : on suggère, plutôt qu'on interdit ; on recommande

et on déconseille certains comportements et manières de vivre, puis on marginalise les déviants (mères adolescentes, mères célibataires, couples sans enfants, familles nombreuses, familles recomposées, etc.).

En insistant sur la prévention des risques reproductifs, on arrive ainsi à une nouvelle manière de gérer les populations dont le résultat s'observe à travers une certaine homogénéisation des comportements féconds. Cette situation amène ainsi Perrenoud (1995, p. 251) à dire « que les femmes ne sont guère plus libres aujourd'hui d'avoir autant d'enfants et quand elles le veulent qu'elles ne l'étaient hier d'en limiter le nombre ». En effet, comme le souligne par ailleurs Blayo (1985, p. 182), « ce n'est pas parce que les règles imposées par un système social sont librement suivies par les individus au point qu'ils rationalisent *a posteriori* leurs attitudes par des choix qu'ils pensent individuels qu'elles n'en sont pas pour autant des règles ». Ainsi, la médicalisation de la contraception, tout en ayant permis aux femmes de maîtriser plus sûrement leur fécondité, se présente aussi comme l'instrument d'un pouvoir qui impose aux femmes et aux couples d'avoir le nombre d'enfants que la société attend d'elles (Héritier, 1999). Dans cette perspective, il est important de situer ces choix contraceptifs en tenant compte des différents contextes socioculturels. Les politiques démographiques, les systèmes de santé, les représentations de la famille, du couple, de la progéniture, mais aussi du corps et du cycle de vie se modulent en effet en fonction de stratégies contraceptives influencées par des déterminants sociodémographiques et économiques complexes (McDonald, 2002).

La question de la contraception fait aussi l'objet de discussions dans la sphère publique du fait de l'intérêt qu'elle suscite dans les médias qui, par les technologies de communication comme Internet, jouent un rôle non négligeable dans la transmission des informations, tant dans les pays en développement (Hornick et McAnany, 2001) que dans les régions industrialisées (Ward, Day et Epstein, 2006), en particulier chez les adolescents. Les informations pharmacologiques véhiculées sur Internet par la chaîne médicale et pharmaceutique ou d'autres groupes, comme c'est le cas pour les dispositifs intra-utérins (Weiss et Moore, 2003), jouent aussi un rôle dans la diffusion des messages sur la contraception. Si ces sites contribuent à la diffusion de renseignements précis et crédibles (fiabilité, réversibilité, effets secondaires, usage à long terme, contraception d'urgence, etc.), la qualité des informations peut aussi être douteuse et

présenter une image problématique de ces dispositifs (présentation négative ou faussée sur le plan des inconvénients, comme la transmission des ITSS, les grossesses ectopiques, les effets abortifs, les répercussions sur la fertilité), orientant mal les choix contraceptifs. D'où l'importance d'assurer une vigilance dans ce domaine.

Les différentes associations que cette problématique intéresse expriment aussi leur point de vue sur leurs portails respectifs. Des échanges se font également sur les sites où l'on répond à des questions d'internautes, comme *Go Ask Alice* ou *Élysa* (Munger, 2008), ou dans les forums de discussion qui occupent un espace public important et visent des populations générales ou des groupes particuliers. L'étude d'un forum hébergé par *Doctissimo*, fréquenté par des femmes des pays francophones (Bruchez, Del Rio Carral et Santiago-Delefosse, 2009), révèle les différentes dimensions traitées (connaissances et informations théoriques, gestion de la contraception, aspects relationnels, grossesse, santé). Ces dimensions renvoient à des sous-thèmes qui précisent les représentations, les usages et leurs conséquences ainsi que les avantages et les inconvénients des différentes méthodes. L'anonymat accompagnant ces échanges, qui remplissent un rôle que les instances de santé ne semblent pas capables d'assumer, évite l'embarras que peut susciter ce questionnement. Ces échanges favorisent alors le croisement entre des savoirs experts, populaires et expérientiels qui peuvent orienter les choix contraceptifs.

Par ailleurs, les possibilités d'achat en ligne des contraceptifs oraux ou transdermiques contribuent à la dérégulation de l'accès à ces produits, qui semblent facilement disponibles. Les facteurs de risque présents ne semblent pas préoccuper les pourvoyeurs, qui contournent l'exigence de la prescription et du suivi et négligent la garantie de la sécurité que l'on peut attendre de ces produits (Mommel, Miller et Gardner, 2006). L'analyse doit donc se faire sur un plan à la fois macrosociologique et microsociologique pour une meilleure compréhension des enjeux entourant la contraception.

Désireux d'explorer les logiques qui sous-tendent les comportements contraceptifs et leurs représentations, nous avons organisé dans le cadre du congrès annuel de l'Association francophone pour le savoir (ACFAS) un colloque intitulé « Contraception : enjeux biomédicaux et sociaux », qui s'est tenu à l'Université de Montréal le 12 mai 2010. Ce colloque était une invitation à (re)penser les comportements contraceptifs non seulement comme résultant de décisions individuelles ou de conduites rationnelles, mais comme le produit d'une formation sociale donnée. Au-delà des

comportements contraceptifs étudiés, nous entendions approfondir la socio-genèse des méthodes ainsi que la psychogenèse qui en découle pour comprendre l'adoption ou non de la contraception par les groupes, en particulier au Québec et en France.

Le présent ouvrage est né de ce projet, sans toutefois en constituer des actes à proprement parler. L'ajout de collaborations complémentaires a en effet permis d'éprouver les hypothèses entre comportements contraceptifs et attentes sociales. Cet ouvrage s'articule autour des quatre thèmes principaux suivants : prévalence contraceptive ; enjeux de la contraception ; jeunes, contraception et prévention ; informations et contraception.

PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE

Les textes présentés dans cette première partie explorent certains aspects de la contraception sur le plan macrosociologique.

Martin Blais et Joseph Josy Lévy, à la suite d'une recension des travaux effectués sur la contraception et l'avortement à l'échelle internationale depuis 1994, date de l'importante Conférence internationale sur la population et le développement du Caire, ont tenté de dégager les tendances touchant la contraception et l'avortement ainsi que leurs déterminants. Les analyses de bases de données internationales disponibles, longitudinales pour certaines dimensions, indiquent une diminution du nombre moyen d'enfants par répondant entre 1989-1993 et 2005-2007 pour les différents types de sociétés (paysannes, industrielles et postindustrielles), en particulier dans les sociétés qui appartiennent à la troisième catégorie. L'indice de développement humain module la fécondité générale et en particulier celle du groupe des 15-19 ans ; plus l'indice est élevé, plus le taux de fécondité diminue. L'usage des méthodes contraceptives chez les femmes âgées de 15 à 49 ans augmente avec cet indice. Dans les méthodes rapportées, c'est la pilule qui est la plus utilisée, suivie du préservatif, de l'injection et des implants ; les pourcentages varient toutefois en fonction des types de sociétés. Quant à l'interruption volontaire de grossesse, elle est moins fréquente dans les sociétés postindustrielles que dans les autres types, alors que les besoins en planification des naissances sont nettement plus criants dans les sociétés paysannes. Ces données suggèrent que les facteurs économiques et sociétaux liés au développement humain sont cruciaux dans les configurations contraceptives, dont il reste à mieux étudier les représentations socioculturelles.

Pour sa part, Arnaud Régnier-Loilier, dans une perspective démographique portant sur la France, fait le point sur la situation contraceptive dans ce pays en 2005 relativement à la prévalence et aux méthodes employées en s'appuyant sur les résultats de l'enquête Étude sur les relations familiales et intergénérationnelles. Les résultats suggèrent qu'une grande majorité des répondants utilisent une méthode contraceptive, avec une légère différence entre les hommes et les femmes, et un taux de protection contraceptive qui diminue avec l'âge. Le recours à la contraception dépend de plusieurs facteurs, dont l'âge, le niveau social, le nombre d'enfants, la religion et la nationalité. Comme l'ont montré d'autres études, la pilule et le stérilet sont les méthodes les plus répandues, suivies notamment du préservatif et de l'abstinence. Pour les deux premières méthodes, l'usage varie selon l'âge des femmes, la pilule étant remplacée plus tard par le stérilet, mais ces choix contraceptifs déclarés varient selon le sexe. Selon les normes contraceptives en vigueur, la pilule apparaît dominante avant le premier enfant, puis elle est remplacée par le stérilet une fois que les femmes sont mères. Les effets déterminants sont liés à l'âge et au nombre d'enfants dans ces usages. Dans une perspective longitudinale, une situation contraceptive mal gérée semble contribuer à des naissances mal planifiées, sans cependant s'accompagner d'une IVG, mais les facteurs d'âge et de revenu modulent ces configurations. Cette étude met donc en relief les itinéraires contraceptifs en France, où dominent les méthodes hormonales et intra-utérines.

ENJEUX DE LA CONTRACEPTION

La seconde partie analyse les enjeux de la contraception en France, au Québec et au Mexique. À partir d'une sélection d'ouvrages et d'articles parmi les plus cités au Québec et en France, Denyse Baillargeon s'attache aux parcours historiographiques de ces sociétés, présentées, en matière de contraception, comme étant aux deux pôles des nations occidentales. L'auteure observe notamment qu'au-delà des divergences annoncées sur le plan des pratiques contraceptives des similitudes se dessinent, en particulier dans le fait de considérer la contraception comme un enjeu social et politique majeur du *xx^e* siècle, que les revendications féministes tant québécoises que françaises exacerbent dans les années 1960 et 1970.

Laurence Charton s'appuie, quant à elle, sur une recherche qualitative menée au Québec et en France entre 2005 et 2007 auprès de femmes et d'hommes ayant eu recours à une stérilisation contraceptive. Dans un

contexte où les méthodes contraceptives réversibles disponibles ayant une efficacité plus ou moins élevée sont relativement nombreuses, l'auteure s'interroge sur les raisons qui conduisent des hommes et des femmes à choisir à un moment donné une méthode contraceptive « irréversible ». Analysant les représentations associées aux méthodes réversibles et aux motifs du recours à une stérilisation, elle observe que, masqué sous le discours d'une liberté individuelle et du rejet des contraintes sous toutes ces formes, le recours à une stérilisation marque aussi une rationalisation des parcours de vie et une nouvelle forme de domination masculine par l'asservissement des femmes aux sexualités et désirs masculins.

De son côté, Carole Brugeilles s'appuie sur une synthèse de la littérature et propose, d'une part, une rétrospective de l'évolution de la fécondité et des pratiques contraceptives au Mexique. Elle présente, d'autre part, une analyse des processus qui ont provoqué dans la seconde moitié du xx^e siècle une véritable révolution des comportements reproductifs et contraceptifs (passage d'une fécondité « naturelle » à une médicalisation croissante de la vie féconde) et favorisé l'émergence de nouvelles normes. L'auteure met notamment en évidence les relations étroites entre le contexte idéologique international et national, la dimension institutionnelle, par exemple au regard du rôle joué par le secteur de la santé, et les pratiques des couples et des individus, quelles que soient les politiques démographiques en place.

JEUNES, CONTRACEPTION ET PRÉVENTION

La troisième partie porte sur les enjeux contraceptifs dans les populations de jeunes et les stratégies d'intervention.

Joseph Josy Lévy, Jean-Marc Samson, Catherine Garnier, Philippe Tremblay et Évelyne Lasserre, à partir des réponses d'étudiantes de France et du Québec à un questionnaire autoadministré, cernent les profils contraceptifs de ces deux populations. Si les deux groupes sont favorables à la publicité sur la contraception, les répondantes québécoises considèrent que la contraception d'urgence est plus accessible, une perception qui varie aussi en fonction de facteurs sociodémographiques. L'usage de la pilule est aussi plus répandu dans le premier groupe et le nombre de marques de contraceptifs oraux utilisés diffère selon le groupe (il est plus restreint au Québec, où dominant surtout les marques de contraceptifs de troisième génération), tout comme la diversité des générations des produits hormonaux, ce qui suggère des stratégies normatives différentes. Les autres

méthodes contraceptives, à l'exception du préservatif qui est plus répandu au Québec qu'en France, restent minoritaires. Quant aux motifs poussant à prendre la pilule, mis à part la motivation contraceptive, l'atténuation des crampes menstruelles et le traitement de l'acné, semblables pour ces deux groupes, ils varient dans le cas de la régularisation du cycle menstruel – plus fréquente au Québec – ou de l'espacement entre les règles. Il y a également divergence quant aux stratégies privilégiées en cas d'oubli de la pilule. En ce qui a trait aux effets de la prise de la pilule, des différences apparaissent relativement au gain de poids et au gonflement des seins, plus fréquents chez les répondantes françaises, alors que les nausées semblent plus souvent incommoder les Québécoises. Pour d'autres symptômes, cependant, les deux groupes ne montrent aucune différence. Ces données suggèrent une convergence dans les scénarios contraceptifs quant à l'usage de la pilule et d'autres contraceptifs, mis à part le préservatif, mais des écarts semblent jouer dans d'autres domaines, ce qui suggère que, malgré une médicalisation semblable, d'autres facteurs viennent moduler l'expérience contraceptive.

Hélène Manseau, Martin Blais, Philippe-Benoit Côté et Marie-Andrée Provencher examinent quant à eux les conditions de vie et les facteurs en jeu dans la prise de risques sexuels et contraceptifs chez des jeunes en difficulté (en centre jeunesse ou en situation de rue) à partir du bilan de trois études qualitatives. Après avoir présenté les recherches qui montrent comment les conditions de vie agissent sur les stratégies sexuelles et contraceptives dans ces populations, les auteurs s'attachent, à partir de l'analyse des témoignages, à dégager les difficultés entourant la mise en place d'une contraception efficace dans chacun des groupes. Ils notent également des problèmes de communication portant sur la sexualité, la contraception et les conduites prophylactiques, tandis que les représentations de soi négatives contribuent aux risques de grossesse et d'ITSS. Devant ces constats, les auteurs présentent des pistes d'intervention, en partenariat, adaptées aux réalités des jeunes en difficulté et qui se fondent sur le développement d'une perception de soi plus positive, l'acquisition d'habiletés de communication sexuelle et une réflexion sur l'importance de la contraception et de l'usage du préservatif.

Myrian Carbajal Mendoza se penche pour sa part sur les programmes de prévention sexuelle et contraceptive auprès de migrants des deux sexes du canton de Vaud en Suisse. Son analyse met en relief la multiplicité des obstacles dans la mise en place de conduites de protection et de contraception liées à des représentations de la contraception comme contrainte antinaturelle et comme médicament, et à celles de la sexualité comme

activité légitime ou non. Interviennent aussi les contraintes liées à l'accès à des services de planification familiale et aux conditions entourant le counselling contraceptif, mais aussi le type de rapports de pouvoir entre hommes et femmes. À la suite de ces constats, l'auteure analyse l'intérêt d'interventions sous la forme d'ateliers afin de réduire le poids de ces résistances en privilégiant la promotion du préservatif, de la pilule d'urgence et de la contraception, et ce, par des jeux de rôle et des mises en situation qui mettent l'accent sur les rapports de pouvoir et les stratégies de négociation. La confrontation des points de vue des intervenants en santé et des groupes de migrants soulève aussi la question de l'adéquation des services offerts qui tiennent compte de leurs besoins et de leurs modes de vie spécifiques, ce qui demande une réflexion sur les stratégies d'intervention axées sur des populations confrontées à des difficultés multiples.

INFORMATIONS ET CONTRACEPTION

Dans la quatrième partie, les résultats de recherches portant sur les médias, les forums de discussion et la prévention sont considérés.

Catherine de Pierrepont analyse ainsi la question de la contraception durant la période du post-partum où les parents doivent s'adapter aux nouvelles conditions familiales, un domaine souvent négligé par les intervenants en santé. Leur recherche d'informations et de conseils peut alors, mis à part les discussions avec les professionnels de la santé, passer par le recours aux forums de discussion nationaux et internationaux qui se tiennent sur Internet. Ceux-ci constituent des lieux d'échange d'informations et de construction des savoirs en matière de santé contraceptive. Les messages abordant la question de la contraception postnatale sur le forum d'un site ont fait l'objet d'une analyse thématique qui indique que les discussions portent surtout sur la pilule (fonctionnement, efficacité, grossesse, effets secondaires liés à la baisse de la libido, au gain de poids et aux nausées, préoccupations face aux oublis, qualité de l'allaitement) et sur le stérilet (pose et retrait, effets secondaires, choix du dispositif), alors que les autres méthodes contraceptives (condoms, timbres hormonaux, abstinence, vasectomie, ligature des trompes) sont plus secondaires. Les échanges montrent la prédominance de la médicalisation et les références aux intervenants en santé, mais aussi le rôle des savoirs populaires et expérientiels et celui du soutien que les internautes viennent chercher par la fréquentation de ces forums.

Mélanie Landreville et Marie Moreau s'attachent à l'analyse du traitement médiatique de la contraception et de l'avortement dans la presse quotidienne québécoise entre 2007 et 2009, après avoir situé le rôle des médias écrits dans la littérature scientifique américaine et française qui montre que le traitement de ces questions varie en fonction des contextes nationaux. La contraception semble être moins problématique que l'avortement. Celui-ci suscite plus de débats dans lesquels s'opposent les partisans et les opposants qui se fondent sur des arguments complexes touchant les questions de la liberté de choix et le droit à la vie. La couverture de ces questions dans la presse québécoise met en évidence l'usage problématique du préservatif et des autres moyens contraceptifs, en particulier chez les jeunes, et porte sur les difficultés d'accès, l'absence d'éducation sexuelle, le prix des contraceptifs, de même que sur la disponibilité de la pilule du lendemain. Si les avancées médicales sont considérées comme un enjeu dans le contrôle de la reproduction par les femmes, les journalistes insistent sur le poids de la contraception que les femmes ont à supporter et qui intervient sur la question de l'avortement. Les articles à ce sujet mettent en relief la prévalence élevée des IVG au Québec et les enjeux liés à la responsabilité personnelle féminine et masculine, mais aussi à la question des droits et des menaces qui pèsent sur la liberté de choix et qui se manifestent dans les problèmes d'accessibilité, les questions législatives et l'influence des groupes pro-vie, montrant ainsi les résistances qui continuent à se manifester dans ce domaine sensible.

Cet ensemble de recherches met ainsi en relief les principales problématiques entourant la contraception dans le monde contemporain, de même que leur ancrage socioculturel et la complexité des rapports sociaux qui les sous-tendent. Il souligne aussi la nécessité d'analyses nuancées et le recours aux méthodes quantitatives et qualitatives pour mieux en cerner les tendances et les significations.

BIBLIOGRAPHIE

- Bachelot, A. (2002). «Aspects psychologiques de la grossesse non prévue», dans N. Bajos, M. Ferrand et l'équipe GINÉ (dir.), *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm, p. 79-114.
- Bajos, N., M. Ferrand et l'équipe GINÉ (dir.) (2002). *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm.
- Blayo, C. (1985). «Conditions de la femme et fécondité. L'expérience des pays développés», *Genus*, vol. 41, nos 1-2, p. 181-188.
- Bruchez, C., M. Del Rio Carral et M. Santiago-Delefosse (2009). «Coconstruction des savoirs autour des contraceptifs dans les forums de discussion Internet», dans C. Thoër, B. Lebouché, J.J. Lévy et V. Sironi (dir.), *Médias, médicaments et espace public*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 245-272.
- Chatel, M.-M. (1998). *Malaise dans la procréation. Les femmes et la médecine de l'enfantement*, Paris, Albin Michel.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité. Tome I: La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, coll. «Tel».
- Giami, A. (1998). «La médicalisation de la sexualité: aspects sociologiques et historiques», *Andrologie*, vol. 8, n° 4, p. 383-390.
- Giami, A. (2000). «Médicalisation de la sexualité et médicalisation de la société», dans A. Jardin, P. Queneau et F. Giulano (dir.), *Progrès thérapeutiques. La médicalisation de la sexualité en question*, Paris, John Libbey Eurotext, p. 121-130.
- Guyon, L. (1996). *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Héritier, F. (1999). «Vers un nouveau rapport des catégories du masculin et du féminin», dans E.E. Baulieu, F. Héritier, H. Leridon (dir.), *Contraception: contrainte et liberté?* Paris, Odile Jacob, p. 37-52.
- Hornick, R. et E. McAnany (2001). «Theories and evidence: Mass-medias effects and fertility changes», *Communication Theories*, vol. 11, n° 4, p. 454-471.
- La Rochebrochard, É. de (dir.) (2008). *De la pilule au bébé-éprouvette. Choix individuels ou stratégies médicales?*, Paris, Ined.
- Le Van, C. (1998). *Les grossesses à l'adolescence. Normes sociales, réalités vécues*, Paris, L'Harmattan.
- McDonald, P. (2002). «Les politiques de soutien de la fécondité: l'éventail des possibilités», *Population*, vol. 57, n° 3, p. 423-456.
- Mommel, L.M., L. Miller et J. Gardner (2006). «Over-the-internet availability of hormonal contraceptives regardless of risk factors», *Contraception*, vol. 73, p. 372-375.
- Munger, P. (2008). «Élysa», dans J.J. Lévy et A. Dupras (dir.), *Questions de sexualité au Québec*, Montréal, Éditions Liber, p. 110-114.

- Perrenoud, A. (1995). «Transitions épidémiologiques et transitions de fécondité dans le passé occidental», *Transitions démographiques et sociétés*, Louvain-la-Neuve, Academia et Paris, L'Harmattan, p. 239-255.
- Quéniart, A. (1989). «Préventions des risques et contrôle social : l'exemple de la maternité», *Déviance et société*, vol. 13, n° 4, p. 327-337.
- Sohn, A.-M. (2006). «Le corps sexué», dans A. Corbin, J.-J. Courtine et G. Vigarello, *Histoire du corps. Tome III : Les mutations du regard. Le XX^e siècle*, p. 93-127.
- Ward, L.M., K.M. Day et M. Epstein (2006). «Uncommonly good: Exploring how mass-media may be a positive influence on young women's sexual health and development», *New Directions for Child and Adolescent Development*, n° 112, p. 57-70.
- Weiss, E. et K. Moore (2003). «An assessment of the quality of information available on the Internet about the IUD and the potential impact on contraceptive choices», *Contraception*, vol. 68, p. 359-364.

P A R T I E

1

PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE

Perspectives internationales

LA CONTRACEPTION, LA FÉCONDITÉ ET L'AVORTEMENT

Perspectives internationales

Martin BLAIS
Joseph Josy LÉVY

Parmi les développements scientifiques et technologiques contemporains, les découvertes de plus en plus précises touchant les mécanismes liés aux processus hormonaux et reproductifs ont permis la mise en marché d'une vaste gamme de moyens contraceptifs (stérilets, contraceptifs oraux ou implants, stérilisation, diaphragmes, gels, etc.). Ceux-ci sont venus compléter ou remplacer des méthodes moins efficaces par lesquelles les individus et les couples avaient tenté jusqu'alors d'assurer la planification des naissances (coït interrompu, méthodes symptothermiques, avortement, etc.). L'épidémie du VIH/sida, au début des années 1980, a contribué à orienter les stratégies contraceptives vers l'usage du préservatif, étant donné son rôle dans la prévention de la transmission sexuelle du virus, complexifiant ainsi la situation contraceptive en raison des problèmes liés à un usage constant d'une double protection (contraceptive, contre la grossesse, et prophylactique, contre les infections transmissibles sexuellement).

La question de la santé reproductive a aussi été soulevée à l'échelle internationale. La Conférence internationale sur la population et le développement (Nations Unies, 1995), tenue au Caire en septembre 1994, a proposé une définition de la notion de santé reproductive et a précisé un ensemble de droits en matière de reproduction dont les principes soutiennent l'accès universel aux services de santé reproductive, incluant les ressources de planification familiale et de santé sexuelle. La mise en application de ces principes présuppose le droit à l'information et à l'utilisation de méthodes de planification des naissances sûres, efficaces, abordables et acceptables, mais conformes aux lois des pays (voir Nations Unies, 1995, p. 44 et suivantes). Durant cette rencontre internationale, le droit de prendre les décisions reproductives sans qu'il en découle des formes de discrimination, de coercition ou de violence, et ce, dans des conditions qui assurent l'égalité entre les hommes et les femmes, le respect mutuel, le partage dans la prise de décisions et le consentement, a été souligné.

La quatrième conférence sur les femmes de Beijing en 1995 (Nations Unies, 1996) a repris certaines de ces propositions en insistant sur l'élimination des pratiques discriminatoires à l'égard des jeunes femmes dans l'accès aux services de santé, le renforcement de l'éducation sanitaire et des programmes de santé primaires, y compris la santé sexuelle et reproductive. À la suite de ces déclarations, plusieurs études ont porté sur l'évaluation des progrès dans le domaine de la santé reproductive et sur l'ampleur des changements.

1. LA CONTRACEPTION: ÉTAT DES LIEUX

1.1. LES PROGRÈS DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE

Parmi les 56 pays en voie de développement inclus dans la synthèse portant sur ces questions réalisée en 2002 (Gautier, 2004), 24 ont modifié leurs politiques populationnelles en réponse aux résolutions de la conférence du Caire. Sur le plan législatif, 40 pays ont repris les résolutions du Caire dans leur constitution ou dans des lois et des programmes. L'état d'avancement de la législation sur la santé reproductive en Amérique latine et dans les Caraïbes (*Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer* [CLADEM], 2006), dix ans après la conférence du Caire, démontrait que, malgré des pressions des instances conservatrices et fondamentalistes religieuses et à la suite des demandes et des

actions des groupes de femmes, certaines avancées législatives ont été rapportées. Ainsi, parmi les pays évalués¹, tous ont ratifié les traités internationaux reconnaissant la santé comme un droit de la personne, le droit des femmes à accéder à des services de santé reproductive et à être libres de toute forme de discrimination dans ce domaine. Plusieurs pays ont aussi implicitement reconnu les droits reproductifs comme étant des droits de la personne².

Cette reconnaissance normative a toutefois débouché sur des progrès inégaux dans le secteur de la planification familiale (Gautier, 2004 ; Ferry et Gautier, 2004). Une grande majorité de pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine ont adopté des mesures pour favoriser les connaissances et l'accès à la planification familiale, en vue de prévenir l'avortement ou d'en réduire les répercussions, mais l'absence de services adéquats freine toujours l'accès à ces services. En Amérique latine, par exemple, l'accès aux méthodes contraceptives est encore limité et les programmes d'éducation restent inadéquats (CLADEM, 2006). Des programmes de planification familiale sont offerts dans plusieurs pays³, mais la contraception d'urgence reste peu développée⁴.

1.1.1. Les connaissances sur la contraception

Les études sociodémographiques réalisées quelques années après la conférence du Caire mettent aussi en évidence des transformations dans les connaissances et les configurations contraceptives (Gautier, 2004⁵ ; 2007⁶).

-
1. Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Équateur, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Porto Rico, République dominicaine, Salvador, Uruguay, Venezuela.
 2. Argentine, Brésil, Équateur, Mexique, Paraguay, Pérou et Venezuela.
 3. Argentine, Bolivie, Brésil, Équateur, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine et Uruguay.
 4. Argentine, Bolivie, Chili, Équateur, Nicaragua, Paraguay et Pérou.
 5. En ce qui concerne les pays inclus dans cette étude, l'auteure note : « Nous comparerons les trente-trois pays qui ont été enquêtés au moins deux fois, en 1987-1995 puis [de] 1995 à 2002. Ainsi, ce sont deux groupes semblables qui seront comparés et non des ensembles dont les caractéristiques peuvent être différentes. Dix-sept pays se situent en Afrique subsaharienne et les seize autres "ailleurs". Leur population totale représente un tiers de la population mondiale et 44 % de celle des pays en développement » (Gautier, 2004, p. 34).
 6. En ce qui concerne les pays inclus dans cette recherche, l'auteure indique : « Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) d'ORC-Macro International seront utilisées, car elles ont permis de collecter des données relativement uniformes

Sur le plan des connaissances, on constate une légère augmentation, variable selon les pays, dans le niveau des connaissances entre deux périodes (1987-1994 ; 1995-2002). Ainsi, entre 1987 et 1994, une moyenne de 87 % des femmes sondées dans 36 pays rapportait connaître au moins une méthode contraceptive et ce pourcentage est passé à 92 % pour les enquêtes entre 1995 et 2002. Ce niveau est semblable chez les hommes et les femmes, mais les écarts entre les régions et les groupes sociaux subsistent. Le niveau d'éducation module ces résultats, les femmes qui ont une scolarité secondaire étant mieux informées que celles qui ont une scolarité primaire ou qui ne sont pas scolarisées. Parmi les femmes non scolarisées, les pourcentages restent plus élevés pour les deux périodes chez celles qui viennent des régions africaines, comparativement à celles d'autres zones géographiques, mais dans plusieurs pays l'écart dans les connaissances est minime, ce qui suggère une relative égalité dans l'accès à l'information (Gautier, 2004, 2007).

Les femmes vivant en milieu urbain sont plus informées que celles vivant en milieu rural, mais l'ampleur des écarts varie selon les pays (Gautier, 2004, 2007). Les méthodes les plus citées par les femmes comprenaient la pilule et la stérilisation féminine (respectivement 71 % et 62 %), le préservatif, les injections et le stérilet (plus de 50 %), suivis de la vasectomie, du diaphragme et de la méthode symptothermique basée sur le cycle menstruel (25 %). Toujours d'après les synthèses proposées par Gauthier (2004, 2007), les enquêtes subséquentes suggèrent que les connaissances sur quelques méthodes ont progressé (pilule, stérilet, ligature des trompes, vasectomie), particulièrement sur le préservatif et les injections. Les écarts restent marqués entre les femmes selon le continent qu'elles habitent (Afrique, Asie ou Amérique latine) et selon les méthodes considérées. Les différences entre les hommes et les femmes restent minimes, les premiers connaissant mieux les méthodes masculines, et les secondes, les techniques féminines. Le nombre moyen de méthodes connues a légèrement augmenté entre les deux périodes, passant de 4,8 à 6. L'Afrique subsaharienne reste en deçà de ces chiffres, bien qu'elle ait aussi progressé.

concernant la contraception dans un grand nombre de pays. [...] seront étudiés les 36 pays où les femmes ont été enquêtées au moins deux fois, une fois de 1987 à 1994, l'autre de 1995 à 2002. [...] La population totale de ces 36 pays représente un tiers de la population mondiale et près de la moitié de celles des pays en développement » (2007, p. 43). Sont ainsi représentés 18 pays d'Afrique et 18 d'autres régions (Afrique du Nord, Amérique du Sud, Moyen-Orient, Asie). Les caractéristiques sociodémographiques ne sont pas fournies.

Quant aux effets secondaires des méthodes, ils ne sont connus que par une minorité de femmes, et de fausses informations sont véhiculées, en particulier en ce qui concerne la ligature des trompes. Même si le pourcentage des connaissances s'est accru, de nombreuses disparités restent présentes dans l'accès aux informations qui semble dépendre du développement économique mesuré par le PIB ou par l'indicateur de développement humain (PIB auquel s'ajoutent l'alphabétisation et l'espérance de vie à la naissance). Ces indices ont en général un effet positif sur les connaissances contraceptives ; pour l'Afrique, ces connaissances restent néanmoins très faibles, même à un niveau équivalent de développement économique et social.

Sur le continent africain, la diffusion des informations sur la contraception se fait surtout par la radio ou la télévision et elle ne dépendrait pas des politiques de population (natalistes ou antinatalistes) prônées dans le pays (Gautier, 2004, 2007). Les femmes analphabètes qui vivent en milieu rural sont moins nombreuses à rapporter avoir entendu ces informations que celles qui sont plus scolarisées et vivent en milieu urbain. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir entendu ce type de messages.

1.1.2. L'usage de méthodes contraceptives

En ce qui a trait à l'usage des méthodes contraceptives, les études rapportent une transformation des pratiques dans le temps. Selon Gautier (2004), une comparaison de 33 pays situés en Afrique et dans d'autres régions et sondés entre 1986-1995 et 1995-2002 indique que le pourcentage des Africaines vivant dans la région subsaharienne qui avaient recours à la contraception est passé de 17 % (dont la moitié avec des méthodes modernes) à 20 % (dont les deux tiers avec des méthodes modernes). Dans les autres zones, ces pourcentages étaient plus élevés, passant de 47 % (dont les trois quarts utilisaient des méthodes modernes) à 56 % (dont 80 % avaient recours aux méthodes modernes).

Les disparités sont aussi notables entre les régions géographiques et les pays. Ainsi, les statistiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur l'état de la contraception (2010, p. 18), portant sur les femmes mariées ou en cohabitation qui disaient employer au moins une méthode contraceptive au moment de l'enquête, fournissent des données comparatives intéressantes, même si tous les pays ne sont pas couverts. Ainsi, dans la région africaine définie par l'OMS, la prévalence de la contraception varie entre 75,9 % à l'île Maurice et 2,8 % au Tchad, avec une moyenne régionale

de 24,4%, la plus faible au monde. Pour le continent américain, elle se situe entre 78,2% en Colombie et 32% en Haïti, avec une moyenne régionale de 70%. Pour la région européenne, cette prévalence varie de 82% pour le Royaume-Uni à 13,5% pour l'ex-République yougoslave de Macédoine, avec une moyenne régionale de 58,9%. Pour le Sud-Est asiatique, la prévalence passe de 71,5% pour la Thaïlande à 10% pour le Timor-Leste, avec une moyenne régionale de 57,2%. Pour la région OMS de la Méditerranée orientale, les chiffres passent de 72,8% en Iran à 7,6% au Soudan avec une moyenne régionale de 43%. Quant à la région OMS du Pacifique occidental, la prévalence varie de 90,2% en Chine à 32,2% pour la République démocratique populaire lao, avec une moyenne régionale de 58,7%.

1.1.3. L'avortement: état des législations

Plusieurs pays s'opposaient à l'avortement pour des raisons légales ou religieuses au moment de la conférence de Beijing (Nations Unies, 1996). Le texte de la conférence insiste sur l'importance d'en réduire l'occurrence dans des conditions qui menacent la vie des femmes. Par ailleurs, la déclaration s'oppose à l'avortement comme méthode de planification familiale, lui préférant la prévention des grossesses non désirées et l'accès à des services de contraception. Dans le cas où cette intervention est autorisée, un suivi devrait être effectué pour favoriser l'adoption d'une méthode de planification des naissances.

Malgré les recommandations, les lois sur l'avortement sont restées très restrictives dans la très grande majorité des pays où elles l'étaient déjà. Par exemple, en Amérique latine et aux Caraïbes, sept pays l'interdisent complètement⁷, alors que dans les autres il doit être justifié par des raisons ayant trait à la santé mentale ou physique de la mère, au viol ou à l'inceste (Guttmacher Institute, 2009a). Trois pays ou gouvernements ont assoupli leurs lois depuis 1997 (Colombie, Sainte-Lucie et la Ville de Mexico), alors que deux autres (le Salvador et le Nicaragua) les ont resserrées, sauf en cas de menace pour la vie de la mère (Guttmacher Institute, 2009a).

En Afrique, la tendance est à une timide amélioration de la législation dans la majorité des pays, où l'avortement reste permis lorsque la santé physique et mentale de la mère est en danger et dans certains cas de viol, d'inceste ou de malformation du fœtus (Guillaume, 2004). Néanmoins,

7. Chili, Haïti, Honduras, Nicaragua, République dominicaine, Salvador et Surinam.

des restrictions plus fortes se rencontrent dans plusieurs pays africains, comme le Djibouti, Madagascar, le Malawi, la Somalie, le Congo ou l'Égypte, où l'avortement n'est permis que si la grossesse met en péril la vie de la mère (Nations Unies, 2007). En Asie, au cours des dix dernières années, cinq pays (Bouthan, Cambodge, Népal, Thaïlande, Iran) ont modifié leurs lois afin de permettre le recours à l'avortement dans certaines conditions (Guttmacher Institute, 2009b), rejoignant ainsi une majorité de pays qui l'autorisent dans certaines conditions déjà mentionnées plus haut ou sans restriction.

1.1.4. L'avortement: pratiques et motifs considérés comme acceptables

Les analyses de Guillaume (2004) évaluent la question de l'avortement dans le contexte africain, dix ans après la conférence du Caire. Malgré l'imprécision des statistiques sur ces interventions, le recours à l'avortement semble être de plus en plus fréquent, en particulier dans les grandes villes où il contribue à la diminution de l'indice synthétique de fécondité. Les raisons qui motivent cette décision renvoient à l'espacement des naissances, à leur limitation ou au report de la première maternité, mais les motivations comme le rejet familial ou social entrent aussi en ligne de compte en cas de grossesse préconjugale. La faible prévalence de la contraception peut aussi expliquer l'occurrence de l'avortement tout comme l'échec contraceptif, qui sont associés à une carence dans les services et les programmes de planification familiale. Les effets secondaires des contraceptifs modernes peuvent aussi entraîner leur rejet, l'avortement devenant alors une option favorisée sans être suivie d'une meilleure pratique contraceptive dans la période suivant l'avortement.

En Asie (Singh *et al.*, 2009), entre 1995 et 2003, le nombre des avortements a diminué, passant de 26,8 millions à 25,9 millions, avec une majorité d'entre eux qui étaient effectués dans des conditions médicales sûres, en particulier en Chine. Cependant, les chiffres varient selon les régions. Le nombre d'avortements a ainsi diminué en Asie orientale et occidentale, mais il est demeuré plus stable dans les régions méridionales centrales et dans le sud-est. En Amérique latine et dans les Antilles, le nombre d'avortements a peu varié entre 1995 et 2003, passant de 4,2 millions à 4,1 millions. Le taux d'avortement a cependant diminué entre les deux périodes, passant de 37/1000 femmes à 31/1000 femmes et la très grande majorité des interruptions de grossesse, en particulier à Cuba, Guyana et Porto Rico, ont été effectuées dans des conditions sécuritaires.

Ce survol des tendances en planification des naissances dans le monde suggère qu'elles dépendent de déterminants nationaux (liés aux politiques et aux lois touchant le champ de la reproduction, de même qu'à l'état des services biomédicaux), mais aussi de caractéristiques socio-démographiques (âge, revenu, résidence, type d'union, relations de pouvoir entre hommes et femmes, etc.). Dans la perspective ouverte par ces travaux, nous nous proposons de dégager, comme le suggère l'étude de Gautier (2007), l'impact de déterminants sociaux, économiques et culturels sur les tendances internationales en matière de fécondité et de planification des naissances.

2. LA MÉTHODOLOGIE

Une base de données agrégées a été créée à partir de plusieurs sources de données internationales. Une entrée par pays a été constituée et diverses variables associées à la planification des naissances ont été colligées pour chacun des pays (ces variables et leur source sont précisées dans la section 2.1). Selon les variables et les croisements, des données sont disponibles pour un nombre de pays variant de 41 à 89.

2.1. LES VARIABLES

2.1.1. Le développement socioéconomique

L'*indice de développement humain* (IDH; Programme de développement des Nations Unies, 2009) est constitué par la moyenne de trois indicateurs : 1) l'espérance de vie ; 2) le niveau d'instruction (alphabétisation et scolarisation) ; et 3) le niveau de vie mesuré par le produit intérieur brut par habitant. Reprenant la classification proposée par Norris et Inglehart (2004), on a créé trois catégories de sociétés : 1) les *sociétés paysannes*, dont l'IDH se situe en dessous de 0,74 ; 2) les *sociétés industrielles*, dont l'IDH se situe entre 0,740 et 0,899 et 3) les *sociétés postindustrielles*, avec un IDH égal ou supérieur à 0,900. Les données proviennent des bases de données de l'Organisation des Nations Unies, disponibles à l'URL <<http://data.un.org>>.

2.1.2. Les mesures associées à l'égalité de genre

L'adhésion à des *valeurs d'égalité des genres* est une variable construite à l'échelle individuelle par la combinaison des réponses à trois énoncés du *World Values Survey* et de l'*European Values Study* (World Values

Survey Association, 2009). Ces énoncés sont les suivants : 1) Lorsque les emplois se font rares, les hommes devraient plus avoir le droit à un emploi que les femmes ; 2) Tout bien considéré, les hommes font de meilleurs chefs politiques que les femmes ; et 3) Une formation universitaire est plus importante pour un garçon que pour une fille. Les réponses sont codées sur une échelle en quatre catégories, allant de *tout à fait d'accord* à *tout à fait en désaccord*. La moyenne des réponses a été rapportée sur une échelle variant de 0 (adhésion à des valeurs sexistes) à 100 (adhésion à des valeurs égalitaires). Cette variable est disponible pour trois vagues de sondage (1994-1999, 1999-2004 et 2005-2007).

L'*indice de participation des femmes* (IPF; Programme de développement des Nations Unies, 2009) est un indicateur de la participation des femmes à la vie politique, économique et professionnelle. Il est calculé à partir de trois catégories de variables : 1) la proportion des femmes siégeant aux assemblées parlementaires ; 2) la proportion des femmes dans les professions libérales et techniques ainsi que dans les fonctions administratives et d'encadrement ; et 3) le PIB réel par habitant, à parité de pouvoir d'achat. L'IPF varie entre 0 (écart maximal entre hommes et femmes) et 1 (égalité hommes-femmes parfaite). Les données proviennent des bases de données de l'Organisation des Nations Unies, disponibles à l'URL <<http://data.un.org>>.

L'*indice sexo-spécifique du développement humain* (ISDH, Programme de développement des Nations Unies, 2009) se calcule de la même façon que l'IDH, mais ajoute une pénalité proportionnelle à la disparité entre hommes et femmes sur chacune des variables. Ainsi, plus les disparités entre hommes et femmes dans les capacités de base sont grandes, plus l'ISDH d'un pays est faible par rapport à son IDH. L'ISDH n'est interprétable qu'en comparaison avec l'IDH. Son score varie de 0 à 1. Les données proviennent des bases de données de l'Organisation des Nations Unies, disponibles à l'URL <<http://data.un.org>>.

2.1.3. Les mesures de la fécondité

Deux mesures de fécondité ont été retenues. Le *taux de fécondité générale*, défini comme le nombre de naissances par femme pour un pays donné, et le *taux de fécondité adolescente*, défini comme le nombre de naissances pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans. Les deux séries de données ont été extraites des bases de données de l'Organisation des Nations Unies, disponibles à l'URL <<http://data.un.org>>.

Le nombre moyen d'enfants par répondant et répondante aux *World Values Survey* et *European Values Study* (World Values Survey Association, 2009) a aussi été considéré. Cette variable qui prend comme dénominateur tant les hommes que les femmes donne un aperçu du nombre moyen d'enfants par ménage (alors que les indices de fécondité sont calculés pour les femmes uniquement). Cette variable est disponible pour quatre vagues de sondage (1989-1993, 1994-1999, 1999-2004 et 2005-2007), ce qui permet de suivre l'évolution du nombre moyen d'enfants par ménage.

2.1.4. L'usage des méthodes contraceptives et le recours à l'interruption volontaire de grossesse

Les données analysées sur l'usage des méthodes contraceptives proviennent des banques de données colligées par l'Organisation des Nations Unies⁸ et les plus récentes disponibles au moment de la rédaction ont été utilisées. En général, les données disponibles ont été colligées entre 2003 et 2008. En l'absence de données récentes, l'ONU rapporte la dernière valeur disponible ; pour une minorité de pays, certaines valeurs peuvent remonter aux années 1990.

La variable *toute méthode (traditionnelle ou moderne)* renvoie à la proportion, pour chaque pays, de femmes de 15 à 49 ans en union qui rapportent utiliser au moins une méthode contraceptive, qu'elle soit traditionnelle ou moderne. Les méthodes traditionnelles renvoient notamment à la méthode sympto-thermique, au retrait avant éjaculation, à l'abstinence périodique, à l'allaitement prolongé, à la douche vaginale après le rapport sexuel ou aux pâtes d'herbes agissant comme barrière mécanique. Les méthodes traditionnelles sont généralement considérées comme peu efficaces et ne requièrent pas d'intervention médicale. Par méthodes modernes, on entend les méthodes hormonales (pilule, injections, implants), chirurgicales (stérilisation féminine [ligature des trompes de Fallope] ou masculine [vasectomie]), mécaniques (préservatif, cape cervicale, diaphragme) ou des combinaisons de méthodes mécaniques et chimiques (dispositif intra-utérin, éponge spermicide, mousse ou gel spermicide, etc.). Les méthodes modernes sont généralement considérées comme ayant un haut potentiel d'efficacité selon la qualité de leur utilisation, mais elles sont utilisées sous prescription médicale, à l'exception des méthodes mécaniques et de certaines méthodes mécaniques-chimiques.

8. Voir <<http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2005/WCU2005.htm>>; <<http://data.un.org>>.

La variable *toute méthode moderne* renvoie à la prévalence, pour chaque pays, de l'usage par les femmes de 15 à 49 ans vivant en union d'au moins une méthode contraceptive moderne, selon la définition donnée ci-dessus.

En plus de ces indicateurs généraux, les variables spécifiques suivantes font aussi l'objet d'une description. La prévalence de méthodes contraceptives irréversibles (stérilisation) pour les hommes (vasectomie) et pour les femmes (ligature des trompes de Fallope) est rapportée pour chaque pays (pour lequel des données sont disponibles). La prévalence de trois méthodes réversibles par les femmes mariées ou en cohabitation hors mariage de 15 à 49 ans a aussi été ajoutée à la base de données : 1) le recours à l'injection ou aux implants ; 2) l'usage du préservatif ; et 3) l'usage de la pilule contraceptive. Enfin, la prévalence du recours à l'interruption volontaire de grossesse par 1000 femmes a été ajoutée.

2.1.5. Les attitudes à l'égard de l'avortement

Les attitudes à l'égard de l'avortement représentent le score agrégé des réponses individuelles pour chaque pays à la question « Veuillez indiquer pour chacun des énoncés suivants si vous considérez que [l'avortement] peut être toujours justifié, jamais justifié ou quelque part entre les deux » (source : WVS/EVS, question f120). Les réponses sont codées sur une échelle de 1 (jamais justifiable) à 10 (toujours justifiable). Cette variable est disponible pour cinq vagues de sondage : 1981-1984, 1989-1993, 1994-1999, 1999-2004 et 2005-2007.

2.1.6. Les besoins en planification des naissances

L'indice des besoins non comblés en matière de planification des naissances correspond au pourcentage des femmes mariées ou en cohabitation hors mariage, en âge de procréer et n'utilisant pas de méthode contraceptive, bien qu'elles rapportent ne pas ou ne plus vouloir d'enfant dans les deux années à venir. Ces données ont été extraites de la base de données sur l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement de l'Organisation des Nations Unies, disponible à l'adresse <<http://data.un.org>>.

2.2. LES ANALYSES

Deux types d'analyses, descriptives, ont été réalisés. Des courbes de tendances ont été tracées sur deux indicateurs tirés des banques WVS/EVS : 1) le nombre d'enfants par répondant et 2) l'adhésion à des valeurs d'égalité

de genre. Ces courbes ont été tracées pour les trois types de sociétés créés sur la base de l'IDH (sociétés paysannes, sociétés industrielles et sociétés postindustrielles). Des tableaux croisés ont été produits à partir des variables présentées, en comparant pour chacune les trois types de sociétés (agraires, industrielles et postindustrielles).

2.3. LES LIMITES

Certaines limites doivent être soulignées. Si les données agrégées indiquent des tendances populationnelles, elles ne doivent pas faire oublier que ces données nationales sont le résultat de l'agrégation de données individuelles qui restent par ailleurs hétérogènes. Il ne s'agit pas ici de prétendre que tous les répondants d'un même pays qui partagent des attitudes ont des comportements similaires. De même, l'agrégation de données par type de sociétés n'implique pas que des disparités importantes n'existent pas entre des pays considérés comme similaires du point de vue de l'indice du développement humain. L'agrégation des données tend donc à ramener les particularités de chaque pays à des tendances générales. C'est la raison pour laquelle les hypothèses émises pour comprendre les données observées dans un type donné de sociétés s'appliquent à des degrés divers aux pays pris un à un. Cela implique aussi que certaines hypothèses formulées pour un type de sociétés peuvent s'appliquer à certains pays classés sous un autre type de sociétés.

Certains pays sont plus susceptibles que d'autres d'apparaître comme dissidents à l'égard des hypothèses générales posées. Par exemple, les États-Unis et l'Irlande, malgré leur IDH élevé, se caractérisent souvent par des attitudes plus conservatrices, influencées par des traditions religieuses encore vivaces, que celles observées dans la majorité des sociétés postindustrielles. La Chine a imposé, avec sa politique de l'enfant unique, des contraintes sur la fertilité, la contraception et l'avortement qui ne sont pas typiques de ce qui est observé dans beaucoup de sociétés paysannes. L'Inde, comme d'autres pays dont l'IDH les classe parmi les sociétés paysannes, doit faire face à un développement économique extrêmement rapide qui la distingue aussi d'autres sociétés paysannes dont sont peut-être plus représentatives des sociétés africaines, par exemple. Ces particularités tendent toutefois à disparaître au profit de tendances générales.

3. LES RÉSULTATS

3.1. L'ÉGALITÉ DES GENRES

Une disparité entre hommes et femmes existe dans tous les types de sociétés, comme en témoignent l'indice sexo-spécifique du développement humain (ISDH), systématiquement plus faible que l'indice de développement humain (IDH), quel que soit le niveau de développement humain considéré, ainsi que l'indice de participation des femmes (IPF) qui montre que la parité hommes-femmes dans la vie politique, économique et professionnelle n'est atteinte dans aucun type de société (voir le tableau 1.1).

Tableau 1.1
Indicateurs d'égalité entre les genres par type de société

	Indice sexo-spécifique du développement humain (UNPD)	Indice de participation des femmes (UNPD)	Soutien à l'égalité de genre (WVS)
Sociétés agraires (HDI moyen = 0,57)	0,55	0,47	64,2
Sociétés industrielles (HDI moyen = 0,83)	0,82	0,55	67,9
Sociétés postindustrielles (HDI moyen = 0,95)	0,94	0,75	77,1
Nombre de pays	81	71	73

Néanmoins, des variations peuvent être relevées (voir la figure 1.1). Si, entre les vagues de 1994-1999 et de 1999-2004, l'adhésion à des valeurs d'égalité entre les genres reste relativement stable dans les sociétés industrielles et postindustrielles, elle augmente légèrement dans les sociétés paysannes. De la période 1999-2004 à la période 2005-2007, elle augmente dans les trois types de sociétés analysés. Dans l'ensemble, les sociétés postindustrielles se révèlent, à chaque période, les plus favorables à l'égalité entre les genres, alors que les sociétés paysannes se montrent les moins favorables.

3.2. LA FÉCONDITÉ

La figure 1.2 montre la diminution du nombre moyen d'enfants de la période 1989-1993 à la période 2005-2007, et ce, dans tous les types de sociétés.

Figure 1.1
Adhésion à des valeurs d'égalité entre les genres

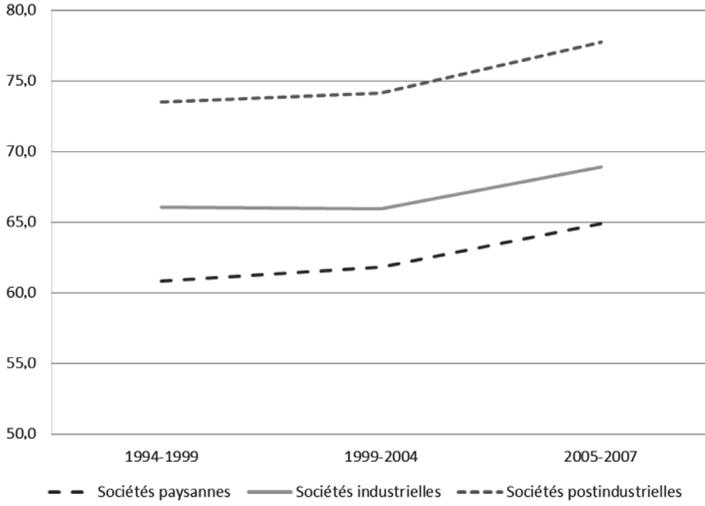
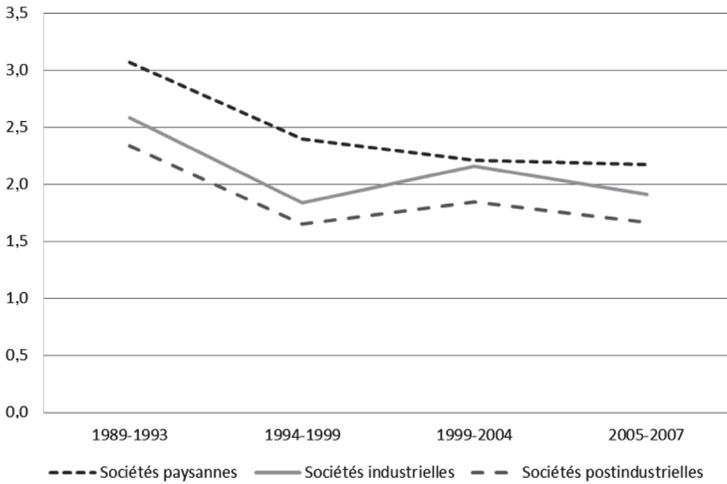


Figure 1.2
Nombre moyen d'enfants par répondant



Néanmoins, des différences importantes existent encore au regard des indicateurs de fécondité, comme en témoignent les données présentées dans le tableau 1.2. En effet, les taux de fécondité générale et adolescente suivent un gradient inverse au niveau de développement humain : les sociétés post-industrielles présentent les taux de fécondité les plus faibles, les sociétés paysannes, les plus élevés, et les sociétés industrielles se situent entre ces deux extrêmes.

Tableau 1.2
Indicateurs de fécondité par type de société

Type de société	Fécondité générale (2006) (IC 95 %)	Fécondité 15-19 ans (2007) (IC 95 %)
Sociétés agraires (HDI moyen = 0,57)	3,99 (3,23-4,75)	7,99 (5,82-10,17)
Sociétés industrielles (HDI moyen = 0,83)	2,25 (2,04-2,46)	3,36 (2,63-4,08)
Sociétés postindustrielles (HDI moyen = 0,95)	1,80 (1,48-2,11)	1,72 (1,09-2,35)
Nombre de pays	82	89

On peut aussi relever que l'écart entre les taux de fécondité générale et adolescente est d'autant plus grand que le niveau de développement humain diminue. Ainsi, la fécondité adolescente représente le double de la fécondité générale dans les sociétés paysannes, alors que l'écart se réduit dans les sociétés industrielles et postindustrielles.

3.3. L'USAGE DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

De façon générale, on constate que les pourcentages de femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en cohabitation hors mariage et qui ont recours à une méthode contraceptive quelle qu'elle soit augmentent en fonction du niveau de développement humain. Ainsi, en moyenne, l'écart entre les sociétés paysannes et les sociétés postindustrielles dans l'usage d'une méthode contraceptive, quelle qu'elle soit, est d'environ 30 % (voir le tableau 1.3).

En ce qui concerne le recours aux méthodes réversibles par les femmes mariées ou vivant en union et âgées de 15 à 49 ans, on constate que la pilule est la plus utilisée, suivie par le préservatif et, dans une moindre

Tableau 1.3
Prévalence de l'usage de diverses méthodes contraceptives par type de société

Type de société	Toute méthode moderne (2003-2008)		Méthodes réversibles		Méthodes irréversibles		
	Toute méthode (2004-2008)	Femmes mariées/ union de fait (15-49 ans) (IC 95%)	Injection/Implant Femmes mariées/ union de fait (15-49 ans) (IC 95%)	Préservatif (2004-2008) Femmes mariées/ union de fait (15-49 ans) (IC 95%)	Pilule Femmes mariées/ union de fait (15-49 ans) (IC 95%)	Stérilisation féminine (IC 95%)	Stérilisation masculine (IC 95%)
Sociétés agraires (HDI moyen = 0,57)	40,38 (30,33-50,43)	32,76 (23,68-41,84)	7,06 (1,91-12,20)	3,21 (2,01-4,12)	9,19 (3,24-15,13)	7,73 (1,27-4,20)	0,55 (0,05-1,04)
Sociétés industrielles (HDI moyen = 0,83)	57,66 (48,66-66,67)	43,99 (33,94-54,04)	2,38 (0,74-4,02)	9,61 (5,92-13,30)	10,54 (7,24-13,84)	12,48 (6,65-18,31)	0,63 (0,26-0,99)
Sociétés postindustrielles (HDI moyen = 0,95)	69,13 (61,08-77,17)	61,65 (49,81-73,48)	0,77 (0,25-1,29)	17,71 (7,39-28,03)	17,90 (11,99-23,81)	13,77 (8,56-18,98)	6,35 (3,92-8,76)
Nombre de pays	48	47	73	46	73	66	73

mesure, par l'injection ou les implants. La pilule est utilisée par des taux similaires de femmes dans les sociétés paysannes et industrielles (9,2 % et 10,5 %), mais ce pourcentage est inférieur au taux observable dans les sociétés postindustrielles (18 %). L'usage du préservatif varie entre les trois types de sociétés : il est le plus faible dans les sociétés paysannes (3,2 %) et le plus élevé dans les sociétés postindustrielles (17,7 %), son usage dans les sociétés industrielles occupant une position moyenne (9,6 %). Le recours aux injections ou aux implants suit une tendance inverse, la méthode étant plus répandue dans les sociétés paysannes (7,1 %) que dans les sociétés industrielles (2,4 %) et postindustrielles (0,8 %), où ces méthodes sont les moins populaires.

Quant au recours aux méthodes contraceptives irréversibles, il se révèle, sans surprise, nettement plus faible que l'usage des méthodes réversibles. Une disparité nette peut être observée entre les genres. Les hommes apparaissent ainsi beaucoup moins nombreux que les femmes à y recourir et moins de 1 % y recourraient dans les sociétés paysannes et industrielles (contre respectivement 7,7 % et 12,5 % des femmes) et 6,3 % dans les sociétés postindustrielles (comparativement à 13,7 % des femmes). Chez les femmes, c'est dans les sociétés industrielles et postindustrielles qu'on trouve les taux les plus élevés de stérilisation (respectivement 12,48 % et 13,77 %), alors que ce taux est le plus faible dans les sociétés paysannes (7,73 %). En ce qui concerne la stérilisation masculine, c'est dans les sociétés postindustrielles que le taux est le plus élevé (6,35 %).

3.4. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

De toutes les techniques étudiées, l'interruption volontaire de grossesse apparaît la moins répandue. Peu de différences sont repérables entre les types de sociétés. On peut néanmoins relever une tendance à un recours moins fréquent de l'IVG dans les sociétés postindustrielles (1,26 %) comparativement aux sociétés industrielles (1,94 %) et agraires (1,76 %), ce qui peut être la conséquence possible d'un usage plus grand des méthodes contraceptives.

3.5. LES ATTITUDES À L'ÉGARD DE L'AVORTEMENT

Bien que les attitudes à l'égard de l'avortement soient majoritairement défavorables, elles présentent des variations en fonction du niveau de développement humain. Ainsi, les répondants et répondantes des sociétés

Tableau 1.4

Interruption volontaire de grossesse, attitudes à l'égard de l'avortement et besoins non comblés en matière de planification des naissances par type de société

Type de société	Interruption volontaire de grossesse (1996-2005) Femmes 15-44 ans (IC 95%)	Attitudes à l'égard de l'avortement (2005-2007)* (IC 95%)	Besoins non comblés en planification des naissances (IC 95%)
	Sociétés agraires (HDI moyen = 0,57)	1,76 (1,26-2,89)	2,46 (2,10-2,81)
Sociétés industrielles (HDI moyen = 0,83)	1,94 (1,26-2,62)	3,04 (2,55-3,54)	9,77 (7,88-11,66)
Sociétés postindustrielles (HDI moyen = 0,95)	1,26 (1,04-1,48)	4,97 (4,33-5,61)	9,24 (2,02-16,46)
Nombre de pays	48	55	41

* Échelle variant de 1 (jamais justifiable) à 10 (toujours justifiable).

postindustrielles révèlent les attitudes les plus favorables à son égard (5,0), alors que ceux et celles des sociétés paysannes présentent les attitudes les moins favorables (2,5).

3.6. LES BESOINS EN PLANIFICATION DES NAISSANCES

Les besoins en planification des naissances, tels que déterminés par le pourcentage de femmes mariées ou unies, en âge de procréer et n'utilisant pas de méthode contraceptive, bien qu'elles rapportent ne pas ou ne plus vouloir d'enfant dans les deux années à venir, sont plus fréquents dans les sociétés paysannes (17,53 % des femmes en moyenne), alors qu'ils sont similaires dans les sociétés industrielles et postindustrielles (respectivement 9,77 % et 9,24 %).

4. UNE DISCUSSION

Les résultats de cette recherche permettent de confirmer l'intérêt de l'utilisation de l'indice de développement humain (IDH), qui tient compte de facteurs importants (économiques, démographiques et éducatifs) dans l'étude des tendances touchant la fécondité, la contraception et l'avortement. L'usage de cet indice complète ainsi les analyses effectuées par Gautier (2007) sur l'évolution des connaissances contraceptives dans les

années qui ont suivi la conférence du Caire (2004). Sur le plan de l'égalité entre les genres, les résultats des comparaisons trans-sociétales indiquent que les disparités hommes-femmes se maintiennent dans tous les types de sociétés, que ce soit en fonction des valeurs soutenant l'égalité de genres, de l'écart entre l'IDH et ISDH ou de l'IPF, bien que l'on note une légère augmentation pour les trois types de sociétés (paysannes, industrielles, postindustrielles) dans l'adhésion aux valeurs d'égalité de genre entre les périodes 1994-1999 et 2005-2007.

Ces tendances rejoignent celles rapportées par Hausmann, Tyson et Zahidi (2009) sur l'écart hommes-femmes dans le monde, selon lesquelles, dans l'ensemble, le monde a progressé dans la réduction de ce fossé entre 2006 et 2009, en particulier dans la sphère touchant l'éducation. Par contre, dans celle de la santé, on constate une légère détérioration, alors que dans les domaines politique et économique les écarts demeurent substantiels. Les progrès les plus sensibles ont été enregistrés en Asie. Suivent l'Europe occidentale, l'Amérique latine et les Caraïbes, l'Afrique subsaharienne, l'Océanie, le Moyen-Orient, l'Afrique du Nord, l'Europe de l'Est et l'Amérique du Nord.

Comme les résultats obtenus permettent de le constater, ces écarts sont associés à des modèles de fécondité différentiels. Ainsi, bien que l'on constate une diminution générale du nombre moyen d'enfants entre les périodes 1989-1993 et 2005-2007, la fécondité, tant générale qu'adolescente, continue d'être plus forte dans les sociétés paysannes, en l'occurrence les moins favorisées au regard de l'indice de développement humain. Plusieurs hypothèses, agissant probablement en conjonction les unes avec les autres, peuvent être avancées pour expliquer cette fécondité plus élevée en contexte de défavorisation. Sur le plan économique, le contexte pourrait agir comme une contrainte sur l'accès aux ressources en planification des naissances et aux méthodes contraceptives modernes (prix des préservatifs, par exemple). De plus, étant donné l'espérance de vie plus courte dans les sociétés dont le niveau de développement est plus faible, le moment où se constitue la famille surviendrait plus tôt dans les sociétés paysannes que dans les autres types de sociétés, ce qui contribuerait à une fécondité adolescente plus élevée.

Le niveau de fécondité adolescente plus élevé dans les sociétés qui ont un indice moindre de développement humain peut aussi être tributaire de caractéristiques culturelles telles que les normes liées au mariage précoce, fréquent dans les sociétés de type paysan, et ce, particulièrement chez les

femmes défavorisées sur le plan socioéconomique et dont les connaissances en matière de sexualité et de contraception sont faibles. L'importance de la maternité pour l'acquisition d'un statut social, les relations de pouvoir dans le couple, la violence sexuelle et un accès limité à des ressources en santé interviendraient aussi pour décourager la négociation et l'usage d'une méthode contraceptive (Guttmacher Institute, 2010), favorisant ainsi un haut niveau de fécondité. Comme le montre une synthèse des travaux menés en Afrique (notamment Lututala, 1992), dans des sociétés où la fécondité précoce reste valorisée, d'autres facteurs socioculturels comme un allongement de la phase de l'adolescence, le report de l'âge du mariage, le maintien d'une éducation sexuelle minimale peuvent contribuer à l'amplification de la fécondité adolescente. Des taux de grossesse élevés chez les adolescentes sont aussi associés à des normes sociosexuelles restrictives et à des rapports sexuels clandestins, dans un contexte où l'accès aux méthodes contraceptives est limité ou difficile.

On peut aussi avancer l'hypothèse selon laquelle ce modèle de fécondité illustre l'association entre les conditions de vie matérielles et les orientations axiologiques déjà documentées par Inglehart et Welzel (2005). Ainsi, les conditions de vie matérielles dans un milieu défavorisé sont généralement associées à des valeurs de type collectiviste, centrées notamment sur le respect des institutions religieuses et familiales et se traduisant par l'importance accordée à la maternité pour les femmes et à des attitudes défavorables à l'égard de l'usage d'une méthode de contraception ou d'interruption de grossesse. L'indice plus faible de participation sociale, économique et politique des femmes dans les sociétés paysannes contribue à appuyer l'hypothèse voulant que les femmes se consacrent davantage aux sphères domestique et familiale.

Quant aux usages des méthodes contraceptives, méthodes modernes ou toutes méthodes confondues, chez les femmes de 15 à 49 ans, ils suivent le gradient de développement humain, augmentant au fur et à mesure que les sociétés se modernisent et que les besoins en planification des naissances sont comblés. Les préférences contraceptives divergent cependant en fonction des types de sociétés. Ainsi, le préservatif et la pilule sont les plus fréquemment employés dans les sociétés postindustrielles, ce qui s'expliquerait par l'accès facilité à ces méthodes et à une plus grande autonomie dans les choix contraceptifs que permettent aussi des ressources financières plus grandes, alors que le recours à la pilule est plus faible dans les sociétés paysannes et industrielles. Cette plus faible utilisation du préservatif et de la pilule pourrait s'expliquer, dans les sociétés

paysannes, par des représentations sociales liées aux contraceptifs oraux qui sont perçus, en Afrique par exemple, comme des médicaments ou des substances contre nature et étrangères au corps, associés à la maladie et à l'avortement ou encore dont les effets secondaires pourraient entraîner la stérilité et la ménopause (Mbambi, 2005 ; Jobin, 2008 ; Guillaume, 2004). Des représentations de l'usage des contraceptifs comme étant le signe d'une vie sexuelle problématique (vie de débauche, sexualité pré-conjugale ou extraconjugale) tendent aussi à dissuader les jeunes femmes de recourir aux contraceptifs oraux⁹. L'usage des préservatifs se heurte aussi à plusieurs obstacles, tels que des interférences avec le plaisir érotique, des enjeux interpersonnels liés à la négociation de leur utilisation, leur coût, les croyances entourant leur inefficacité, leurs liens présumés avec le VIH/sida, etc. (Deniaud, 1995).

Les injections et les implants sont toutefois plus fréquents dans les sociétés paysannes, ce qui s'expliquerait par le contrôle plus étroit qui peut être ainsi exercé sur le suivi contraceptif, mais ils ne sont pas toujours populaires. Ainsi, les implants, en Afrique notamment (Kabore, 2004), sont déconsidérés pour leur coût et à cause des représentations sociales qui en découragent l'usage (disparition des implants dans le corps, effets secondaires et répercussions de l'absence des règles sur la santé), des obstacles sans doute également présents dans le cas des injections contraceptives. La rareté de telles méthodes dans les sociétés postindustrielles pourrait s'expliquer par la disponibilité plus grande de méthodes alternatives que les femmes maîtrisent davantage.

Les méthodes irréversibles sont nettement moins employées dans les sociétés paysannes, ce qui peut s'expliquer par l'importance que beaucoup de ces sociétés, plus traditionalistes, accordent à la maternité et à la reproduction. Le recours à ce type de contraception dépendrait de plusieurs facteurs sociodémographiques (âge, éducation, lieu de résidence) et de

9. De telles représentations négatives ne sont pas absentes des sociétés industrielles ou postindustrielles. Par exemple, selon des études sur les connaissances et les opinions sur la contraception en France (Dossier de presse, 2007, p. 6), « près d'un quart (22 %) des Français et 34 % des jeunes de 15-20 ans interviewés pensent que la pilule peut rendre stérile (22 %) et fait systématiquement grossir (24 %). 50 % des Français croient que l'on ne peut pas utiliser de stérilet si on n'a pas eu d'enfant ». Mais de telles croyances pourraient y être moins répandues et contrebalancées par un accès plus grand aux ressources médicales et aux informations scientifiques les concernant. Il s'agirait, plutôt que d'une présence ou d'une absence qui distingueraient des types de sociétés, d'une pondération distincte attribuée aux différentes représentations socialement disponibles.

l'atteinte du nombre voulu d'enfants, variable selon les pays comme le montrent des exemples latino-américains (Leite, Gupta et Rodrigues, 2004), de même que de l'accès à des services de santé qui offrent ce type d'intervention (D'Antona, Chelekis, D'Antona et Siqueira, 2009). L'Inde, où la stérilisation féminine est très élevée, avec des variations selon les États, semble faire exception à cette tendance. Plusieurs facteurs semblent jouer, dans ce cas, à la fois sur le plan macrosocial, où les politiques gouvernementales ont privilégié cette approche, et sur le plan microsociale, où des raisons socioculturelles liées au cycle de vie féminin interviennent. Ainsi, le recours à la stérilisation serait un moyen d'accélérer l'atteinte du statut de « femme *senior* » qui donne des avantages en matière de respect et de liberté ainsi qu'en matière de contrôle des finances domestiques (Säävälä, 1999). Dans le cas de la Chine, où la stérilisation est aussi répandue, les femmes sont les cibles principales visées par les politiques démographiques chinoises (Attané, 2002, 2005).

De façon transnationale, dans les pays agraires, les hommes sont souvent réfractaires à la vasectomie en raison des représentations sociales de la masculinité et de la peur de perdre leur virilité ou de devenir impuissants, mais aussi à cause du manque d'informations et de l'accès difficile à cette technique contraceptive. On observe toutefois des transformations dans les représentations et les attitudes. Le souci pour la santé de l'épouse et le désir de partager la responsabilité contraceptive pourraient expliquer le recours à la stérilisation masculine dans des pays en voie de développement (Landry et Ward, 1997), tout comme dans les sociétés postindustrielles (Desjeux, 2009). Par contre, la contraception masculine médicalisée, de type hormonal, se heurte à plusieurs obstacles liés à des représentations sociales négatives de ce type d'intervention construite comme une atteinte à un ordre naturel, social, à l'intégrité corporelle et à la virilité. Les craintes renvoient aussi aux effets secondaires, à la féminisation du corps masculin, à la remise en question du plaisir lié à l'éjaculation, du statut social supérieur de l'homme et de son pouvoir de reproduction (Kalampalikis et Buschini, 2007).

Le recours à l'interruption volontaire de grossesse, une méthode peu répandue, est moins fréquent dans les sociétés paysannes et postindustrielles que dans les sociétés industrielles, ce qui peut s'expliquer, dans les sociétés paysannes, par les normes légales et sociales opposées à l'avortement, par l'état problématique des services de santé ou par le fait que le désir d'enfant ne soit pas lié à un nombre donné d'enfants. Dans les sociétés postindustrielles, la disponibilité et l'accessibilité d'une

panoplie de méthodes contraceptives, y compris d'urgence, rendraient moins nécessaire l'interruption volontaire de la grossesse, qui y reste cependant plus acceptable que dans les autres types de sociétés, comme le laissent à penser les attitudes à son égard.

CONCLUSION

Ce survol de la situation de la contraception sur un plan trans-sociétal met en relief la diversité des configurations touchant le recours aux méthodes contraceptives et aux attitudes entourant leur usage. Celui-ci, tout comme le niveau de connaissances, semble être tributaire du niveau de développement humain et de l'atteinte de l'égalité des genres. Ces deux dimensions, intimement liées, contribuent à l'amélioration de l'accès aux contraceptifs et à leur diversification. Si les méthodes privilégiées dépendent en partie de conditions nationales, de représentations sociales et de décisions personnelles et interpersonnelles, ces caractéristiques demandent à être mieux cernées pour les différents pays par des études régionales plus précises. De telles études permettraient de mieux comprendre les processus de la modernisation contraceptive et les obstacles auxquels celle-ci se heurte sur les plans politique et socioculturel. L'amélioration de la collecte des données internationales et de leur précision aiderait aussi à raffiner les modèles susceptibles d'expliquer les variations internationales et contribuerait ainsi à définir des stratégies d'intervention plus adaptées.

BIBLIOGRAPHIE

- Attane, I. (2005). *Une Chine sans femmes ?* Paris, Éditions Perrin.
- Attane, I. (dir.) (2002). *La Chine au seuil du XXI^e siècle. Questions de population, questions de société*, Paris, INED, coll. «Les Cahiers de l'INED», n° 148.
- CLADEM (2006). *Legislative Advances 10 Years after Cairo*. Ford Foundation, Latin American and Caribbean Committee for the Defense of Women's Rights (CLADEM).
- D'Antona, A. de O., J.A. Chelekis, M.F. D'Antona et A.D. Siqueira (2009). «Contraceptive discontinuation and non-use in Santarém, Brazilian Amazon», *Cadernos de Saude Publica, Rio de Janeiro*, vol. 25, n° 9, p. 2021-2032.
- Deniaud, F. (1995). «Jeunes et préservatifs à Abidjan. Une recherche d'ethno-prévention du sida et MTS», dans Actes de l'atelier GIDIS-CI-ORSTOM, *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien, Bingerville (Côte d'Ivoire)*, 15-17 mars 1993. Paris, Éditions ORSTOM, p. 89-108.

- Desjeux, C. (2009). « Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine », *Autrepart*, n° 52, p. 49-63.
- Dossier de presse (2007). *Contraception : que savent les Français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux*, Paris, INPES. <<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf>>. Consulté le 20 mars 2011.
- Ferry, B. et A. Gautier (2004). « Santé et droits de la reproduction. Les pays du Sud, dix ans après la conférence du Caire », dans *La situation dans les pays du Sud : synthèse et ensemble des contributions de chercheurs des institutions de recherches partenaires*, Commission de la population et du développement de l'ONU : population et développement, Le Caire + 10, New York, 22-26 mars 2004, p. 5-15.
- Finger, W. (1998). « Que faire pour attirer les hommes à la vasectomie ? », *Network*, vol. 18, n° 3. <http://www.reproline.jhu.edu/french/6read/6issues/network/v18-3/nt183-8.htm>. Consulté le 15 août 2010.
- Gautier, A. (2004). « De la planification familiale à la santé de la reproduction : l'évolution des programmes dix ans après les accords du Caire », dans B. Ferry, A. Gautier, O. Samuel, V. Golaz et P. Hamelin (dir.), *La situation dans les pays du Sud : synthèse et ensemble des contributions de chercheurs des institutions de recherches partenaires*, New York, CEPED et ONU, p. 33-49.
- Gautier, A. (2007). « L'information sur les méthodes contraceptives dix ans après le programme d'action du Caire », dans A. Adjamagbo, P. Msellati et P. Vimard (dir.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, p. 41-74.
- Guillaume, A. (2000). *L'avortement en Afrique : mode de contrôle des naissances et problème de santé publique*, Paris, CEPED, coll. « La chronique du Ceped » n° 37, avril-juin.
- Guillaume, A. (2004). *L'avortement provoqué en Afrique : un problème mal connu, lourd de conséquences*. Série Santé de la reproduction, fécondité et développement. Laboratoire Population-Environnement-Développement. Document de recherche n° 7, p. 1-24.
- Guttmacher Institute (2009a). *Facts on Abortion and Unintended Pregnancy in Latin America and the Caribbean*. In Brief, New York, Guttmacher Institute.
- Guttmacher Institute (2009b). *Facts on Abortion and Unintended Pregnancy in Asia*. In Brief, New York, Guttmacher Institute.
- Guttmacher Institute (2010). *Les faits sur la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans le monde en développement*, New York, Guttmacher Institute.
- Hausmann, R., L.D. Tyson et S. Zahidi (2009). *The Global Gender Gap Report 2009*. Genève, World Economic Forum.
- Inglehart, R.F. et C. Welzel (2005). *Modernization, Cultural Change, and Democracy: The Human Development Sequence*, New York, Cambridge University Press.

- Jobin, F. (2008). *Discours, pratiques et représentations autour de la contraception médicalisée au Bénin: regard anthropologique sur la fréquentation d'une clinique privée à Abomey*. Mémoire de diplôme universitaire, Université de Neuchâtel. <<http://doc.rero.ch/record/10681?ln=fr>>. Consulté le 15 août 2010.
- Kabore, A. (2004). *Les abandons des implants contraceptifs au Levonorgestrel Norplant au CSPS de Wemtenga, District sanitaire du secteur 30 Ouagadougou au Burkina Faso*. <<http://www.memoireonline.com/12/07/756/abandons-implants-contraceptifs-norplant-csps-wemtenga-ouagadougou.html>>. Consulté le 15 août 2010.
- Kalampalikis, N. et F. Buschini (2007). «La contraception masculine médicalisée: enjeux psychosociaux et craintes imaginaires», *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 4, p. 90-104.
- Landry, E. et V. Ward (1997). «Perspectives from couples on the vasectomy decision: a six-country study», dans T.K.S. Ravindran, M. Berer et J. Cottingham (dir.), *Beyond Acceptability: Users' Perspectives on Contraception*, Londres, Reproductive Health Matters, p. 58-67.
- Leite, I.C., N. Gupta et R.N. Rodrigues (2004). «Female sterilisation in Latin America: Cross-national perspectives», *Journal of Biosocial Science* 2004, vol. 36, n° 6, p. 683-698.
- Lututala, M. (1992). *Évaluation des études sur la fécondité des adolescentes en Afrique financées par le CRDI*. <<http://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/9935/1/90991.pdf>>. Consulté le 15 août 2010.
- Mbambi, J. (2005). *Expériences féminines à Brazzaville: fécondité, identité sexuelle et modernité en Afrique subsaharienne*, Paris, L'Harmattan.
- Nations Unies (1995). *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994*, New York, ONU.
- Nations Unies (1996). *Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes. Beijing, 4-15 septembre 1995*, New York, ONU.
- Norris, P. et R. Inglehart (2004). *Sacred and Secular: Religion and Politics Worldwide*, New York, Cambridge University Press.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2010). *Statistiques sanitaires mondiales*, <<http://www.who.int/whosis/whostat/2010/fr/index.html>>. Consulté le 6 août 2010.
- Programme des Nations Unies pour le développement (2009). *Rapport mondial sur le développement humain 2009. Lever les barrières: mobilité et développement humains*, New York: Nations Unies.
- Säävälä, M. (1999). «Understanding the prevalence of female sterilization in rural south India», *Studies in Family Planning*, vol. 30, n° 4, p. 288-301.
- Singh, S., D. Wulf, R. Hussain, A. Bankole et G. Sedgh (2009). *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, New York, Guttmacher Institute.
- World Values Survey Association (2009). *World Values Survey 1981-2008 Official Aggregate*. <www.worldvaluessurvey.org>. Fournisseur du fichier agrégé: ASEP/JDS, Madrid.

LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE EN FRANCE

Prévalence, méthodes utilisées et implications

Arnaud RÉGNIER-LOILIER

Répondant à une forte demande, largement appuyée par les mouvements féministes, la contraception a été légalisée en France à la fin des années 1960 (loi Neuwirth, 1967). Les méthodes de contraception dites modernes se sont alors très largement répandues et, dès les années 1990, « la protection contraceptive est presque totale : de 97 % en moyenne, elle est maximale chez les jeunes et de l'ordre de 95 % à partir de 40 ans » (Guibert-Lantoinne et Leridon, 1998). Si quelques aménagements législatifs ont été apportés depuis, dont l'adoption de la loi relative à la contraception d'urgence (octobre 2000), la prévalence contraceptive n'a pour ainsi dire pas évolué.

En matière de méthodes, la situation française est singulière, caractérisée par un recours très important à une contraception dite médicale (pilule et stérilet) et à un usage marginal de la stérilisation, méthode la plus utilisée dans le monde (Pison, 2009). Malgré un recours massif à des méthodes dont l'efficacité théorique est très élevée, les grossesses non

L'enquête Étude des relations familiales et intergénérationnelles 2005-2008 (Erfi-GGS)

L'enquête Erfi est la déclinaison française du programme international d'enquêtes *Generations and Gender Survey* coordonné initialement par la Population Activities Unit de l'ONU et aujourd'hui par le Nidi (<<http://www.ggp-i.org/>>). Réalisée en France par l'Ined et l'Insee une première fois à la fin de 2005 auprès de 10 079 femmes et hommes âgés de 18 à 79 ans, cette enquête a été reconduite trois ans plus tard auprès des mêmes personnes (6 534 répondants en 2008, en raison de l'attrition : voir Régnier-Loilier, 2010). Une troisième et dernière vague est programmée pour la fin de 2011 (<www-erfi.ined.fr>).

Parmi les nombreuses thématiques abordées par le questionnaire, une partie portait sur la fécondité (intentions, contraception, difficultés à avoir un enfant, etc.). Celle-ci ne s'adressait qu'aux femmes et aux hommes de moins de 50 ans, qu'ils vivent seuls ou non, ou aux hommes en couple (cohabitant ou non) avec une conjointe ou partenaire de moins de 50 ans.

Les questions utilisées dans ce chapitre sont plus spécifiquement les suivantes : « Vous-même ou votre conjoint utilisez-vous actuellement un des moyens contraceptifs suivants : préservatif, pilule, dispositif intra-utérin (stérilet), diaphragme/cape cervicale, gel/crème/ovules/tampons spermicides, injection (par exemple Depo-Provera), implants (par exemple Norplant), analyse du cycle (par exemple Persona), pilule du lendemain, retrait, abstinence périodique, autre ? » Pour chacune des méthodes citées, le répondant devait indiquer s'il utilisait cette méthode a) pour éviter d'avoir un enfant, b) pour une autre raison c) ou non.

La stérilisation contraceptive ne figurait pas dans la liste. Deux questions permettaient néanmoins de l'estimer approximativement : « Certaines personnes ne peuvent pas avoir d'enfants. À votre connaissance, vous-même, pouvez-vous avoir un (autre) enfant ? (Non, Non, probablement pas, Oui, mais c'est déconseillé pour votre santé, Oui probablement et Oui). » Si la réponse était *Non* ou *Non, probablement pas*, on demandait : « Avez-vous subi une opération qui vous empêche d'avoir des enfants, ou été stérilisé(e) ? » Les deux mêmes questions étaient posées à propos du conjoint. Néanmoins, les informations recueillies dans l'enquête ne permettent pas de déterminer si cette opération était ou non à but contraceptif.

Afin de mesurer le degré de planification des naissances survenues entre 2005 et 2008, une question avait été ajoutée dans la version française de l'enquête : « Vous m'avez dit que vous avez eu *n* enfants depuis 2005. Pouvez-vous me préciser (pour chacun d'eux) si vous souhaitez qu'il(s) naisse(nt) : à ce moment-là de votre vie de couple, plus tard, pas du tout, plus tôt, vous n'y pensiez pas ? »

prévues restent très nombreuses (de l'ordre d'une sur trois) et donnent lieu dans 60% des cas à une IVG (Bajos *et al.*, 2004). Ce « paradoxe » met l'accent sur une efficacité bien plus faible en pratique, pour diverses raisons : inadéquation entre la méthode prescrite par les médecins et les situations conjugale, sexuelle, professionnelle, etc., des femmes, mais aussi difficultés de prendre de manière rigoureuse la pilule sur une longue période¹. Cette prise de conscience, encore timide, a conduit l'Agence

1. Un calcul rapide montre que la prise de la pilule sur l'ensemble de la vie féconde (17-50 ans) représente une gestion quotidienne de plus de 8 000 comprimés, lesquels doivent être absorbés trois semaines sur quatre sans aucun oubli, sans épisode de vomissement ou de diarrhée, sans décalage horaire, etc. (Aubin et Jourdain Menninger, 2009).

nationale d'accréditation et d'évaluation en santé à recommander en 2004 une meilleure prise en compte des conditions et du parcours de vie des femmes dans la prescription des méthodes.

L'objectif de ce chapitre est modeste. Il n'est pas question de s'intéresser à l'efficacité pratique ou théorique de telle méthode, ni de rechercher les raisons des échecs². Nous nous proposons simplement de faire le point sur la situation contraceptive en France en 2005, du point de vue de la prévalence et des méthodes utilisées à partir de l'enquête Erfi-GGS (voir l'encadré).

Nous chercherons à mettre en avant les caractéristiques des personnes sujettes à ne recourir à aucune protection contraceptive (première partie) ou à utiliser telle méthode plutôt que telle autre au cours du cycle de vie féconde (deuxième partie). Enfin, en nous appuyant sur les données longitudinales de l'enquête Erfi (2005-2008), nous mettrons en regard la situation contraceptive déclarée en 2005 avec le degré de planification des naissances survenues entre les deux vagues d'enquête.

1. LA COUVERTURE CONTRACEPTIVE ET LES MÉTHODES UTILISÉES EN FRANCE

1.1. UNE PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE ÉLEVÉE ET STABLE

Bien que les données de l'enquête Erfi ne soient pas directement comparables à d'autres sources plus anciennes³, les résultats sont très proches de ceux obtenus dix ans auparavant (voir le tableau 2.1). Ainsi, 65 % des personnes interrogées utilisent une méthode contraceptive et, lorsque ce n'est pas le cas, la situation des personnes (attendant un enfant ou cherchant à en avoir un, ne pouvant plus avoir d'enfants ou n'ayant ni conjoint, ni relation amoureuse stable) ne les expose pas au risque d'une grossesse

2. De nombreux travaux ont été réalisés par l'Inserm et l'Ined à la suite de l'enquête Cocon (Cohorte contraceptive) conduite entre 2000 et 2004. <<http://www.profa.ch/cms/documents/PF-synthesecocon2008.pdf>>.

3. L'enquête sur les situations familiales et l'emploi (Ined-Insee) de 1994 comportait notamment un ensemble de relances afin de « capter » d'éventuelles pratiques contraceptives pas forcément considérées comme telles par les répondants. Par exemple, pour les personnes déclarant ne pas avoir employé de méthode au cours du dernier mois, on leur demandait « Ni vous, ni votre conjoint, ne prenez aucune précaution ? », puis « Évitez-vous d'avoir des rapports sexuels au milieu de votre cycle ? ».

non désirée, sauf pour 8 % d'entre elles. Cette proportion est légèrement plus élevée que celle enregistrée par le baromètre santé de l'Inpes en 2005 (5 %) et vraisemblablement surestimée en raison d'un questionnaire différent sur lequel il conviendrait de s'attarder⁴.

Tableau 2.1
Prévalence contraceptive, par sexe (%)

	Hommes	Femmes	Ensemble	Effectifs
UTILISE UNE MÉTHODE, dont:	62,8	67,2	65,0	–
– à but contraceptif	55,9	61,2	58,5	3445
– pour une autre raison	7,0	6,0	6,5	415
N'UTILISE AUCUNE MÉTHODE, dont:	37,2	32,8	35,0	
– enceinte	3,8	3,7	3,7	190
– cherche à avoir un enfant	4,9	4,6	4,8	247
– ne peut plus avoir d'enfants	5,9	8,6	7,2	405
– pas en couple (cohabitant ou non)	13,2	9,3	11,3	687
– autres raisons	9,5	6,7	8,1	406
ENSEMBLE	100,0	100,0	100,0	5795

Champ : Personnes en âge d'avoir des enfants.

Lire ainsi : En 2005, 65 % des personnes utilisent une méthode contraceptive (dont 58,5 % à but contraceptif et 6,5 % pour une autre raison) et 35 % n'utilisent aucune méthode, soit parce que la personne n'est pas exposée au risque d'une grossesse non désirée (femme enceinte, cherchant à le devenir, couple ne pouvant plus en avoir, personne non en couple), soit pour une autre raison (donc exposées au risque).

Source : Données tirées de l'enquête Erfi-GGS1, Ined-Insee, 2005.

Au-delà de la prévalence d'ensemble, on enregistre une légère différence selon le sexe de la personne interrogée. Les hommes déclarent moins fréquemment utiliser une contraception (63 % contre 67 % des femmes), principalement parce qu'ils sont plus souvent seuls (13 % n'ont ni conjoint cohabitant ni relation amoureuse stable, contre 9 % des femmes), mais aussi un peu plus souvent « non protégés » que les femmes (10 %

4. Mais l'objet de ce chapitre est autre. Signalons simplement, à titre d'exemple, que l'on ne dispose pas dans l'enquête Erfi d'information relative à l'activité sexuelle des personnes.

contre 7 %)⁵. En revanche, les résultats sont très proches dès lors que l'on se limite aux personnes vivant en couple (champ que l'on retient pour la suite de l'étude).

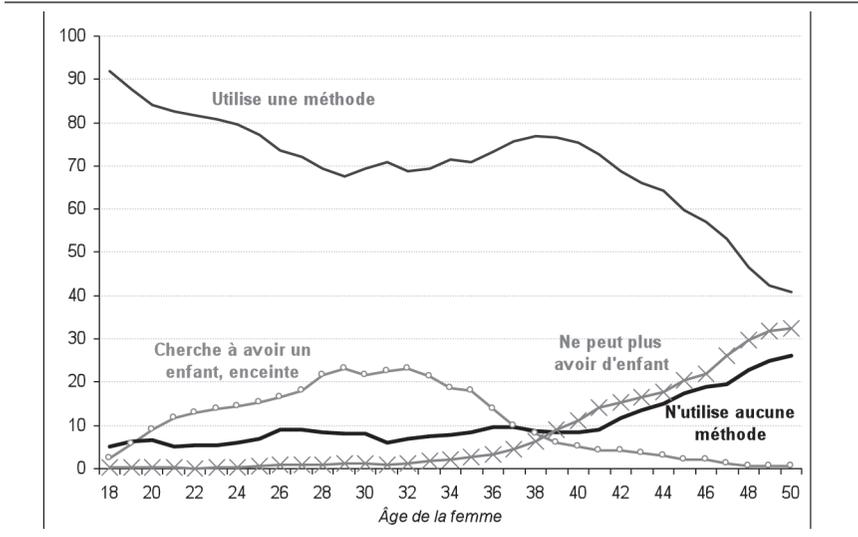
La proportion de couples ayant recours à une méthode de contraception selon l'âge de la femme varie fortement, retraçant différentes séquences du cycle de vie (voir la figure 2.1). Aux jeunes âges (avant 20 ans), le taux d'utilisation de la contraception est de l'ordre de 90 %, quelques-uns attendant ou cherchant à avoir un enfant. Au final, environ 5 % des couples sont alors non protégés face au risque de grossesses non désirées. Le taux d'utilisation diminue ensuite progressivement, puis stagne autour de 70 % entre 28 et 35 ans, traduisant non pas une moindre protection contraceptive, mais la construction progressive de la famille. L'âge moyen à la maternité se situe en effet autour de 30 ans (tous rangs confondus), l'âge à la première maternité étant d'environ 28 ans (Pla et Beaumel, 2009).

Au-delà de 40 ans, le taux de couverture contraceptive décline, atteignant 40 % lorsque la femme est âgée de 50 ans. La proportion de couples attendant un enfant ou cherchant à en avoir un devient alors négligeable. Si, avec l'âge, la part de couples déclarant ne plus pouvoir avoir d'enfants augmente (catégorie incluant la stérilisation contraceptive), celle des couples ne se protégeant plus du risque de grossesse croît également considérablement et atteint 26 % à 50 ans. Il s'agit pourtant de couples dont les deux partenaires s'estiment encore en mesure d'avoir un enfant.

La fertilité décline fortement avec l'âge (Leridon, 2008), et ces couples estiment peut-être que le risque de grossesse devient marginal. Pourtant, le relâchement de la vigilance contraceptive se traduit dans les faits par une très nette progression avec l'âge de la proportion de conceptions interrompues volontairement, laquelle atteint 60 % à 45 ans contre un peu plus de 10 % à 30 ans (Rossier, Toulemon et Prioux, 2009).

5. Cet écart, concordant avec l'enquête de 1994, tient en grande partie aux déclarations d'usage de la contraception des personnes seules, qui diffèrent selon le sexe. Par exemple, si une femme est seule et qu'elle utilise la pilule, elle se déclarera comme « utilisatrice », même si elle n'a aucun rapport sexuel. En outre, les hommes s'en remettent largement à la contraception de leur compagne ou partenaire et peuvent dans certains cas ne pas avoir déclaré être utilisateurs.

Figure 2.1
Prévalence contraceptive selon l'âge de la femme (%)



Champ: Personnes en couple, en âge d'avoir des enfants.

Lire ainsi: Parmi les couples dont la femme est âgée de 30 ans, 69% utilisent une contraception, 21% cherchent à avoir un enfant ou la femme est enceinte, 1% déclarent ne pas pouvoir avoir d'enfants et 8% n'utilisent aucune méthode.

Note: Moyennes mobiles d'ordre 5 ans, centrées.

Source: Données tirées de l'enquête Erfi-GGS1, Ined-Insee, 2005.

1.2. LES FACTEURS ASSOCIÉS À L'EXPOSITION AU RISQUE D'UNE GROSSESSE NON DÉSIRÉE

Si l'âge apparaît comme un critère déterminant dans l'exposition au risque d'une grossesse non désirée, d'autres facteurs socioculturels peuvent également entrer en ligne de compte. Dans un contexte où la norme de la famille à deux ou trois enfants est très présente (Régnier-Loilier et Solaz, 2010), on peut penser à un resserrement de la pratique contraceptive une fois le nombre d'enfants désirés mis au monde. Les intentions de fécondité peuvent également influencer sur les comportements contraceptifs: les couples indécis peuvent être moins rigoureux, tandis que ceux ne souhaitant plus du tout d'enfants tendront à renforcer leur pratique préventive. On peut également supposer un effet de la nationalité des conjoints ou de la religion, laquelle influe sur les comportements familiaux et notamment sur la taille

de la descendance (Régnier-Loilier et Prioux, 2009). Enfin, l'appartenance sociale peut conduire à des pratiques différentes, qu'il s'agisse des méthodes utilisées (Leridon *et al.*, 2002) ou de l'absence de protection contraceptive.

Afin de mettre en évidence les caractéristiques les plus déterminantes de l'absence de recours à la contraception tout en gommant les éventuels effets de structure (la religion et la nationalité ne sont, par exemple, pas indépendantes), une modélisation a été mise en place (voir le tableau 2.2). La probabilité estimée d'être exposé au risque d'une grossesse non désirée est de 8 % pour la « personne de référence⁶ » ; elle atteint 12 % si le répondant est un homme réunissant par ailleurs les mêmes caractéristiques. Outre l'effet de l'âge, qui s'avère être le plus déterminant, le niveau social (approché par le diplôme de la femme et le revenu mensuel du ménage) joue également : les moins diplômés et ceux ayant un bas revenu sont plus exposés. Les couples ayant deux ou trois enfants et ceux qui ne souhaitent plus d'enfants ont pour leur part une moindre probabilité de rester sans protection contraceptive. Enfin, les facteurs d'ordre culturel (religion et nationalité) ont également un effet significatif : les couples dont au moins l'un des conjoints est étranger, de même que les couples de religion protestante ou « autres » (que catholique ou musulmane)⁷, recourent moins fréquemment à la pratique contraceptive, toutes choses égales par ailleurs.

Tableau 2.2

**Facteurs associés au risque de grossesse non désirée
(régression logistique, coefficients β et probabilités estimées)**

		Paramètres estimés	Probabilités estimées (%)	Seuil de significativité
Constante		-2,39	8,4	***
SEXE DU RÉPONDANT	Femme	0,00	8,4	réf.
	Homme	0,42	12,3	***
NOMBRE D'ENFANTS	0	0,00	8,4	réf.
	1	0,03	8,6	-
	2	-0,79	4,0	***
	3 ou plus	-0,55	5,0	**

6. Femme sans enfant, titulaire d'un baccalauréat, âgée de 17 à 24 ans, sans religion, ayant l'intention d'avoir un enfant dans les trois prochaines années, vivant dans un ménage aux revenus mensuels compris entre 2 000 \$ et 2 999 \$, et dont les deux conjoints sont de nationalité française.

7. Il est à noter que l'on prend ici en compte la religion du répondant, celle du conjoint n'étant pas connue.

Tableau 2.2. (suite)

**Facteurs associés au risque de grossesse non désirée
(régression logistique, coefficients β et probabilités estimées)**

DIPLÔME DE LA FEMME	< Bac	0,34	11,4	*
	Bac	0,00	8,4	réf.
	Bac + 2	-0,22	6,9	-
	Diplôme sup.	-0,23	6,8	-
ÂGE DE LA FEMME	17-24	0,00	8,4	réf.
	25-29	0,56	13,8	*
	30-34	0,74	16,2	**
	35-39	1,01	20,2	***
	40-44	1,42	27,4	***
	45-49	2,35	49,0	***
RELIGION DU RÉPONDANT	Aucune	0,00	8,4	réf.
	Catholique	0,29	10,9	-
	Protestante	0,44	12,5	-
	Musulmane	0,71	15,7	**
	Autre	0,86	17,9	***
INTENTION DE FÉCONDITÉ	Plus d'enfants	-1,38	2,3	***
	Peut-être plus tard	-1,01	3,2	***
	Oui, dans les 3 ans	0,00	8,4	réf.
	Ne sait pas	-0,67	4,5	-
REVENU MENSUEL DU MÉNAGE	< 1000	0,95	19,1	***
	1000-1999	0,49	13,0	***
	2000-2999	0,00	8,4	réf.
	3000-4999	0,06	8,9	-
	5000 et +	0,14	9,5	-
NATIONALITÉ DES CONJOINTS	Tous deux Français	0,00	8,4	réf.
	Autres	0,56	13,9	***
EFFECTIFS	Utilise	2315	87,6	
	N'utilise pas	329	12,4	

Champ: Personnes en couple cohabitant, hors couples cherchant à concevoir, dont la femme est enceinte ou ne pouvant plus avoir d'enfants.

Légende: réf.: situation de référence; -: facteur non significatif; *: significatif au seuil de 10%; **: 5%; ***: 1%.

Lire ainsi: Un coefficient positif (resp. négatif) et statistiquement significatif signifie que l'on est en présence d'un facteur qui accroît (resp. diminue) la probabilité de ne pas utiliser de contraception comparativement à la situation de référence, toutes choses égales par ailleurs.

Source: Données tirées de l'enquête Erfi-GGS1, Ined-Insee, 2005.

1.3. LA PILULE ET LE STÉRILET : LES MÉTHODES LES PLUS UTILISÉES EN FRANCE

Plus encore que pour la prévalence contraceptive (voir plus haut), la méthode décrite est étroitement liée au sexe du répondant dès lors que la personne ne vit pas en couple (personne seule ou en relation amoureuse stable non cohabitante). Les hommes n'ayant pas de partenaire et ayant recours à la contraception déclarent fréquemment utiliser le préservatif, tandis que les femmes indiquent comme principale méthode la pilule ou le stérilet⁸. En outre, les personnes vivant seules, qu'elles aient ou non un conjoint non cohabitant, associent plus souvent plusieurs méthodes simultanément (20 %) que les personnes en couple cohabitant (5 %), le préservatif étant alors utilisé à de fins de prévention des maladies sexuellement transmissibles (usage fréquent en début de relation). Nous nous limiterons donc pour l'exposé des méthodes utilisées au cas des couples cohabitants. Dans les cas, marginaux, où plusieurs méthodes sont indiquées, la principale méthode est déterminée selon la hiérarchie suivante : pilule, stérilet, préservatif, abstinence, autres. À noter que la stérilisation peut ne pas avoir été à but contraceptif, l'information disponible dans l'enquête ne permettant pas de faire la distinction⁹ (ce qui conduit à surestimer le recours à cette méthode). En France, la contraception est et reste avant tout médicale et féminine (voir la figure 2.2).

La pilule est la méthode la plus utilisée (55 %), devant le stérilet (25 %). L'usage du préservatif, en tant que principale méthode, ne représente que 8 %, la stérilisation 7 % (en gardant à l'idée que l'on surestime sans doute ici cette proportion¹⁰), le recours aux autres méthodes (abstinence périodique, retrait, implant contraceptif ou injection, etc.) étant marginal. Ces proportions, bien que légèrement différentes de celles obtenues par le baromètre santé en 2005 (Aubin et Jourdain Menninger, 2009), ne montrent pas une franche évolution depuis une dizaine d'années (Guibert-Lantoine et Leridon, 1998).

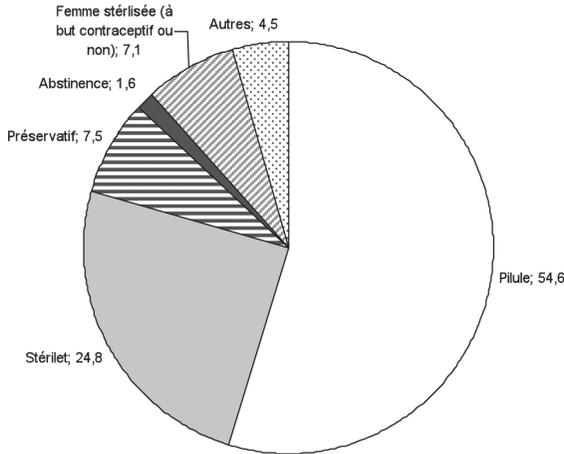
8. Résultat non présenté, car concordant avec ceux décrits par Catherine de Guibert-Lantoine et Henri Leridon (1998).

9. Rappel de la question : « Certaines personnes ne peuvent pas avoir d'enfant. À votre connaissance, vous-même, pouvez-vous avoir un (autre) enfant ? », puis si non « Avez-vous subi une opération qui vous empêche d'avoir des enfants, ou été stérilisé(e) ? », sans précision sur le fait de savoir si cette opération était à but contraceptif.

10. La stérilisation tubaire ne représente que 2 % des 15-49 ans d'après le baromètre santé de l'Inpes (Aubin et Jourdain Menninger, 2009), même si une petite partie de la différence tient au champ retenu dans l'enquête Erfi (18-50 ans).

Figure 2.2

Principale méthode de contraception utilisée en 2005 (%)



Champ : Couples cohabitant utilisant une méthode ou ayant subi une opération empêchant d'avoir des enfants.

Note : En cas de réponse multiple, la méthode principale est déterminée par la hiérarchie suivante : pilule, stérilet, préservatif, abstinence.

Source : Données tirées de l'enquête Erfi-GGS1, Ined-Insee, 2005.

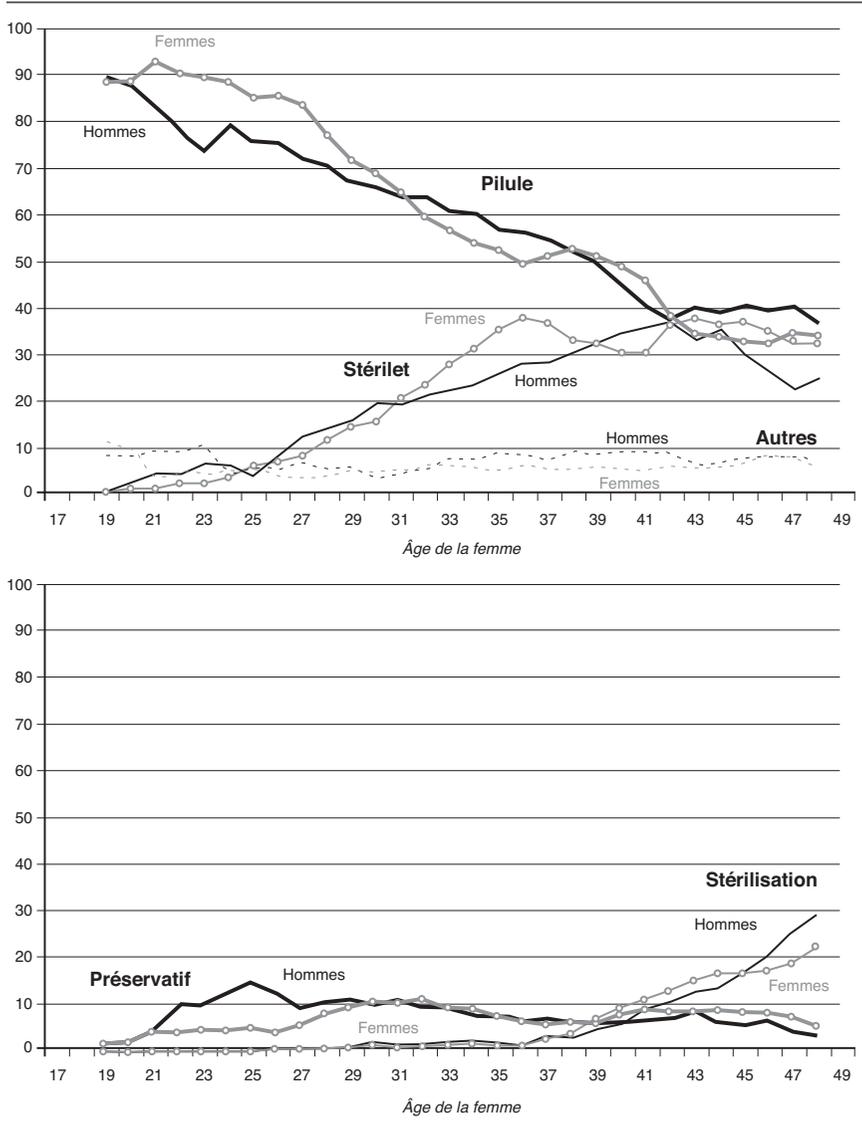
Le « choix » de la contraception varie cependant fortement selon le cycle de vie et reste très largement empreint d'une norme contraceptive « à la française », dont il semble difficile de se défaire. Pourtant, malgré l'efficacité théorique presque « maximale » des méthodes majoritairement utilisées en France (pilule et stérilet), l'efficacité « pratique » est bien moindre. Chaque année, si l'on tient compte du nombre d'interruptions volontaires de grossesse, c'est environ une conception sur trois qui n'est pas prévue (Régnier-Loilier et Leridon, 2007).

2. LES MÉTHODES CONTRACEPTIVES AU COURS DU CYCLE DE VIE

2.1. À CHAQUE ÂGE SA CONTRACEPTION

Si en moyenne un peu plus d'un couple sur deux utilise la pilule comme principale contraception, le taux d'utilisation varie fortement selon l'âge de la femme. Il atteint 90 % chez les plus jeunes (20 ans), mais décline progressivement avec l'âge pour se stabiliser autour de 40 % à partir de 40 ans (voir la figure 2.3).

Figure 2.3
Principale méthode de contraception selon l'âge (%)



Champ : Couples cohabitant utilisant une méthode ou ayant subi une opération empêchant d'avoir des enfants.

Note 1 : En cas de réponse multiple, la méthode principale est déterminée par la hiérarchie suivante : pilule, stérilet, préservatif, abstinence.

Note 2 : Moyennes mobiles d'ordre 5 ans, centrées.

Source : Données tirées de l'enquête Erfi-GGS1, Ined-Insee, 2005.

Le recours au stérilet suit la tendance inverse : il ne concerne pour ainsi dire personne en début de vie féconde, mais environ un couple sur trois l'utilise après 35 ans. Le taux d'utilisation du préservatif comme principale méthode ne dépasse pas les 10 % tout au long du cycle de vie et il en va de même pour les « autres » méthodes (retrait, abstinence, etc.). Enfin, la stérilisation contraceptive, principale méthode utilisée dans le monde (39 %) ¹¹, reste très marginalement utilisée en France, sans doute en raison de sa non-réversibilité. Elle ne concerne pour ainsi dire personne avant 35 ans, touche 10 % des couples à 41 ans et environ 20 % à 49 ans ¹².

Bien que les réponses des hommes et des femmes en couple cohabitant soient très cohérentes, quelques différences apparaissent selon l'âge de la femme. En premier lieu, avant 30 ans, les femmes déclarent plus souvent utiliser la pilule que ne le font les hommes, ceux-ci indiquant plus fréquemment le recours au préservatif comme principale méthode de contraception. Ainsi, à 25 ans, le taux d'utilisation de la pilule est de 85 % selon les femmes, mais seulement de 76 % d'après les hommes, tandis que le préservatif concerne 14 % des couples d'après les hommes mais seulement 5 % d'après les femmes. Si au-delà de 30 ans on ne note plus de différence selon le sexe concernant l'usage du préservatif, ce sont cette fois-ci les hommes qui déclarent plus souvent la pilule comme principale méthode (56 % contre 49 % d'après les femmes, à 36 ans) mais, à l'inverse, moins souvent l'usage du stérilet (28 % contre 38 %, respectivement). Ce même écart s'observe après 42 ans.

Ces différences de déclaration selon le sexe correspondent finalement à des périodes charnières durant la vie féconde. Aux jeunes âges, la plupart des couples se sont formés depuis peu et plusieurs méthodes peuvent alors être utilisées en association, le plus souvent la pilule et le préservatif. Dans ce cas, les hommes peuvent ne pas tous être informés que leur partenaire prend la pilule ¹³ et donc sous-déclarer cette pratique. Ils sont peut-être aussi plus nombreux à surestimer l'usage du préservatif en tant que

11. Notamment en Inde (75 %) et au Canada (61 %). Source : ONU, Division de la population, *World Contraception Use*, 2005.

12. Rappelons qu'il ne s'agit pas uniquement de la stérilisation à but contraceptif, l'enquête Erfi ne permettant pas de faire la distinction, ce qui tend probablement à surestimer cette pratique, y compris pour les âges plus élevés.

13. La double finalité potentielle du préservatif fait qu'il peut être plus facile pour la partenaire de proposer un préservatif en avançant l'argument contraceptif que dans une perspective uniquement préventive (Beltzer et Bajos, 2008).

contraceptif, alors qu'il peut être vécu avant tout par l'autre partenaire comme un moyen de prévention contre les maladies sexuellement transmissibles. Vers la trentaine, après la naissance des enfants, un changement de contraceptif survient, le stérilet remplaçant la pilule. Là aussi, on peut faire l'hypothèse que les hommes n'en sont pas tous informés, la contraception restant dans bien des cas «une affaire de femme».

2.2. LA PILULE AVANT LE PREMIER ENFANT, LE STÉRILET UNIQUEMENT POUR LES MÈRES : LA NORME CONTRACEPTIVE « À LA FRANÇAISE »

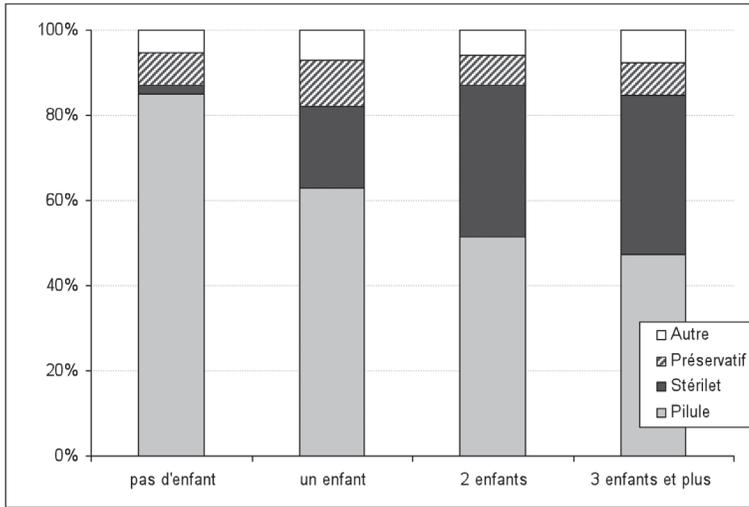
Le «choix» de la méthode contraceptive est très nettement dicté par des normes qui restent très prégnantes en France : lors des premières expériences, utilisation du préservatif, seul ou en association avec la pilule, recours à la pilule uniquement dès qu'une relation de couple stable s'installe, emploi du stérilet pour les femmes ayant déjà un ou des enfants. Ainsi, 85 % des femmes nullipares vivant en couple utilisent la pilule et 2 % le stérilet, puis, à mesure que la taille de la famille augmente, le stérilet supplante la pilule : les couples ayant un enfant continuent de recourir à la pilule dans 63 % des cas, le stérilet étant utilisé dans 19 % des cas ; à partir du troisième enfant, la pilule reste la méthode la plus utilisée (47 %), mais le stérilet concerne environ deux couples sur cinq (voir la figure 2.4).

L'idée selon laquelle l'utilisation du stérilet pouvait entraîner des infections et conduire à une stérilité a longtemps prévalu et reste très présente. Ainsi, patientes mais aussi médecins peinent à changer leurs habitudes même s'il est désormais admis que les risques sont limités (Aubin et Jourdain Menninger, 2009). Dans le même temps, les représentations liées à l'effet néfaste de la pilule prise à long terme incitent les femmes à opter pour une autre contraception, une fois qu'elles ont eu au moins un enfant (le plus souvent le stérilet, à la fois compte tenu de son efficacité et des contraintes moindres que cette méthode représente). Une fois le nombre d'enfants souhaités mis au monde, le recours à la stérilisation reste rare, sans doute en raison de son caractère non ou difficilement réversible.

Le choix de la méthode contraceptive s'appuie à la fois sur des considérations liées à l'histoire génésique et sur l'âge de la femme, mais d'autres facteurs peuvent également entrer en ligne de compte : milieu social et facteurs culturels notamment, comme cela a été mis en évidence au sujet de la prévalence contraceptive (voir plus haut). Afin de repérer les facteurs entrant en jeu dans l'utilisation de telle ou telle méthode, trois régressions

Figure 2.4

Principale méthode de contraception selon le nombre d'enfants (%)



Champ : Couples cohabitant utilisant une méthode ou ayant subi une opération empêchant d'avoir des enfants

Note : En cas de réponse multiple, la méthode principale est déterminée par la hiérarchie suivante : pilule, stérilet, préservatif, abstinence.

Source : Données tirées de l'enquête Erfi-GGS1, Ined-Insee, 2005.

logistiques ont été réalisées en prenant en compte les mêmes facteurs que ceux retenus précédemment (voir le tableau 2.2) : la première modélise la probabilité d'utiliser la pilule plutôt qu'une autre méthode, la seconde le stérilet, la troisième le préservatif (voir le tableau en annexe, p. 62).

L'effet de l'âge et du nombre d'enfants se retrouve quant à l'usage de la pilule et du stérilet : la probabilité d'utiliser la pilule décroît et celle de recourir au stérilet augmente à mesure que le nombre d'enfants et l'âge de la femme s'élèvent. Le recours à la pilule est également socialement déterminé, avec une pratique de « distinction » qui semble s'opérer : alors que les plus instruits avaient été précurseurs dans l'usage des méthodes hormonales avant que la pratique se généralise rapidement (Toulemon et Leridon, 1992), les femmes les plus instruites ont aujourd'hui une probabilité

plus faible d'utiliser la pilule et inversement pour les moins diplômées. En outre, on note une probabilité moindre de recourir à cette méthode pour les personnes de nationalité étrangère. Rappelons que la France se caractérise par une pratique contraceptive très spécifique et notamment un usage très fréquent de la pilule auquel les couples dont au moins l'un des conjoints est étranger n'adhèrent pas nécessairement.

Ces deux caractéristiques (niveau d'instruction de la femme et nationalité) n'ont en revanche pas d'effet statistiquement significatif sur le recours au stérilet, mais influent donc, par voie de conséquences, sur le choix d'autres méthodes, notamment le préservatif : les hauts diplômés et les couples d'étrangers y recourent davantage. Le nombre d'enfants n'a en revanche aucune incidence sur la probabilité d'utiliser le préservatif comme principale méthode contraceptive, toutes choses égales par ailleurs, mais l'âge en détermine également la pratique. Son usage est plus fréquent à 30-34 ans, période transitoire entre le premier et le second enfant où un certain nombre de couples préfèrent éviter de reprendre la pilule, méthode jugée peu naturelle, voire néfaste pour le futur enfant (Régnier-Loilier, 2007), puis au-delà de 40 ans. On notera enfin que le sexe du répondant n'influe pas sur les réponses, confirmant une bonne connaissance des méthodes utilisées au sein des couples qui cohabitent, pas plus que la religion, toutes choses égales par ailleurs.

Si les méthodes médicales et réversibles offrent une efficacité théorique (c'est-à-dire en situation de parfaite utilisation) très élevée et ont contribué à la baisse des naissances non désirées (Régnier-Loilier et Leridon, 2007), les échecs restent très nombreux et l'efficacité pratique (dans les faits) de ces méthodes (la pilule notamment) se révèle bien moins élevée. Ainsi, la pilule est associée à la survenue de 20 % des grossesses non prévues et de 23 % des IVG (Bajos *et al.*, 2003). Cela tient au fait que la plupart des méthodes, à l'exception du stérilet, nécessitent une astreinte quotidienne, contrainte qui ne cadre pas toujours avec certaines conditions de vie, affectives, sexuelles et sociales, des femmes et qui ne sont pas suffisamment prises en compte lors de la prescription médicale (Bajos *et al.*, 2002).

3. L'INFLUENCE DE LA SITUATION CONTRACEPTIVE SUR LA PLANIFICATION DES NAISSANCES : UN BREF APERÇU EN LONGITUDINAL

3.1. PLUS DE NAISSANCES « NON DÉCIDÉES » CHEZ LES COUPLES NON CONTRACEPTEURS EN 2005

La seconde vague de l'enquête Erfi, réalisée trois ans après la première, offre la possibilité de confronter situation contraceptive en 2005 et planification des naissances survenues entre 2005 et 2008 ; dans une certaine mesure seulement, et à plusieurs titres. En premier lieu, le nombre de personnes ayant eu un enfant entre les deux vagues est relativement réduit (550 naissances environ, dont plusieurs au sein d'un même couple) et, parmi ces personnes, certaines étaient déjà enceintes lors de la première interrogation. Afin de disposer d'une information uniforme sur la situation contraceptive en 2005, les couples qui attendaient un enfant ne peuvent être pris en compte. De la même manière, on limite l'observation aux personnes en couple en 2005, la situation contraceptive des personnes seules étant étroitement en lien avec leur situation conjugale (environ 50 % des personnes seules déclaraient n'utiliser aucune contraception, pour la plupart d'entre elles parce qu'elles n'avaient pas lieu d'y recourir étant donné leur situation). En outre, parmi les naissances survenues entre 2005 et 2008, seule la première survenue dans cet intervalle peut être considérée (c'est la seule qui puisse être reliée à la situation contraceptive décrite en 2005, celle-ci ayant pu changer ensuite après l'arrivée de l'enfant¹⁴). On notera enfin que l'on ne dispose dans Erfi d'aucune information relative aux éventuelles grossesses ayant été interrompues, parce que non prévues.

Au final, l'analyse ne porte donc que sur 373 couples ayant eu un enfant entre 2005 et 2008, et, si plusieurs naissances ont eu lieu entre les deux vagues, seule la première est considérée. L'effectif relativement réduit implique d'agrèger les différentes situations contraceptives, sans pouvoir faire la distinction entre toutes les méthodes alors utilisées¹⁵.

14. Même en se limitant à la première naissance survenue entre 2005 et 2008, le lien que l'on peut établir ne peut être que lâche. La situation contraceptive décrite en 2005 a pu évoluer ensuite, et une naissance survenir encore après, mais nous ne disposons pas d'informations plus précises (calendrier contraceptif, par exemple, qui figure par contre dans l'enquête FÉCOND – fécondité, contraception et dysfonction – en cours de réalisation par l'Inserm : <<http://www.u822.idf.inserm.fr/page.asp?page=4097>>).

15. De précédentes études ont mis en lumière une plus forte efficacité « pratique » du stérilet que de la pilule, laquelle conduit plus fréquemment à une naissance non prévue (voir par exemple Bajos *et al.*, 2002).

Quatre situations sont confrontées : les personnes qui cherchaient en 2005 à avoir un enfant, celles utilisant une contraception médicale, celles utilisant une méthode autre que la pilule ou le stérilet et, enfin, les personnes qui ne recouraient à aucune méthode alors qu'elles ne souhaitaient pas d'enfants et pensaient être encore en mesure d'en avoir. La figure 2.5 met en regard ces quatre situations avec la manière dont les naissances ont été « planifiées ».

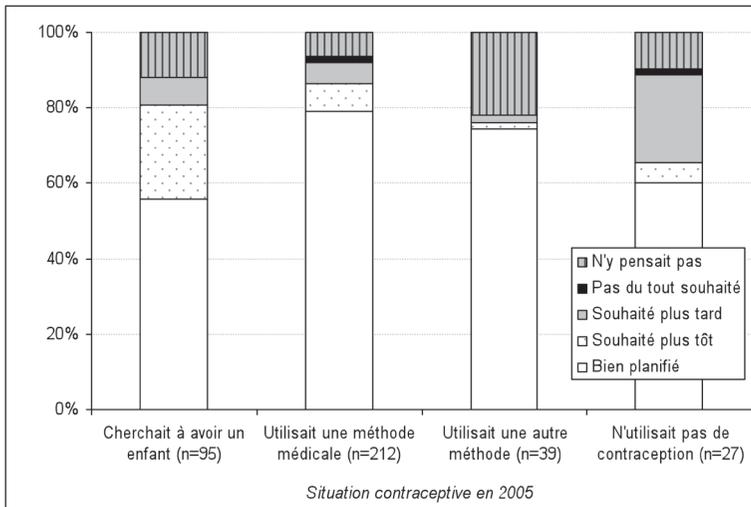
Si l'on considère qu'une naissance déclarée « souhaitée plus tôt » est désirée et décidée, à l'instar de celles « souhaitées à ce moment-là dans la vie du couple », le taux de planification dépasse 80 % tant pour les couples qui cherchaient à avoir un enfant en 2005 que pour ceux qui utilisaient une méthode médicale de contraception. La plus forte proportion de naissances déclarées « souhaitées plus tôt » chez les personnes cherchant en 2005 à avoir un enfant tient à un effet de sélection : parmi ces personnes, les moins fertiles sont en effet surreprésentées en coupe transversale¹⁶. Bien que s'appuyant sur des effectifs faibles, la proportion de naissances souhaitées est moindre chez les utilisateurs d'autres méthodes (traditionnelles) et surtout chez les couples qui n'utilisaient aucune contraception en 2005 (respectivement 75 % et 60 %). La grossesse est alors survenue, alors que le couple « n'y pensait pas » ou qu'il souhaitait un enfant mais « plus tard ». La part des naissances déclarées comme « non désirées » est en revanche très rare, les couples qui ne souhaitaient absolument pas d'enfants ayant pu recourir à l'avortement.

Ainsi, la moindre prévalence contraceptive observée chez certaines catégories de la population (voir plus haut) semble davantage conduire à des naissances mal planifiées, pas vraiment décidées, bien qu'acceptées puisqu'il n'y a pas eu de recours à l'IVG. Il aurait été intéressant de disposer de l'ensemble des grossesses survenues entre les deux vagues d'enquête (y compris celles ayant été interrompues) afin de pouvoir les mettre en regard avec la situation contraceptive décrite trois années auparavant.

16. De même, la proportion plus élevée de grossesses survenues alors que le couple « n'y pensait pas » traduit sans doute une attente longue où le couple espérait obtenir une grossesse, mais où celle-ci est survenue sans qu'il y pense vraiment. Cette modalité « N'y pensait pas » peut en effet revêtir un sens bien différent selon la situation du couple.

Figure 2.5

**Degré de planification des naissances survenues entre 2005 et 2008
selon la situation contraceptive antérieure (de 2005) (%)**



Champ: Personnes ayant eu un enfant entre 2005 et 2008, en couple en 2005 (cohabitant ou non), hors couples attendant un enfant en 2005. Si plusieurs naissances entre 2005 et 2008 pour un même couple, la première naissance survenue après la première vague est considérée.

Lire ainsi: Parmi les personnes cherchant à avoir un enfant en 2005 et en ayant eu un entre 2005 et 2008, 56% ont déclaré qu'elles souhaitaient que l'enfant naisse «à ce moment-là de leur vie de couple», 25% «plus tôt», etc.

Source: Données tirées de l'enquête Erfi-GGS1-2, Ined-Insee, 2005-2008.

3.2. QUELQUES FACTEURS ASSOCIÉS AU RISQUE D'UNE GROSSESSE «NON DÉCIDIÉE»

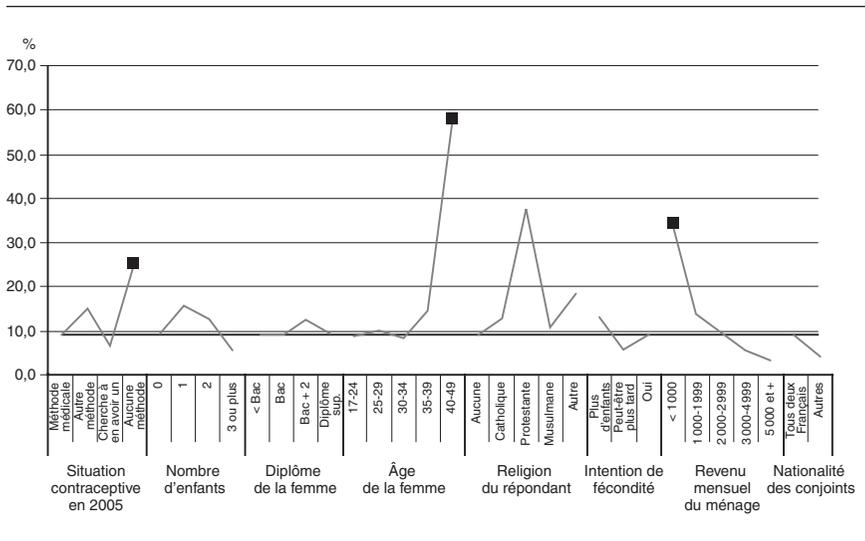
Pour compléter ce bref aperçu, une modélisation a été mise en place afin de repérer, parmi les caractéristiques des couples prises en compte précédemment pour évaluer la prévalence contraceptive ou le choix de la méthode, celles qui pèsent le plus sur la probabilité d'avoir eu un enfant alors que la grossesse n'était pas souhaitée, qu'elle était souhaitée plus tard ou qu'on «n'y pensait pas» (voir la figure 2.6).

Toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire en tenant notamment compte des intentions de fécondité ou de l'âge, l'absence de contraception favorise l'arrivée d'un enfant «non décidé» (25% contre 9% pour ceux utilisant une méthode médicale, différence statistiquement significative). La probabilité de vivre cet événement est également plus forte chez les

couples dont la femme a 40 ans ou plus (58%)¹⁷, illustrant un relâchement contraceptif important passé un certain âge, les couples croyant peut-être ne plus être vraiment exposés au risque de grossesse. Enfin, la propension à avoir un enfant mal planifié ou non désiré est nettement plus forte pour les couples disposant de bas revenus, indépendamment du niveau de diplôme de la femme, pour lequel aucun effet significatif ne se dégage¹⁸, toutes choses égales.

Figure 2.6

Facteurs associés au risque d'avoir eu un enfant « non décidé » entre 2005 et 2008 (probabilités estimées par régression logistique, %)



Champ: Personnes ayant eu un enfant entre 2005 et 2008, en couple en 2005 (cohabitant ou non), hors couples attendant un enfant en 2005. Si plusieurs naissances entre 2005 et 2008 pour un même couple, la première naissance survenue après la première vague est considérée.

Légende: ■: facteur statistiquement significatif au seuil de 10%.

Lire ainsi: Parmi les couples cumulant l'ensemble des modalités de référence (utilisateur d'une méthode médicale de contraception, sans enfants, dont la femme est âgée de moins de 25 ans, etc.), 9% ont eu un enfant qui n'était pas « décidé ». Parmi les couples n'utilisant « aucune méthode » et présentant par ailleurs toutes les caractéristiques de la personne de référence, la proportion de naissances « non décidées » atteint 25%. L'écart entre ces deux proportions mesure l'influence spécifique du fait de ne pas être sous contraceptif en 2005, toutes choses égales par ailleurs.

Source: Données tirées de l'enquête Erfi-GGS1-2, Ined-Insee, 2005-2008.

17. Pour lesquelles nous avons aussi relevé une proportion nettement plus forte de conceptions se terminant par une IVG: voir plus haut.
18. On gardera à l'esprit que les facteurs ont d'autant moins de « chances » d'être statistiquement significatifs dès lors que la taille de l'échantillon est faible.

CONCLUSION

Si la plupart des couples sont en théorie protégés du risque de grossesse non désirée en recourant à des méthodes médicales *a priori* très efficaces (pilule et stérilet), le nombre annuel d'interruptions volontaires de grossesse reste très élevé en France, supérieur à 200 000 pour environ 800 000 naissances. Ce paradoxe tient en partie à une inadéquation entre la situation personnelle des couples (plus particulièrement celle des femmes) et les contraintes fortes liées à l'utilisation de la pilule. En outre, à mesure que la norme de l'enfant programmé s'affirme, l'échec de planification devient plus difficilement acceptable, conduisant certains couples à interrompre la grossesse si les conditions qu'ils estiment préalables à l'arrivée d'un enfant ne sont pas réunies (Régnier-Loilier et Solaz, 2010). S'ajoutent à cela des périodes de fragilité, au rang desquelles on compte la sexualité adolescente clandestine, la sexualité des femmes plus âgées qui ne vivent pas en couple, les périodes de transition affective, les périodes post-partum ou post-IVG, les situations de précarité matérielle ou morale, etc. (Aubin et Jourdain Menninger, 2009).

Si l'on souhaite voir le nombre d'IVG diminuer, il importe que la norme contraceptive «à la française» évolue, notamment les idées reçues relatives à l'usage du stérilet (qui n'est pas réservé aux femmes nullipares) ainsi que les réticences des patients et des praticiens qui les accompagnent. En outre, l'absence de contraception touche davantage certaines catégories de population et notamment les femmes approchant de la ménopause, peut-être parce qu'elles ne s'estiment plus vraiment exposées au risque d'une grossesse non désirée. Il s'ensuit davantage de naissances non prévues, comme nous avons pu le mesurer à partir des données longitudinales de l'enquête Erfi, et plus généralement une proportion très importante de conceptions qui se soldent par une IVG. Les campagnes d'information sur la contraception qui visent généralement davantage les jeunes devraient également s'adresser aux personnes plus âgées.

BIBLIOGRAPHIE

- Aubin, C. et D. Jourdain Menninger (2009). *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*, Rapport pour l'Inspection générale des affaires sociales.
- Bajos, N., C. Moreau, H. Leridon et M. Ferrand (2004). «Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans?», *Population et sociétés*, n° 407.

- Bajos, N., M. Ferrand et l'équipe GINÉ (2002). *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm.
- Bajos, N., H. Leridon, H. Goulard, P. Oustry, N. Job-Spira et COCON Group (2003). « Contraception : from accessibility to efficiency », *Human Reproduction*, vol. 18, n° 5, p. 994-999.
- Beltzer, N. et N. Bajos (2008). « De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles », dans N. Bajos et M. Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France*, Inserm-Ined-Anrs-La Découverte, p. 437-459.
- Guibert-Lantoine, C. de et H. Leridon (1998). « La contraception en France : un bilan après trente ans de libéralisation », *Population*, vol. 53, n° 4, p. 785-811.
- Leridon, H. (2008). « La baisse de la fertilité avec l'âge », Fiche d'actualité n° 3, Site Internet de l'Ined : <http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/22324/telechargement_fichier_fr_fiche_actualite3.pdf>.
- Leridon, H., N. Bajos, P. Oustry et l'équipe Cocon (2002) « La médicalisation croissante de la contraception en France », *Population et sociétés*, n° 381.
- Pison, G. (2009). *Atlas de la population mondiale. Faut-il craindre la croissance démographique et le vieillissement ?*, Paris, Autrement.
- Pla, A. et C. Beaumel (2009). « Bilan démographique 2009 : deux pacs pour trois mariages », *Insee première*, n° 1276.
- Régnier-Loilier, A. (2007). *Avoir des enfants en France. Désirs et réalités*, Paris, Ined, coll. « Les cahiers de l'Ined », n° 159.
- Régnier-Loilier, A. (2010). « La déperdition dans les enquêtes longitudinales : l'exemple de l'enquête Erfi », *Courrier des statistiques*, n° 128, p. 55-62.
- Régnier-Loilier, A. et H. Leridon (2007). « Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? », *Population et sociétés*, n° 439.
- Régnier-Loilier, A. et F. Prioux (2009). « Comportements familiaux et pratique religieuse en France », dans A. Régnier-Loilier (dir.), *Portraits de familles. L'enquête Étude des relations familiales et intergénérationnelles*, Paris, Ined, coll. « Grandes enquêtes », p. 397-423.
- Régnier-Loilier, A. et A. Solaz (2010). « La décision d'avoir un enfant : une liberté sous contrainte », *Politiques sociales et familiales*, n° 100, p. 61-77.
- Rossier, C., L. Toulemon et F. Prioux (2009). « Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005 », *Population*, vol. 64, n° 3, p. 495-530.
- Toulemon, L. et H. Leridon (1992). « Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements », *Population*, vol. 47, n° 1, p. 1-45.

ANNEXE

FACTEURS ASSOCIÉS À L'UTILISATION DE LA PILULE, DU STÉRILET, DU PRÉSERVATIF (VS AUTRES MÉTHODES) (RÉGRESSION LOGISTIQUE, COEFFICIENTS β ET PROBABILITÉS ESTIMÉES)

	PILULE versus AUTRES MÉTHODES				STÉRILET versus AUTRES MÉTHODES				PRÉSERVATIF versus AUTRES MÉTHODES			
	Paramètres estimés	Probabilités estimées (%)	Seuil de significativité	Paramètres estimés	Probabilités estimées (%)	Seuil de significativité	Paramètres estimés	Probabilités estimées (%)	Seuil de significativité	Paramètres estimés	Probabilités estimées (%)	Seuil de significativité
Constante	1,88	86,8	***	-4,73	0,9	***	-2,45	7,9	***	-2,45	7,9	***
SEXE DU REpondANT												
Femme	0,00	86,8	réf.	0,00	0,9	réf.	0,00	7,9	réf.	0,00	7,9	réf.
Homme	0,02	87,0	-	0,15	0,8	-	0,20	9,6	-	0,20	9,6	-
NOMBRE D'ENFANTS												
0	0,00	86,8	réf.	0,00	0,9	réf.	0,00	7,9	réf.	0,00	7,9	réf.
1	-0,89	72,9	***	1,84	5,3	***	0,31	10,5	-	0,31	10,5	-
2	-1,22	66,0	***	2,44	9,2	***	0,15	9,1	-	0,15	9,1	-
3 ou plus	-1,31	63,9	***	2,46	9,4	***	0,24	9,9	-	0,24	9,9	-
DIPLOME DE LA FEMME												
< Bac	0,29	89,8	**	-0,21	0,7	-	-0,46	5,1	*	-0,46	5,1	*
Bac	0,00	86,8	réf.	0,00	0,9	réf.	0,00	7,9	réf.	0,00	7,9	réf.
Bac + 2	-0,01	86,6	-	0,22	1,1	-	-0,34	5,8	-	-0,34	5,8	-
Diplôme sup.	-0,32	82,6	**	0,13	1,0	-	0,47	12,2	**	0,47	12,2	**
ÂGE DE LA FEMME												
17-24	0,00	86,8	réf.	0,00	0,9	réf.	0,00	7,9	réf.	0,00	7,9	réf.
25-29	0,06	87,4	-	0,38	1,3	-	0,17	9,2	-	0,17	9,2	-
30-34	-0,43	81,1	-	0,68	1,7	-	0,78	15,8	*	0,78	15,8	*
35-39	-0,62	78,0	**	1,01	2,4	**	0,43	11,8	-	0,43	11,8	-
40-44	-1,09	68,8	***	1,26	3,0	***	0,92	17,8	*	0,92	17,8	*
45-49	-0,97	71,4	***	1,03	2,4	**	0,96	18,4	*	0,96	18,4	*

	Aucune	0,00	86,8	réf.	0,00	0,9	réf.	0,00	7,9	réf.
	Catholique	0,11	88,0	-0,08	1,0	-	-0,29	6,1	-	-
	Protestante	0,26	89,6	-0,60	0,5	-	0,18	9,4	-	-
	Musulmane	0,36	90,4	-	0,04	0,9	-	-0,88	3,4	-
	Autre	-0,04	86,3	-	-0,26	0,7	-	0,75	15,4	**
	Plus d'enfants	0,00	86,8	réf.	0,00	0,9	réf.	0,00	7,9	réf.
	Peut-être plus tard	0,14	88,4	-	0,25	1,1	-	-0,33	5,9	-
	Oui, dans les 3 ans	-0,06	86,1	-	0,78	1,9	-	-0,79	3,8	-
	Ne sait pas	0,46	91,2	-	0,66	1,7	-	-1,17	2,6	-
	< 1000	0,07	87,6	-	0,16	1,0	-	0,08	8,6	-
	1000-1999	-0,08	85,8	-	0,12	1,0	-	-0,17	6,8	-
	2000-2999	-0,11	85,5	-	0,12	1,0	-	-0,04	7,6	-
	3000-4999	0,12	88,1	-	0,01	0,9	-	-0,45	5,2	-
	5000 et +	-0,11	85,5	-	0,01	0,9	-	-0,86	3,5	-
	Tous deux Français	0,00	86,8	réf.	0,00	0,9	réf.	0,00	7,9	réf.
	Autres	-0,59	78,4	***	0,23	1,1	-	0,69	14,6	**
	Utilise	1347	58,3		639	27,7		175	7,6	
	Autres méthodes	964	41,7		1672	72,3		2136	92,4	

Champ : Personnes en couple cohabitant utilisant une méthode de contraception.

Légende: réf.: situation de référence; - : facteur non significatif; * : significatif au seuil de 10%; ** : 5%; ***: 1%

Lire ainsi: Un coefficient positif (resp. négatif) et statistiquement significatif signifie que l'on est en présence d'un facteur qui accroît (resp. diminue) la probabilité d'utiliser la pilule (plutôt qu'une autre méthode), comparativement à la situation de référence, toutes choses égales par ailleurs.

Source: Données tirées de l'enquête Erfi-GGS1, Ined-Insee, 2005.

P A R T I E

2

ENJEUX DE LA CONTRACEPTION

LA CONTRACEPTION AU QUÉBEC ET EN FRANCE

Histoires et interprétations

Denyse BAILLARGEON

En matière de contraception, le Québec et la France se situent pratiquement aux deux pôles des nations occidentales. En effet, alors que le premier est reconnu pour le déclin plutôt lent de la taille des familles avant le milieu du xx^e siècle – signe indiscutable d’un recours marginal aux pratiques contraceptives jusqu’à cette période, en particulier chez les franco-catholiques –, la France, au contraire, a connu une baisse marquée de sa fécondité dès le xviii^e siècle, preuve d’une limitation généralisée des naissances qui remonterait au moins à l’époque révolutionnaire.

Comme on le verra dans ce chapitre, le « retard » québécois, comme on l’a parfois qualifié, tout comme la « précocité » de la France, qui fait figure de pionnière dans ce domaine, a forcément conduit les historiens et historiennes à aborder la contraception sous des angles très différents. Alors qu’au Québec ils et elles ont surtout cherché à comprendre et à relativiser le décalage entre la société canadienne-française et les sociétés

anglo-protestantes environnantes, en France ils et elles ont plutôt insisté sur les tentatives des autorités politiques, religieuses et médicales de contrer la « dépopulation » et de favoriser le relèvement des naissances.

À partir d'une sélection d'ouvrages et d'articles parmi les plus souvent cités, ce texte cherchera à mettre en exergue ces deux parcours historiographiques en insistant non seulement sur ce qui les distingue, mais aussi sur ce qui les rapproche. Car, au-delà de leurs préoccupations propres, les historiographies québécoise et française montrent sans équivoque que la contraception s'est avérée un enjeu social et politique majeur du xx^e siècle, enjeu que les revendications féministes des années 1960 et 1970 ont contribué à exacerber, tant au Québec qu'en France.

1. L'ONT-ILS FAIT ? À LA RECHERCHE DES « COUPLES CONTRACEPTIFS » QUÉBÉCOIS FRANCOPHONES

Au Québec, c'est à l'historienne Marie Lavigne que l'on doit l'un des premiers textes à remettre en cause l'image quasi mythique des Canadiennes françaises ultrafécondes. Depuis le fameux discours du jésuite Louis Lalande qui, en 1918, proclamait que les francophones du Canada avaient su contrer la domination anglaise par la « revanche des berceaux », un large consensus avait en effet entouré cette question, les études démographiques ayant démontré que les taux de fécondité québécois avaient été bien supérieurs à ceux des autres nations occidentales. « Peut-être nulle part ailleurs dans le monde, l'idéal catholique d'une nombreuse famille a-t-il été observé avec plus d'efficacité. Cet idéal fut renforcé par une propagande nationaliste vigoureuse en faveur de la revanche des berceaux et l'on peut difficilement douter du succès de ces idées », disaient par exemple les démographes Jacques Henripin et Yves Péron en 1973 (p. 42).

Inspirée par la recherche féministe alors en plein développement, Marie Lavigne a voulu nuancer ce portrait en insistant sur la baisse néanmoins constante du taux global de fécondité et du nombre moyen d'enfants par femme depuis la fin du xix^e siècle, mais aussi en calculant le pourcentage des mères qui avaient eu plus de dix enfants au tournant du xx^e siècle, un phénomène souvent présenté comme la norme. Publié en 1983 et très souvent cité par la suite, son article montrait qu'une minorité sans cesse décroissante de femmes avaient donné naissance à autant d'enfants, soit 20 % de celles nées en 1887, 13 % de celles nées en 1903 et

7 % seulement de celles nées en 1913. À l'opposé, elle soulignait que près de 14 % des femmes mariées nées en 1903 n'avaient eu aucun enfant et 45 % en avaient eu entre 1 et 5.

Si la méthodologie utilisée pour en arriver à de telles conclusions a été contestée par la suite, ces données reposant uniquement sur l'expérience des femmes mariées et toujours vivantes en 1961, l'étude de Lavigne a marqué les esprits notamment parce qu'elle soulignait que les mères prolifiques nées en 1887 avaient donné naissance à 46 % des enfants de cette génération, ce qui aurait largement contribué à répandre le mythe de l'universalité des familles de dix enfants, la moitié des Québécois et Québécoises francophones pouvant affirmer venir d'une telle famille. Son article, qui faisait ressortir la variété des destins maternels féminins¹, de même que les raisons économiques – et donc rationnelles plutôt que religieuses – pour lesquelles les familles avaient eu beaucoup d'enfants, pointait nettement en direction d'une utilisation croissante de moyens contraceptifs par les Québécois francophones.

Même si elle ne s'attardait pas aux moyens utilisés, Lavigne suggérait que les femmes avaient donc été beaucoup moins soumises au clergé que les nationalistes et les démographes l'avaient prétendu, ce qui allait aussi dans le sens de la nouvelle historiographie québécoise qui, à la même époque, cherchait à démontrer que, contrairement à ce que l'on avait longtemps affirmé, le Québec avait été une société tout aussi « moderne » que ses semblables, c'est-à-dire une société où la religion catholique n'avait pas exercé une emprise aussi totale qu'on l'avait dit².

Malgré toutes les nuances apportées par le texte de Lavigne, il était difficile de nier que les francophones du Québec présentaient des taux de fécondité et une moyenne d'enfants par femme plus élevée que leurs voisines anglophones, et ce, au moins jusqu'aux années 1940. Dans un contexte où le courant « moderniste » s'affirmait comme la nouvelle orthodoxie historiographique, mieux comprendre et expliquer ce que l'on a appelé la « surfécondité » des couples franco-catholiques de la province est alors apparu comme une exigence, sous peine de donner raison à une version traditionaliste du passé, où le clergé jouait un rôle prépondérant, version avec laquelle la nouvelle histoire du Québec cherchait précisément à rompre.

1. Sur cette question, voir également le texte de Gauvreau (1991).

2. Sur la nouvelle historiographie moderniste et les débats qu'elle a suscités, voir Rudin (1998) et Fecteau (1999).

Diverses études ont alors tenté d'apporter un nouvel éclairage à la situation particulière des franco-catholiques sur le plan de la reproduction et de leur trouver des raisons « objectives » d'avoir eu de nombreuses familles. Le sociologue Daniel Fournier (1989) émettait par exemple l'hypothèse que la forte fécondité des Canadiennes françaises s'expliquait par « la prégnance des réseaux de parenté », la sociabilité familiale, hautement valorisée par ce groupe, ayant constitué, à ses yeux, un frein à la baisse de la fécondité. D'après lui, contrairement aux anglophones préoccupés par le positionnement économique et social des individus et donc enclins à réduire la taille de leur famille pour améliorer les chances de promotion sociale de chacun de leurs enfants, les francophones auraient favorisé le maintien des relations entre les membres de la parenté élargie, ce qui les aurait encouragés à avoir une progéniture nombreuse, celle-ci constituant un gage de statut au sein du groupe. Plus que l'Église, l'attachement au clan familial aurait ainsi été à la base des familles prolifiques.

De leur côté, Gérard Bouchard et Richard Lalou (1993) ont tenté de voir, précisément, à partir de quel moment on peut véritablement parler d'une surfécondité des couples québécois francophones. Selon leur étude comparative, ce serait surtout dans le dernier tiers du XIX^e siècle que leurs comportements reproducteurs se seraient démarqués de ceux des Canadiens anglais et des Américains, mais ils insistent aussi pour dire que les Québécois francophones ne sont pas uniques dans ce domaine, plusieurs populations catholiques européennes logeant à la même enseigne. Cherchant à récuser la thèse de la revanche des berceaux qui amalgame procréation, religion et survivance nationale, les deux auteurs en arrivent à la conclusion que c'est principalement entre 1871 et 1891 que l'écart se creuse entre la population franco-québécoise et ses voisines, les plus hauts taux de fécondité observés pour les années postérieures à 1921 étant surtout attribuables aux francophones âgées de plus de 35 ans.

S'interrogeant sur les causes du « retard » québécois par rapport à la transition démographique observée ailleurs, Bouchard et Lalou (1993, p. 28) concluent que la lente percée des pratiques contraceptives, loin d'être imputable à un quelconque patriotisme ou à une forte influence cléricale, serait davantage attribuable au rythme de l'industrialisation et de l'urbanisation, moins rapide au Québec qu'en Ontario, et au fait que la société industrielle a été imposée de l'extérieur par des capitaux étrangers, provoquant une « désarticulation entre le système de production et le système de reproduction ». Tout comme Fournier, ces deux auteurs estiment donc que le décalage entre le développement de la société

industrielle et le recours à la contraception par les couples, en particulier la contraception d'arrêt qui marque les premières étapes de la transition démographique, proviendrait de facteurs culturels plutôt que religieux³.

Comme l'ont montré plusieurs travaux de démographie historique, notamment les études récentes de Danielle Gauvreau *et al.* (2007), Peter Gossage (1999), Sherry Olson et Patricia Thornton (2001), il reste cependant que la religion demeure l'un des principaux déterminants permettant d'expliquer les plus hauts taux de fécondité des Québécoises francophones, comparativement aux autres groupes, une fois isolés d'autres facteurs comme l'habitat, l'éducation ou le niveau de revenu.

La fécondité des francophones ayant tout de même diminué depuis la fin du XIX^e siècle, plusieurs auteurs ont cherché à mettre au jour les pratiques contraceptives qui ont été utilisées par les couples catholiques. De ces recherches souvent fondées sur des témoignages, il appert en premier lieu qu'un nombre élevé de grossesses ne signifie pas que les hommes et surtout les femmes n'ont pas cherché à diminuer la taille de leur famille, mais simplement que les moyens utilisés étaient le plus souvent inefficaces. Comme le montrent les études de Francine Saillant ou de Gérard Bouchard, par exemple, l'allaitement prolongé et les recettes traditionnelles à base de plantes ou de produits domestiques, ou encore diverses manœuvres postcoïtales⁴, étaient utilisés par les femmes, notamment dans les milieux ruraux afin d'éviter une grossesse ou de provoquer une fausse-couche, avec cependant un taux de succès très limité⁵ (Saillant, 1990 ; Saillant et Laforce, 1993 ; Bouchard, 2000).

Dans les milieux urbains, le coït interrompu semble avoir été la méthode la plus populaire au moins jusqu'aux années 1930, comme le relèvent nombre d'entrevues, dont celles que j'ai menées avec des femmes qui ont constitué leur famille à partir des années 1930, suivies par la méthode Ogino-Knaus à partir de la Deuxième Guerre mondiale et de la méthode symptothermique qui commence à se répandre dans les années 1950 (Baillargeon, 1991, 2004 ; Gervais et Gauvreau, 2003). De fait, toutes

-
3. Pour d'autres recherches sur le lien entre contraception et éducation des filles, voir Bouchard et Roy (1991) et Lalou (1993).
 4. Par exemple, sautiller pour faire s'écouler le sperme en dehors du vagin ou se prodiguer des douches vaginales.
 5. Parmi les moyens mentionnés pour provoquer une fausse-couche : s'adonner à des travaux physiquement exigeants, prendre des bains de moutarde, absorber des tisanes à base de plantes.

les études rapportent que, des années 1940 jusqu'à l'arrivée de la pilule, les franco-catholiques du Québec ont eu très majoritairement recours à la méthode du calendrier ou du thermomètre pour tenter de contrôler leur fécondité, les moyens mécaniques (condoms, spermicides, diaphragmes ou autres) étant beaucoup moins répandus parce qu'associés à des procédés de *birth control* interdits par l'Église et violemment dénoncés par les clercs. Comme le montrent aussi ces études, ce sont deux organismes issus de l'action catholique, la JOCF, qui organise des cours de préparation au mariage à partir de 1939, et le Service de régulation des naissances (Seréna), fondé par Rita Henry-Breault et son mari Gilles Breault en 1955 (Gervais, 2001, 2004, 2005 ; Gauvreau, 2002), qui ont le plus contribué à propager les méthodes de continence périodique auprès des francophones.

L'avortement n'était certes pas inconnu au Québec, comme l'a démontré Andrée Lévesque (1989) qui s'est intéressée à cette question pour l'entre-deux-guerres, mais, contrairement à ce qu'on observe en France, il demeure une pratique marginale. Évidemment, l'ampleur de ce phénomène ne se laisse pas saisir très facilement puisque, à moins de se terminer par un drame, il échappe généralement au regard des autorités médicales et judiciaires. Cependant, étant donné le climat religieux qui prévalait au Québec avant les années 1960, il serait étonnant que l'avortement ait été très répandu. Certains auteurs ont par ailleurs suggéré que les abandons d'enfants, très nombreux au XIX^e siècle, et la forte mortalité infantile, qui a prévalu jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale, ont pu constituer des formes de contraception à rebours, proche de l'infanticide pur et simple, autre phénomène analysé par Andrée Lévesque (1989) et Marie-Aimée Cliche (1990).

Ce qui ressort des travaux québécois qui ont étudié la contraception jusqu'aux années 1960, et malgré toutes les nuances que l'on a pu faire, c'est principalement l'influence que l'Église exerçait sur les couples, la puissance de ses interdits, ses manières intrusives de s'assurer que le dogme en matière de conception était bien respecté, notamment par le biais de la confession, la culpabilité ressentie en particulier par les femmes quand le couple pratiquait des méthodes fermement condamnées comme le coït interrompu, de même que l'attachement à des pratiques peu fiables, comme la méthode Ogino, parce qu'elles étaient tolérées par les autorités religieuses. Dans cette perspective, la pratique de la contraception apparaît comme une transgression des diktats religieux qui est allée en s'amplifiant à partir des années 1940 ou 1950, l'intransigeance du clergé en matière

de procréation étant de plus en plus ouvertement contestée⁶. À cet égard, l'abandon massif de la pratique religieuse au Québec dans la seconde moitié des années 1960 est même directement lié par plusieurs chercheurs à la publication de l'encyclique *Humanae Vitae* qui condamnait la pilule, alors que l'Église avait laissé planer l'espoir d'une reconnaissance de l'autonomie des couples en matière contraceptive.

Plus que celle de l'État, c'est donc l'autorité de l'Église qui a été scrutée à la loupe par les chercheurs québécois, sans doute en raison de l'emprise qu'elle exerçait sur les consciences, mais aussi parce que les lois fédérales sur la contraception et l'avortement n'ont jamais été ouvertement contestées au Québec avant les années 1960. En 1869, l'État canadien avait défini comme un crime le fait «de tuer un enfant non encore né» (Godard, 1992, p. 13), une loi reconduite dans le nouveau Code criminel canadien adopté en 1892 qui interdisait également la diffusion de toute information concernant la contraception et la vente de moyens contraceptifs (McLaren et Tiger McLaren, 1986 ; Godard, 1992).

Contrairement à ce qui s'est produit en France, la libéralisation de la loi fédérale en matière de contraception en 1969 n'a pas non plus suscité de débats enflammés ni de guerres d'usure entre les groupes favorables à la régulation des naissances et l'État, que ce soit au Québec ou ailleurs au Canada, le gouvernement ayant décidé d'agir sur ce front avant même que ne soit déposé le rapport de la Commission royale d'enquête sur le statut de la femme (commission Bird) qui allait en faire la recommandation. En fait, dans les années 1960, la contraception était devenue un fait de société qui faisait largement consensus, et sa légalisation, une forme d'ajustement légal par rapport aux pratiques⁷. Toutefois, la loi de 1969 qui décriminalisait la contraception autorisait les avortements uniquement pour des raisons thérapeutiques, une limitation importante qui allait susciter la confrontation entre l'État et les groupes féministes pour les décennies à venir. J'y reviendrai plus loin.

6. Outre les références aux précédentes, voir aussi Gauvreau (2004) et Gauvreau et Gervais (2003).

7. Selon Angus et Arlene McLaren, l'adoption d'un nouveau drapeau canadien a davantage déclenché les passions (McLaren et Tiger McLaren, 1986, p. 135).

2. ILS L'ONT FAIT ! LES FRANÇAIS ET LA CONTRACEPTION

Pour les historiens français, la question fondamentale n'a pas été de savoir si les couples ont cherché à limiter les naissances en dépit des interdits religieux ou législatifs, mais plutôt de comprendre pourquoi la France a été la première nation occidentale à pratiquer la contraception sur une vaste échelle. Le problème est d'autant plus intrigant que la baisse de la fécondité, généralement associée à la modernité, s'est amorcée dans une société majoritairement rurale et catholique de surcroît (Szreter, Nye et van Poppel, 2003).

Plusieurs auteurs, dont Philippe Ariès et Jean-Louis Flandrin, ont tenté quelques explications de type socioéconomique ou culturel : la surpopulation des campagnes, la baisse de la mortalité infantile, les découvertes médicales qui auraient permis de dissocier sexualité et procréation, le désir des femmes de se libérer des nombreuses grossesses, les progrès de la puériculture et la découverte de l'enfant qui auraient entraîné une diminution de la mise en nourrice et un regain de popularité de l'allaitement prolongé chez les femmes de l'élite, le jansénisme qui aurait débouché sur un meilleur contrôle des pulsions sexuelles ou encore la répression de la sexualité prémaritale qui aurait amené les couples illicites à recourir au coït interrompu pour éviter des naissances illégitimes, pratique qui aurait ensuite été utilisée à l'intérieur même du mariage, sont autant de raisons qui ont été avancées pour expliquer l'antériorité française en matière contraceptive. La Révolution française, qui coïncide avec une accélération de la baisse de la fécondité, a aussi bien évidemment été mentionnée. En s'attaquant au clergé, la période révolutionnaire aurait, selon plusieurs, relâché la morale conjugale, conduisant à une diminution des naissances, phénomène encouragé par les nouvelles lois qui imposaient un partage égalitaire des héritages (Ariès, 1953 ; Bideau, 1983 ; Flandrin, 1970, 1976).

Dans un texte datant de 1986 où ils faisaient la synthèse de ces arguments, Jean-Pierre Bardet et Jacques Dupâquier les récusent un à un⁸, pour ensuite proposer une explication plus complexe. D'après eux, l'abandon de la mise en nourrice, qui favorisait la survie des nouveau-nés, aurait effectivement été un facteur important dans la décision des couples

8. Notamment parce qu'ils ne s'appliquent qu'à l'élite et encore très imparfaitement selon les données démographiques disponibles. Ainsi, à leur avis, la bourgeoisie aurait amorcé sa transition démographique dès la fin du xvii^e siècle, soit bien avant la découverte de l'enfant (Bardet et Dupâquier, 1986).

de recourir à une autre forme de contraception que l'allaitement, l'ascèse conjugale d'abord (au xvii^e siècle), puis, au Siècle des Lumières, la pratique de méthodes contraceptives pures et simples, le modèle s'étendant des élites vers le peuple urbain. Mais à leurs yeux, d'autres phénomènes doivent aussi être pris en compte. Soulignant que la diminution de la taille des familles se généralise véritablement à partir de la Révolution, les deux auteurs soutiennent que, sans y voir un lien de cause à effet, on peut au moins supposer que les deux phénomènes proviennent d'une même « fermentation générale des esprits », c'est-à-dire de la diffusion d'une nouvelle morale non seulement chez l'élite, mais aussi chez les masses paysannes.

Le débat sur le rôle joué par la Révolution française dans la baisse de la fécondité a été repris encore récemment par l'historien américain Rudolph Binion (2000), qui soutenait que les États-Unis avaient aussi connu une diminution hâtive de la fécondité à partir de la fin du xxvii^e siècle, ce qui laisserait supposer qu'il existe véritablement un lien de causalité entre les révolutions et le désir des couples de réduire leur descendance. Suivant les traces d'Ariès, Binion impute aux femmes ce désir de diminuer le nombre des naissances, un désir qu'elles auraient plus facilement imposé à leur mari en raison de la nouvelle idéologie républicaine des sphères séparées qui leur attribuait la prépondérance dans l'espace domestique. Cette thèse n'a cependant pas convaincu et on peut dire qu'à ce jour le mystère reste entier⁹.

La question du nombre d'avortements pratiqués en France à différentes époques a aussi fait l'objet de nombreuses spéculations, tant chez les contemporains que chez les historiens. Lancé par les natalistes du début du xx^e siècle, qui auraient volontairement exagéré leur fréquence pour mieux sensibiliser les autorités politiques à la nécessité d'adopter des lois plus sévères, le débat s'est poursuivi dans les années 1950 à 1970, alors que ceux et celles qui militaient pour la décriminalisation de la contraception ont à leur tour diffusé des données souvent catastrophistes pour mieux justifier les changements légaux qu'ils réclamaient (Ronsin, 1980 ; Pedersen, 1996 ; Thébaud, 1996 ; Le Naour et Valenti, 2003). En 1986, Jacques Dupâquier a estimé à 60 000 le nombre de femmes qui se faisaient avorter annuellement entre le milieu du xix^e siècle et 1914, au lieu des 200 000 à 500 000 souvent mentionnés, une donnée dont il admet cependant l'imprécision tant il est difficile de quantifier pareil phénomène (Dupâquier, 1986).

9. Voir les répliques de Bardet et Van de Walle au texte de Binion (2000).

Preuve que cette question intéresse toujours les chercheurs : en 2009, Fabrice Cahen s'est penché sur les conditions sociales, idéologiques et scientifiques qui ont présidé à la constitution de statistiques alarmistes et à l'émergence du discours reliant dénatalité et avortement au début du xx^e siècle ; à son avis, ce ne sont pas tant les démographes comme Jacques Bertillon, associé aux populationnistes, qui ont établi cette corrélation, mais les obstétriciens dont la pratique professionnelle permettait de constater une réelle augmentation des avortements dans les maternités. Comme le montre Cahen (2009), leurs données comportaient de nombreuses limites et ont souvent été contestées à l'intérieur de leurs rangs, mais elles ont aussi été reprises et même amplifiées par certains natalistes, ce qui a légitimé l'adoption des lois de 1920 et 1923 qui réprimaient plus sévèrement l'avortement, tout en interdisant la diffusion et la vente de contraceptifs, sauf les condoms.

Selon l'historienne Jean Elizabeth Pedersen (1996), cette exception, justifiée par la nécessité de lutter contre la propagation des maladies vénériennes, est tout à fait révélatrice des préjugés de genre des législateurs qui se trouvaient ainsi à cautionner les moyens « masculins » de contraception. Notons qu'à ce chapitre la France se démarque également du Québec, puisque la loi canadienne sur la contraception n'admettait aucune dérogation. Mais, contrairement à la France, le Canada a institué un régime de tolérance à partir du milieu des années 1930 à l'égard de tous les moyens contraceptifs à la suite d'un procès qui s'est tenu en Ontario¹⁰.

L'étude du discours et de l'action des populationnistes et des néomalthusiens français a aussi intéressé plusieurs chercheurs. Ainsi, Richard Tomlinson (1985) a examiné la rhétorique pronataliste et l'influence qu'elle a exercée sur l'adoption de plusieurs lois françaises entre le début du xx^e siècle et le début de la Deuxième Guerre mondiale ; dans un article datant du milieu des années 1980, l'auteur insiste tout particulièrement sur les liens entre les inflexions du discours, les mesures gouvernementales adoptées et les événements politiques et économiques de la période. De leur côté, Françoise Thébaud (1985) et Virginie de Luca (2005) ont analysé la propagande de l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française, la principale association nataliste créée par Jacques Bertillon à la fin du xix^e siècle, pour la période de l'entre-deux-guerres. Leurs travaux montrent bien la variété des moyens utilisés pour créer un climat nataliste et familialiste, mais aussi la variété des lieux où elle a été diffusée, y

10. Sur ce procès, voir Dood (1983).

compris les écoles et les casernes, avec cependant un succès plutôt mitigé¹¹. Dans les années 1970 et 1980, Roger-Henri Guerrand (1971) et Francis Ronsin (1980) ont consacré des ouvrages à l'histoire des groupes néomalthusiens, à leur idéologie et à leurs luttes depuis le XIX^e siècle.

Selon l'historienne américaine Elinor Accampo, qui s'est aussi intéressée à cette question, l'opposition que les néomalthusiens ont rencontrée ne provenait pas uniquement de l'angoisse suscitée par la dépopulation, mais aussi de la crainte que les moyens contraceptifs «dénaturent» le corps des femmes, alors même que depuis la fin du XVIII^e siècle les discours révolutionnaires avaient étroitement associé nature et féminité (Accampo, 2003). Pire encore, en séparant la sexualité de la procréation, les moyens contraceptifs dont les néomalthusiens faisaient la promotion favorisaient l'émancipation des femmes, ce qui menaçait directement l'ordre patriarcal ; selon Accampo, la virulence des attaques contre Nelly Roussel, une des rares femmes à avoir milité de manière active au sein du mouvement néomalthusien, provenait précisément du fait qu'elle établissait un lien direct entre le contrôle des femmes sur la libre disposition de leur corps et leur libération.

Comme le note cette auteure, aux États-Unis et en Angleterre la mainmise que les médecins ont très tôt exercée sur le mouvement pour la régulation des naissances a neutralisé son potentiel révolutionnaire, ce qui n'a pas été le cas en France, où les médecins se sont plutôt rangés du côté des populationnistes¹². C'est pourquoi, soutient-elle, les Françaises ont dû attendre beaucoup plus longtemps avant que ne soient rappelées les lois concernant la contraception, alors même que leur fécondité avait décliné bien avant celle des autres (Accampo, 1996)¹³. Cette situation paradoxale tiendrait également au fait que la transition démographique française s'est produite sans que survienne un changement fondamental dans les rapports de genre, si bien que les hommes ont continué de recourir au coït interrompu ou au condom, obligeant les femmes à s'en remettre à l'avortement en cas de grossesse non désirée.

Autre période capitale pour la compréhension de l'histoire contraceptive française, le régime de Vichy a fait l'objet de plusieurs études qui ont d'abord souligné son caractère très répressif à l'égard des femmes,

11. Voir également Koos (1996).

12. Sur le rôle des médecins dans l'adoption des lois de 1920, voir Pedersen (1996).

13. Sur Paul Robin, figure de proue du mouvement, voir Demeulenaere-Douyère (1994) ; sur la militante Jeanne Humbert, voir Guerrand et Ronsin (1990).

reléguées dans l'espace domestique par une propagande intensive, et de la contraception, plus particulièrement de l'avortement (Muel-Dreyfus, 1996). Il est vrai que l'exécution de Marie-Louise Giraud et de Désiré Pioge, condamnés pour avoir pratiqué des avortements, devenus un crime contre l'État en 1942, marque une nette volonté de ce dernier de s'en servir comme exemple. Vrai aussi que la propagande nataliste et familialiste ne fut jamais aussi florissante, adoptant même une stratégie de type corporatiste pour mieux atteindre tous les publics, comme le montre Éric Jennings (2002). Vrai également que la natalité a connu une légère remontée entre 1940 et 1944. Mais cette hausse est-elle due aux mesures coercitives du régime ou à d'autres facteurs conjoncturels? La cause n'est pas encore entendue, mais plusieurs études ont montré que la propagande et la répression n'ont pas fondamentalement transformé les comportements des Français et surtout des Françaises à l'égard de la régulation des naissances.

D'autres recherches récentes, notamment celles de Cyril Olivier (2002, 2005) et de Jean-Yves Le Naour et Catherine Valenti (2003), ont aussi fait remarquer qu'il a souvent existé un gouffre entre le discours pro-famille, les lois adoptées et leur application. Pour ces auteurs, Vichy n'a jamais réussi à mettre en place un cadre répressif véritablement efficace, la sévérité des lois se traduisant rarement en peines conséquentes ou même en une augmentation significative des condamnations. De fait, la question demeure à savoir si Vichy a été en rupture ou en continuité par rapport aux époques qui l'ont précédée et suivie en matière de contraception et d'avortement étant donné qu'il s'est appuyé sur le Code de la famille adopté en 1939, soit avant l'avènement de ce régime, et que les poursuites et les condamnations en matière d'avortement se sont amplifiées à compter de 1946, c'est-à-dire après sa chute.

C'est donc dans un contexte où les Françaises recouraient encore en grand nombre à l'avortement que va naître, en 1956, l'association La Maternité heureuse, devenue en 1960 le Mouvement français pour le planning familial (MFPF), l'association responsable de la décriminalisation de la contraception en France. Son histoire a d'abord été écrite par ses militants qui ont rappelé ses objectifs et ses principaux faits d'armes, souvent à partir des témoignages de ses dirigeants¹⁴.

14. Voir, par exemple, MFPF (Mouvement français pour le planning familial), *D'une révolte à l'autre. 25 ans d'histoire du planning familial*, Paris, Éditions Tierce, 1982.

Analysé par les historiennes, le planning familial français est apparu comme un mouvement sans doute révolutionnaire pour l'époque, puisqu'il revendiquait une maternité librement consentie et qu'il défiait les lois en vigueur en diffusant de l'information et même des moyens contraceptifs, mais non pas féministe, ce qui ne viendra que très progressivement (Chaperon, 2006). En fait, c'est au nom d'une maternité épanouie dans le cadre du mariage qu'Évelyne Sullerot et surtout la D^{re} Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé s'engagent dans l'action ; tout en visant à émanciper les femmes en leur donnant la maîtrise de leur fécondité, comme le fait valoir Sylvie Chaperon, les analyses que proposent Marie-Françoise Lévy (2002) et Caroline More (2004) montrent aussi que le MFPP est demeuré assez conservateur en ce qui concerne sa conception de la sexualité féminine et de l'exercice de la sexualité par les jeunes avant le mariage, du moins jusqu'à la fin des années 1960.

Si le MFPP a représenté un véritable catalyseur des débats concernant la contraception et l'avortement dans l'après-guerre, l'ouvrage de Martine Sèvegrand (1995) intitulé *Les enfants du Bon Dieu* montre bien que ces questions préoccupaient depuis longtemps l'Église catholique française¹⁵. Tout en insistant sur les divergences de vues au sein des clercs et entre les clercs et les laïcs, notamment les militants de l'Action catholique déchirés entre leur volonté de respecter les enseignements de leur Église et leur désir de limiter la taille de leur famille, Sèvegrand souligne l'écart croissant entre le discours du magistère romain et les pratiques contraceptives des croyants, jusqu'à la rupture que provoque *Humanae Vitae*, qui revient à la rigueur doctrinale en rejetant la pilule. Ici, le Québec et la France se rejoignent. L'Église n'a d'ailleurs pas été la seule à s'opposer à la contraception et à l'avortement, comme le montrent l'opposition des communistes au MFPP et les débats parlementaires qui ont entouré le dépôt et l'adoption de divers projets de loi analysés par Janine Mossuz-Lavau (1991) pour la période 1950-1990.

D'abord interprétée comme une grande victoire, l'adoption, en 1967, de la loi Neuwirth qui légalise la contraception a récemment fait l'objet d'une étude plus critique par Sophie Chauveau (2003). Celle-ci souligne à quel point son application a été entravée par la résistance de l'appareil administratif, qui a longtemps hésité à approuver la pilule et le stérilet, retardant ainsi la mise en marché des moyens contraceptifs les plus sûrs

15. Pour le XIX^e siècle, voir Langlois (2005).

jusqu'en 1973. Malgré l'adoption de cette loi, les femmes ont donc continué à recourir à l'avortement en assez grand nombre, d'autant que la loi de 1967 n'autorisait pas la diffusion et la vente de produits contraceptifs aux mineurs, ce qui a contribué à enclencher la lutte pour obtenir sa légalisation.

Alors que pour la période avant 1970 les historiographies française et québécoise se démarquent par des thématiques liées à la spécificité de l'histoire de la contraception de ces deux sociétés, on peut dire que pour les décennies récentes elles ont emprunté des chemins similaires, la lutte pour l'avortement libre et gratuit constituant le thème de prédilection de plusieurs chercheuses. Cela n'est guère surprenant; de part et d'autre de l'Atlantique, cette revendication est devenue emblématique de la «deuxième vague» féministe, du moins de sa frange la plus radicale qui est parvenue à forcer le débat public sur cette question au moyen de stratégies souvent percutantes et à obtenir, non sans peine, sa libéralisation¹⁶.

L'histoire des luttes pour l'avortement libre et gratuit, marquée par de nombreux épisodes, est maintenant bien documentée tant pour la France que pour le Québec. Sur le plan factuel, ces luttes se différencient bien évidemment en raison du contexte national spécifique dans lequel elles se sont déroulées; il reste cependant que quelques traits communs se dégagent, notamment l'âpreté du combat que les féministes ont dû mener. Comme l'a souligné Louise Desmarais (2002), parmi d'autres, la revendication pour l'avortement libre et gratuit était particulièrement subversive, car en réclamant pour les femmes le contrôle absolu de leur corps et de leur fonction reproductrice, elle s'attaquait aux fondements mêmes des sociétés patriarcales. Les résistances ont donc été farouches, comme les péripéties qui ont mené à la modification des lois le laissent clairement voir.

La victoire n'est d'ailleurs pas définitive. Au Canada, si, en principe, l'avortement n'est plus considéré comme un crime, il reste que l'opposition des groupes pro-vie a réussi à rendre sa pratique très hasardeuse et à en limiter l'accès, les médecins hésitant à ouvrir ou à travailler dans des cliniques qui offrent ce service, de crainte de faire l'objet de harcèlement ou même d'agressions de la part des fanatiques antichoix. En outre, le Canada est le seul pays industrialisé qui se trouve dans une situation de

16. On pense à la publication de manifestes, dont celui des 343 en France, à l'organisation de voyages à l'étranger (en Angleterre à partir de la France ou aux États-Unis à partir du Québec) ou même à la pratique d'avortements sur place, au mépris des lois. Voir Lamoureux (1983), Godard (1992), Desmarais (1999), Friedmann (2006), Zancarini-Fournel (2003) et Gauthier (2002).

« vide juridique » en matière d'avortement, la loi de 1969 ayant été invalidée par la Cour suprême en 1988, sans que le gouvernement soit parvenu à en faire adopter une nouvelle, ce qui laisse planer bien des incertitudes. À ce chapitre, la France paraît mieux lotie, d'autant que l'actuel gouvernement conservateur fait montre d'une dangereuse propension à appuyer toute initiative qui cherche à limiter les droits des femmes en ce domaine.

Il est un dernier point qui mérite d'être souligné au sujet de la lutte pour l'avortement, à savoir le rôle joué par le corps médical. Comme le signalent plusieurs textes, le mouvement pour la libéralisation de l'avortement a été appuyé par des médecins qui y ont occupé une place non négligeable. En France, on pense notamment au Groupe information santé (GIS) qui a travaillé au sein du Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception (MLAC) (Zancarini-Fournel, 2003 ; Garcia, 2005 ; Pavard, 2009).

Au Canada, il faut signaler que c'est sous la pression des médecins et des juristes que le gouvernement a légalisé les avortements thérapeutiques en 1969 (Desmarais, 1999). L'année même où cette loi a été adoptée, le Dr Henry Morgentaler commençait à offrir des avortements dans sa clinique privée au mépris de la loi fédérale qui les interdisait en dehors des hôpitaux où des comités médicaux devaient en baliser la pratique (Lamoureux 1983 ; Godard, 1992). Contrairement à ce qui s'est produit en France, où l'État a choisi de ne pas inculper les médecins qui pratiquaient ouvertement des avortements « illégaux », le gouvernement québécois s'est pour sa part engagé dans une série de poursuites contre le Dr Morgentaler, ce qui a conduit les féministes à se porter à sa défense, ses procès mobilisant bientôt une bonne part de leurs énergies. L'engagement des médecins a donc aussi contribué à faire changer les lois puisque la pratique de l'avortement, revendiquée de manière ostensible, a placé les autorités politiques devant un état de fait qu'il devenait de plus en plus difficile d'ignorer. Tandis que la France légalisait les avortements avec la loi Veil en 1975, au Québec le gouvernement du Parti Québécois élu en 1976 décidait d'abandonner les poursuites contre Morgentaler et d'instaurer des cliniques de planning familial qui offraient des avortements, en parfaite contradiction avec la loi fédérale qui a finalement été déclarée inconstitutionnelle. Il faut donc considérer que certains médecins ou groupes de médecins se sont avérés des « alliés objectifs » dans cette lutte, ce qui, comme le signalent plusieurs auteures, a eu pour conséquence de renforcer la médicalisation des avortements contre laquelle certains groupes féministes avaient pourtant milité.

BIBLIOGRAPHIE

- Accampo, E.A. (1996). «The rhetoric of reproduction and the reconfiguration of womanhood in the French birth control movement, 1890-1920», *Journal of Family History*, vol. 21, n° 3, p. 351-371.
- Accampo, E.A. (2003). «The gendered nature of contraception in France: Neo-Malthusianism, 1900-1920», *Journal of Interdisciplinary History*, vol. 34, n° 2, p. 235-262.
- Ariès, P. (1953). «Sur les origines de la contraception en France», *Population*, vol. 8, n° 1, p. 465-472.
- Baillargeon, D. (1991). *Ménagères au temps de la crise*, Montréal, Remue-ménage.
- Baillargeon, D. (2004). *Un Québec en mal d'enfants. La médicalisation de la maternité 1910-1970*, Montréal, Remue-ménage.
- Bardet, J.-P. et J. Dupâquier (1986). «Contraception : les Français les premiers, mais pourquoi?», *Communications*, vol. 44, p. 3-33.
- Bideau, A. (1983). «Les mécanismes autorégulateurs des populations traditionnelles», *Annales. Économies, sociétés, civilisations*, vol. 38, n° 5, p. 1040-1057.
- Binion, R. (2000). «Marianne au foyer. Révolution politique et transition démographique en France et aux États-Unis», *Population*, vol. 55, n° 1, p. 81-104.
- Bouchard, G. (2000). «La sexualité comme pratique et rapport social chez les couples paysans du Saguenay (1860-1930)», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 54, n° 2, p. 183-217.
- Bouchard, G. et R. Lalou (1993). «La surfécondité des couples québécois depuis le XVII^e siècle, essai de mesure d'interprétation», *Recherches sociographiques*, vol. 34, n° 1, p. 9-44.
- Bouchard, G. et R. Roy (1991). «Fécondité et alphabétisation au Saguenay et au Québec (XIX^e-XX^e siècles)», *Annales de démographie historique*, p. 173-201.
- Cahen, F. (2009). «Medicine, statistics, and the encounter of abortion and "depopulation" in France (1870-1920)», *History of the Family*, vol. 14, p. 19-35.
- Chaperon, S. (2006). «Le MFPP face au féminisme (1956-1970)», dans C. Bard et J. Mossuz-Lavau, *Le planning familial. Histoire et mémoire, 1956-2006*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 21-25.
- Chauveau, S. (2003). «Les espoirs déçus de la loi Neuwirth», *Clio, Histoire, femmes et société*, vol. 18, p. 223-239.
- Cliche, M.-A. (1990). «L'infanticide dans la région de Québec (1660-1969)», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 44, n° 1, p. 31-60.
- Demeulenaere-Douyère, C. (1994). *Paul Robin (1837-1922): un militant de la liberté et du bonheur*, Paris, Publisud.
- Desmarais, L. (1999). *Mémoire d'une bataille inachevée. La lutte pour l'avortement au Québec, 1970-1992*, Montréal, Trait d'union.

- Desmarais, L. (2002). «L'avortement ou l'envers d'un mythe», dans F. Descarries et C. Corbeil (dir.), *Espaces et temps de la maternité*, Montréal, Remue-ménage, p. 51-67.
- Dood, D. (1983). «The Canadian birth control movement on trial, 1936», *Histoire sociale / Social History*, vol. 16, n° 32, p. 411-428.
- Dupâquier, J. (1986). «Combien d'avortements en France avant 1914?», *Communications*, vol. 44, p. 87-106.
- Eck, H. (1992). «Les Françaises sous Vichy», dans G. Duby et M. Perrot (dir.), *Histoire des femmes en Occident*, t. 5, Paris, Plon, p. 185-211.
- Fecteau, J.-M. (1999). «Entre la quête de la nation et les découvertes de la science. L'historiographie québécoise vue par Ronald Rudin», *Canadian Historical Review*, vol. 80, n° 3, p. 454-462.
- Flandrin, J.-L. (1970). *L'Église et le contrôle des naissances*, Paris, Flammarion.
- Flandrin, J.-L. (1976). *Familles : parenté, maison, sexualité dans l'ancienne société*, Paris, Hachette.
- Fournier, D. (1989). «Pourquoi la revanche des berceaux ? L'hypothèse de la sociabilité», *Recherches sociographiques*, vol. 30, n° 2, p. 171-198.
- Friedmann, I. (2006). *Liberté, sexualités, féminisme. Cinquante ans de combat du Planning pour le droit des femmes*, Paris, La Découverte.
- Garcia, S. (2005). «Expertise scientifique et capital militant. Le rôle des médecins dans la lutte pour la légalisation de l'avortement», *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 158, p. 97-115.
- Gauthier, X. (2002). *Naissance d'une liberté. Avortement, contraception : le grand combat des femmes au XX^e siècle*, Paris, Robert Laffont.
- Gauvreau, D. (1991). «Destins de femmes, destins de mères : images et réalités historiques de la maternité au Québec», *Recherches sociographiques*, vol. 32, n° 3, p. 321-346.
- Gauvreau, D. (2004). «La transition de la fécondité au Québec : un exemple de transgression de la morale catholique?», *Études d'histoire religieuse*, n° 70, p. 9-24.
- Gauvreau, D. et D. Gervais (2003). «Les chemins détournés vers une fécondité contrôlée : le cas du Québec, 1930-1970», *Annales de démographie historique*, vol. 2, p. 89-109.
- Gauvreau, D., P. Gossage et D. Gervais (2007). *La fécondité des Québécoises 1870-1970. D'une exception à l'autre*, Montréal, Boréal.
- Gauvreau, M. (2002). «The emergence of personalist feminism : Catholicism and the marriage-preparation movement in Quebec, 1940-1966», dans N. Christie (dir.), *Household of Faith : Family, Gender and Community in Canada, 1760-1969*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, p. 319-346.
- Gervais, D. (2001). «Morale catholique et détresse conjugale au Québec. La réponse du service de régulation des naissances Seréna, 1955-1970», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 55, n° 2, p. 185-215.

- Gervais, D. (2004). «Les couples aux marges du *permis-défendu*. Morale conjugale et compromis pastoral dans les années 1960», *Études d'histoire religieuse*, n° 70, p. 23-39.
- Gervais, D. (2005). *Seréna. La fécondité apprivoisée, 1955-2005*, Montréal, Seréna-Québec.
- Gervais, D. et D. Gauvreau (2003). «Women, priests and physicians: Family limitation in Québec, 1940-1970», *Journal of Interdisciplinary History*, vol. 34, n° 2, p. 293-314.
- Godard, B. (1992). *L'avortement. Entre la loi et la médecine*, Montréal, Liber.
- Gossage, P. (1999). *Families in Transition. Industry and Population in Nineteenth-century Saint-Hyacinthe*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press.
- Guerrand, R.-H. (1971). *La libre maternité*, Paris, Casterman.
- Guerrand, R.-H. et F. Ronsin (1990). *Le sexe apprivoisé: Jeanne Humbert et la lutte pour le contrôle des naissances*, Paris, La Découverte.
- Henripin, J. et Y. Péron (1973). «La transition démographique», dans H. Charbonneau (dir.), *La population, au Québec. Études rétrospectives*, Montréal, Boréal Express, p. 23-44.
- Jennings, É. (2002). «Discours corporatiste, propagande nataliste, et contrôle social sous Vichy», *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 49, n° 4, p. 101-131.
- Koos, C. (1996). «Gender, anti-individualism, and nationalism: the Alliance nationale and the pro-natalist backlash against the *Femme moderne*, 1933-1940», *French Historical Studies*, vol. 19, n° 3, p. 699-723.
- Lalou, R. (1993). «Quand l'école des femmes était une école des mères. Influence de l'instruction sur la fécondité des Québécoises (1850-1940)», *Cahiers québécois de démographie*, vol. 22, n° 2, p. 229-262.
- Lamoureux, D. (1983). «La lutte pour le droit à l'avortement», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 37, n° 1, p. 81-90.
- Langlois, C. (2005). *Le crime d'Onan. Le discours catholique sur la limitation des naissances (1816-1930)*, Paris, Les Belles Lettres.
- Lavigne, M. (1983). «Réflexions féministes autour de la fertilité des Québécoises», dans N. Fahmy-Eid et M. Dumont, *Maîtresses de maison, maîtresses d'école. Femmes, familles et éducation dans l'histoire du Québec*, Montréal, Boréal, p. 319-338.
- Le Naour, J.-Y. et C. Valenti (2003). *Histoire de l'avortement, XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Seuil, coll. «L'univers historique».
- Lévesque, L. (1989). *La norme et les déviantes. Des femmes dans l'entre-deux-guerres au Québec*, Montréal, Remue-ménage.
- Lévy, M.-F. (2002). «Le mouvement français pour le planning familial et les jeunes», *Vingtième siècle*, vol. 75, p. 75-84.

- Luca, V. de (2005). «Reconquérir la France à l'idée familiale. La propagande nataliste et familiale à l'école et dans les casernes (1920-1939)», *Population*, vol. 60, n^{os} 1-2, p. 13-38.
- McLaren, A. et A. Tiger McLaren (1986). *The Bedroom and the State. The Changing Practices and Politics of Contraception and Abortion in Canada, 1880-1980*, Toronto, McClelland and Stewart.
- More, C. (2004). «Sexualité et contraception vues à travers l'action du Mouvement français pour le planning familial de 1961 à 1967», *Le Mouvement social*, vol. 207, p. 75-95.
- Mossuz-Lavau, J. (1991). *Les lois de l'amour. Les politiques de la sexualité en France (1950-1990)*, Paris, Payot.
- Mouvement français pour le planning familial – MFPF (1982). *D'une révolte à une autre. 25 ans d'histoire du planning familial*, Paris, Éditions Tierce.
- Muel-Dreyfus, F. (1996). *Vichy et l'éternel féminin*, Paris, Seuil.
- Olivier, C. (2002). «Du "crime contre la race". L'avortement dans la France de la Révolution nationale», dans C. Bard, F. Chauvaud, M. Perrot et J.-G. Petit (dir.), *Femmes et justice pénale, XIX^e-XX^e siècles*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 253-264.
- Olivier, C. (2005). *Le vice ou la vertu. Vichy et les politiques de la sexualité 1940-1944*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail, coll. «Tempus».
- Olson, S. et P. Thornton (2001). «La croissance naturelle des Montréalais au XIX^e siècle», *Cahiers québécois de démographie*, vol. 30, n^o 2, p. 191-230.
- Pavard, B. (2009). «Genre et militantisme dans le mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception. Pratique des avortements (1973-1979)», *Clio. Histoire, femmes, société*, vol. 29, p. 79-96.
- Pedersen, J.E. (1996). «Regulating abortion and birth control: Gender, medicine, and republican politics in France, 1870-1920», *French Historical Studies*, vol. 3, p. 673-698.
- Ronsin, F. (1980). *La grève des ventres: propagande néo-malthusienne et baisse de la natalité en France, 19^e et 20^e siècles*, Paris, Aubier-Montaigne.
- Rudin, R. (1998). *Faire de l'histoire au Québec*, Québec, Septentrion.
- Saillant, F. (1990). «Les recettes de médecine populaire. Pertinence anthropologique et clinique», *Anthropologie et sociétés*, vol. 14, n^o 1, p. 93-114.
- Saillant, F. et H. Laforce (1993). «Le jeu des règles: médecine domestique et pratiques sociales», dans D. Lamoureux (dir.), *Avortement. Pratiques, enjeux, contrôle social*, Montréal, Remue-ménage, p. 17-48.
- Sèvegrand, M. (1995). *Les enfants du Bon Dieu. Les catholiques français et la procréation au XX^e siècle*, Paris, Albin Michel.
- Szreter, S., R.A. Nye et F. van Poppel (2003). «Fertility and contraception during the demographic transition: Qualitative and quantitative approaches», *Journal of Interdisciplinary History*, vol. 34, n^o 2, p. 141-154.

- Thébaud, F. (1985). «Le mouvement nataliste dans la France de l'entre-deux-guerres: l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française», *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, p. 276-301.
- Thébaud, F. (1996). *Quand nos grands-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, Paris, Presses universitaires de Lyon.
- Tomlinson, R. (1985). «The “disappearance” of France, 1896-1940: French politics and the birth rate», *The Historical Journal*, vol. 28, n° 2, p. 405-415.
- Zancarini-Fournel, M. (2003). «Histoire(s) du MLAC, 1973-1975», *Clio. Histoire, femmes et société*, vol. 18, p. 241-252.

DE LA CONTRACEPTION À LA STÉRILISATION

Représentations et motivations parmi des personnes stérilisées au Québec et en France¹

Laurence CHARTON

La contraception médicale et la possibilité de recourir librement à l'avortement et à la stérilisation ont profondément changé les comportements féconds des couples. Avec la maîtrise de la procréation, ceux-ci peuvent désormais espérer avoir le nombre d'enfants qu'ils désirent et pouvoir choisir le moment de leur naissance (Leridon, 1995 ; Charton, 2009 ; Régnier-Loilier et Solaz, 2010). Si la décision d'avoir un enfant dépend de nombreuses conditions (Hobcraft et Kiernan, 1995), celle de ne pas ou

1. Cet article s'inscrit dans un projet franco-québécois sur le recours à la stérilisation contraceptive qui a bénéficié de l'appui financier du Partenariat Familles en mouvance et dynamiques intergénérationnelles coordonné par l'INRS Urbanisation, Culture et Société à Montréal.

de ne plus en vouloir, et de mettre tout en œuvre pour cela – notamment en recourant à une stérilisation contraceptive –, l'est tout autant, mais le recours à cette stratégie et sa reconnaissance dépendent des contextes socioculturels.

Au Canada et au Québec, la stérilisation contraceptive s'est libéralisée avec la loi de 1969, en même temps que l'ensemble des autres méthodes contraceptives médicales. Auparavant, elle n'était accessible que dans certaines conditions assez restrictives, communément appelées la «règle du cent²». À partir de 1971, la stérilisation devient accessible à tous et prend un essor considérable dans toutes les provinces, notamment au Québec. En 2001, dès l'âge de 30 à 39 ans, près de deux Québécoises sur cinq déclarent ainsi être stérilisées ou vivre avec un homme ayant eu une vasectomie (15 % par une stérilisation féminine et 22 % par une masculine) et plus d'une sur deux parmi les femmes âgées de 40 à 49 ans (31 % par une stérilisation féminine et 21 % par une masculine) (Charton et Lapierre-Adamcyk, 2010). En France, il faut attendre les lois de 1999 et 2001 pour que la stérilisation contraceptive soit admise sur le fondement d'une indication «médicale» (incluant des considérations médico-sociales) et non plus seulement «thérapeutique». Auparavant, la stérilisation «volontaire» était interdite, au nom d'un principe de «non-mutilation» du corps³. Malgré le changement de loi, la stérilisation contraceptive reste toutefois toujours peu pratiquée en France : seulement 2 % des femmes déclarent en 2005 avoir eu recours à une ligature des trompes et moins nombreux encore sont les hommes qui déclarent être vasectomisés (Charton et Lapierre-Adamcyk, 2008).

Qu'est-ce qui amène des femmes et des hommes à choisir à un moment donné une méthode contraceptive «définitive⁴»? Autrement dit, qu'est-ce qui fait qu'une personne, au Québec et en France, passe d'une

-
2. Selon cette règle, toute candidate à la ligature des trompes devait, pour avoir accès à l'intervention, obtenir un score minimum de 100 lorsqu'on multipliait son âge par le nombre d'enfants qu'elle avait mis au monde (Marcil-Gratton, Lapierre-Adamcyk et Duchesne, 1985).
 3. Le Conseil national de l'Ordre des médecins ne l'estime acceptable que pour des motifs médicaux graves, comme une grossesse pouvant mettre en péril la santé de la femme. Les femmes et les hommes stérilisés volontairement avant 2001 y avaient ainsi recours «à la discrétion» des médecins.
 4. Nous notons ce terme entre guillemets, car dans les documents médicaux remis aux personnes s'informant sur cette technique il est indiqué que la stérilisation à visée contraceptive est «en principe» irréversible. En pratique, il est possible de recourir sous certaines conditions à une anastomose tubo-tubéaire et à une vasovasectomie (opérations de réversibilité).

méthode contraceptive réversible à une méthode « irréversible » ? Comment ces personnes ont-elles vécu ou envisagent-elles les méthodes contraceptives réversibles ? Existe-t-il des différences dans les représentations associées aux différentes méthodes contraceptives entre la France et le Québec ? Mais, aussi, est-ce que le faible choix contraceptif proposé aux hommes influence leur décision de recourir à une vasectomie ? De même, est-ce que les femmes se font stériliser à défaut d'autres méthodes mieux adaptées pour elles et leur couple ?

Pour répondre à ces questions, nous nous appuyerons sur l'analyse d'entretiens menés, entre 2005 et 2007, en France (Alsace-Lorraine) et au Québec (Montréal et sa région), auprès de vingt-cinq femmes (treize au Québec et douze en France) et onze hommes (huit au Québec et trois en France) qui ont eu recours à une stérilisation contraceptive. Plus précisément, nous étudierons dans un premier temps les représentations que ces personnes associent à différentes méthodes contraceptives réversibles. Puis, dans un second temps, nous analyserons les raisons qui ont motivé ces personnes à recourir à une stérilisation.

1. LA MÉTHODOLOGIE

1.1. LES PARTICIPANTS

Au Québec, les treize femmes rencontrées ont entre 32 et 65 ans. Elles ont eu une ligature des trompes entre 1976 et 2002 alors qu'elles étaient âgées de 25 à 39 ans (cinq femmes étaient âgées de moins de 30 ans). Les huit hommes interrogés ont eu une vasectomie entre 1983 et 2004 ; ils avaient alors entre 30 et 40 ans (quatre étaient âgées de moins de 35 ans). Un homme a eu deux vasectomies : la première à 30 ans, suivie cinq ans plus tard d'une vasovasectomie, puis d'une seconde stérilisation à 40 ans. Toutes les personnes rencontrées au Québec se sont mises en couple après 1965, c'est-à-dire dans un contexte où les personnes qui sont des contraceptrices emploient la pilule dès le début de leur mariage (Henripin, Huot, Lapierre-Adamcyk et Marcil-Gratton, 1981).

En France, les douze femmes rencontrées sont âgées à l'enquête de 38 à 68 ans et ont eu recours à une stérilisation (par ligature ou obstruction des trompes – méthode Essure) entre 29 et 46 ans. Sept femmes ont eu une stérilisation avant 2001, entre 1970 et 1999, et cinq femmes après la légalisation de cette pratique. Les hommes rencontrés en France

ont entre 56 et 64 ans, deux d'entre eux ont eu une vasectomie au milieu des années 1970 et le troisième a eu recours à deux vasectomies (la première ayant raté) entre 2003 et 2006.

1.2. LES PROCÉDURES D'ENTRETIEN

Tous les entretiens ont été réalisés sur la base d'une conversation divisée en trois grands thèmes : l'avant-stérilisation (histoire dans la famille d'origine, individuelle, familiale, parcours contraceptif) ; le processus du recours à la stérilisation (influence de l'environnement, contexte de l'acte) et l'après-stérilisation (avantages/inconvénients, histoires conjugales, professionnelle et personnelle, regrets éventuels). Ils ont été enregistrés et retranscrits littéralement et intégralement.

Avant chaque extrait, afin de contextualiser le parcours contraceptif de la personne enquêtée, quelques informations sur cette personne (avec son pseudonyme) sont fournies entre parenthèses, notamment : son pays/ sa province de résidence, son année de naissance, le nombre d'enfants, l'année de la stérilisation et l'âge à la stérilisation.

2. LES RÉSULTATS

2.1. LES REPRÉSENTATIONS ASSOCIÉES À DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES RÉVERSIBLES

Pour appréhender au mieux les représentations associées aux différentes méthodes contraceptives réversibles, nous les étudierons à partir de trois grands groupes contraceptifs : les méthodes « traditionnelles » et « naturelles », les méthodes barrières et les méthodes médicales⁵.

2.1.1. Les méthodes « naturelles » et « traditionnelles »

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS ; 2005), les méthodes naturelles (ou biologiques) de planification des naissances sont les méthodes basées sur l'identification des jours où la femme est féconde.

5. La fiabilité des méthodes contraceptives est traitée par des études cliniques et se mesure par le nombre de grossesses chez 100 femmes qui utilisent cette méthode pendant une année. Cette mesure est connue sous le nom d'indice de Pearl. L'Organisation mondiale de la santé (2005, p. 67) juge une contraception efficace lorsque l'indice de Pearl est inférieur à 5%.

Ces méthodes supposent l'abstinence sexuelle pendant la période féconde. C'est pourquoi le coït interrompu (ou retrait) et la douche vaginale ne sont pas classés parmi les méthodes dites « naturelles », mais parmi les méthodes traditionnelles⁶.

2.1.1.1. La douche vaginale ou le lavement vaginal⁷

Marie (France, 1938, 7 enfants, 1970, 32 ans), qui a utilisé cette méthode pour tenter de limiter sa descendance, relate que c'est son pharmacien qui conseilla à son mari cette pratique contraceptive : « *J'ai eu trois enfants en trois ans. Je n'en voulais plus. Alors mon mari avait été dans une pharmacie [...]. Et [on lui a expliqué qu']après chaque rapport il fallait faire une eau savonneuse, la faire rentrer dans la poire et se laver le vagin. C'est tout ce qu'on avait comme solution.* »

Marie souligne l'inefficacité de cette méthode, puisque, malgré son utilisation après chaque rapport sexuel, elle a eu neuf enfants en onze ans. C'est à la suite de la naissance de son neuvième enfant qu'une stérilisation lui a été proposée. À travers le témoignage de Marie transparaissent la condition et la détresse de nombreuses femmes qui n'avaient pas accès à l'époque à des méthodes contraceptives efficaces, ce qui recoupe d'autres récits, comme ceux d'Agnès (France, 1942, 3 enfants, 1976, 34 ans) et de Colette (France, 1945, 4 enfants, 32 ans, 1977). La menace de la grossesse faisait aussi en sorte que ces femmes ne pouvaient apprécier l'acte sexuel (Beauvoir, 1949), et chaque rapport sexuel prenait place avec « la peur au ventre » (Thébaud, 1984). Marie se confie ainsi : « *Pendant toutes ces années. Oui, oui, oui, c'était ma hantise, d'avoir des rapports. [...] J'avais pas de plaisir, rien.* » De même, Agnès souligne l'angoisse qu'elle éprouvait à chaque rapport sexuel : « *Tu as [...] tout le temps l'angoisse, hein, quand tu fais l'amour, de tomber enceinte.* » Ces femmes rencontrées en France ont ainsi témoigné de leur détresse et de leur impuissance à contrôler leur fécondité.

6. Le retrait consiste à retirer le pénis du vagin avant l'éjaculation, et la douche vaginale, à recourir à un « lavement » à l'eau seule ou associée à des plantes ou à des substances chimiques disponibles, comme l'acide citrique (citron) ou acétique (vinaigre), après l'éjaculation pour retirer le sperme du vagin.

7. Méthodes pratiquées en France dès le XVIII^e siècle (McLaren, 1996 ; Beaupré et Guerrand, 1997). L'utilisation des douches vaginales fut conseillée par les médecins et les pharmaciens jusque dans les années 1960.

2.1.1.2. Le coït interrompu (retrait)

La méthode du coït interrompu⁸ concerne principalement l'homme. Les deux hommes rencontrés au Québec qui ont utilisé cette technique témoignent de la faible efficacité de la méthode. Frédéric (Québec, 1961, 2 enfants, 1997, 36 ans) raconte ainsi son expérience : « *On faisait la méthode du retrait préventif. Et on surveillait aussi les dates évidemment. Mais ça a pas été très efficace. Elle est tombée enceinte deux fois avec cette méthode-là.* » Le plus souvent, les couples qui ont accès aux méthodes médicales et qui optent pour cette pratique le font lorsque la femme ne souhaite pas ou plus d'enfants, ou ne peut pas ou plus assumer la contraception, et que l'homme ne souhaite pas ou plus utiliser un condom. Ce fut notamment les raisons évoquées par Olivier (Québec, 1961, 3 enfants, 1998, 37 ans).

2.1.1.3. La méthode Ogino-Knaus (méthode du calendrier ou méthode du rythme)

La méthode Ogino-Knaus⁹ est une méthode assez contraignante, car les périodes fertiles et donc les périodes d'abstinence peuvent être longues, surtout chez des femmes aux cycles très irréguliers. Au Québec, les femmes qui ont déclaré suivre cette méthode contraceptive l'ont fait le plus souvent au moment des premiers rapports sexuels. Elles ont ensuite assez rapidement changé de méthode parce qu'elles connaissaient sa faible fiabilité. Tout en ayant fait « attention » d'éviter un rapport sexuel aux dates supposées fécondes, Lucie (Québec, 1955, 1 enfant, 1984, 39 ans), Carole (France, 1966, 5 enfants, 1999, 33 ans) et Rachel (France, 1958, 2 enfants, 1994, 36 ans) se sont retrouvées enceintes.

Avec le témoignage de Rachel, outre la faible efficacité de cette méthode, c'est l'inquiétude ressentie par ses femmes avant leur menstruation qui transparait aussi : « [Avant le mariage] *on comptait les jours parce*

8. L'efficacité de la méthode est faible, puisque l'indice de Pearl se situe dans ce cas entre 8 et 18 %.

9. La méthode Ogino-Knaus a été mise au point dans les années 1930 simultanément par un Japonais, Kyusaku Ogino (1930), et un Autrichien, Hermann Knaus (1929). Elle est considérée comme naturelle, car elle consiste à éviter les rapports sexuels durant la période de fécondabilité. Aujourd'hui, un des vestiges de cette méthode est le « mythe du 14^e jour », vu comme étant le jour de l'ovulation par beaucoup de femmes, en particulier les adolescentes (Écochard *et al.*, 1998). Présentée comme la moins efficace des méthodes prévisionnelles, son indice de Pearl est fixé à 9 % par l'OMS, d'où les nombreux « bébés Ogino », échecs de la méthode souvent cités avant les années 1980 (Wilson, 2008).

qu'on disait un moment donné qu'entre le quinzième – je ne sais même plus – entre le quinzième et le vingt et [...] Oh, je ne sais plus, c'est tellement loin [...] Je me souviens, j'avais une copine du même âge, c'était pareil; à tous les mois on se disait "Tu les as?" » [rires]

Quelles que soient les raisons qui ont conduit ces femmes à choisir cette méthode (entrée dans la vie sexuelle, difficulté à avoir accès à la pilule ou au condom, confiance en la méthode, etc.), les conditions liées à sa bonne pratique sont complexes (cycles réguliers, implication du couple, etc.), ce qui rend l'efficacité de cette méthode contraceptive relativement faible.

2.1.1.4. Les méthodes des températures, d'auto-observation et symptothermique

Ces méthodes¹⁰, pour être efficaces, forcent les couples à une grande rigueur et leur imposent de ne pas avoir de rapports sexuels pendant les périodes fertiles, ce qui en fait des méthodes relativement contraignantes.

À travers le témoignage de Lise (Québec, 1948, 3 enfants, 1976, 28 ans), ce sont la fiabilité de la méthode et la nécessité d'une stricte auto-observation et d'un contrôle de soi qui sont mises en évidence :

10. La méthode des températures est une technique mise au point dans les années 1930-1940 (Rubenstein, 1937; Ferin, 1947) qui permet à la femme, à partir de la prise de température, de mieux connaître le cycle menstruel et le fonctionnement hormonal et d'identifier le moment de l'ovulation pour favoriser ou non une grossesse. L'OMS donne à cette méthode, pratiquée de manière stricte, un indice de Pearl de 1 % pour son efficacité théorique (Wilson, 2008). Sa grande fiabilité impose cependant une longue période de continence, en particulier pour des femmes aux cycles longs. Les couples doivent être disciplinés quant à la prise, au report et à l'interprétation de la température sur la courbe. C'est pourquoi la méthode est rarement utilisée seule, mais en association avec la méthode Ogino-Knaus, Billings ou une méthode barrière. La méthode Billings repose sur l'observation de la glaire cervicale. L'indice de Pearl fixé à 3 % par l'OMS va de 0,86 % à 4,4 % pour l'efficacité théorique de la méthode d'ovulation Billings (MOB) (Xu *et al.*, 1993; Wilson, 2008). La méthode symptothermique utilise un double contrôle: l'évaluation de la glaire cervicale en relation avec les calculs en période préovulatoire et avec la courbe thermique en période postovulatoire. Elle s'est développée dès 1964 afin d'augmenter la fiabilité de l'auto-observation (Von Fragstein *et al.*, 1988; Leizaola, 1994). Une vaste étude française, réalisée en 2000, observe un indice de Pearl de 1 % lié à la méthode et de 7 % lié à une mauvaise utilisation (Écochard *et al.*, 1988). L'OMS donne à la méthode symptothermique un indice de Pearl de 2 quant à son efficacité théorique (Wilson, 2008). Cette méthode semble être la plus fiable des méthodes naturelles, mais elle est exigeante car elle nécessite une grande motivation de la femme et du couple.

Mon conjoint disait : « Il faut faire attention et tout ça » [...] Je me suis dit, tu te connais au point de vue corps, et effectivement j'ai jamais eu de problème pour contrôler avec la méthode du thermomètre [...] [mes enfants] je voulais pas les avoir si rapprochés. Alors en donnant deux ans et neuf mois comme ça... J'avais calculé, bon, deux ans un, deux ans et demi l'autre, et puis j'ai dit, [à] 30 ans, c'est assez.

Si les exigences qu'impose la méthode symptothermique ne sont pas respectées de manière stricte, le couple doit souvent faire face à une grossesse non planifiée. C'est ce qui s'est produit à deux reprises pour Maryse (Québec, 1957, 1 enfant, 1991, 34 ans), qui explique être passée de l'emploi d'un stérilet à la méthode symptothermique à la suite d'une annonce publiée par Seréna (Service de régulation des naissances) en 1977 : *« J'ai enlevé le stérilet et j'ai pratiqué ça. Puis ce qui devait arriver est arrivé : je suis devenue enceinte. [...] J'ai allaité, j'ai continué avec la méthode... [symptothermique]. Et là je suis devenue enceinte une deuxième fois, six mois après. Puis là j'ai eu un avortement. [...] [j'ai ensuite] repris le stérilet. »*

La méthode d'auto-observation n'a pas été concluante non plus pour Ève (Québec, 1965, 2 enfants, 2004, 39 ans), puisqu'elle l'a conduite à une grossesse non attendue. Parmi les personnes rencontrées (six femmes et deux hommes au Québec et deux femmes en France) qui ont utilisé à un moment donné une méthode traditionnelle ou naturelle, deux femmes sont assez rapidement passées à une méthode qu'elles jugeaient plus sûre (pilule et condom), cinq femmes et deux hommes ont été confrontés à une grossesse non voulue, et seule une femme a réussi, en combinant la méthode des températures et en s'auto-observant, à gérer l'espacement des naissances de ses enfants. Ce dernier parcours a toutefois nécessité un contrôle de soi permanent que Lise exprime en disant : *« J'ai toujours contrôlé. »*

L'efficacité des méthodes traditionnelles et naturelles est très variable, mais le taux d'échec observé parmi les personnes rencontrées utilisatrices de l'une ou l'autre de ces méthodes est élevé (cinq échecs de contraception sur six parmi les personnes ayant utilisé ce type de méthodes), ce qui en fait au bout du compte une méthode peu efficace.

2.1.2. Les méthodes barrières

Trois types de méthodes barrières ont été évoqués lors des entretiens : le diaphragme, les spermicides et le préservatif.

2.1.2.1. Le diaphragme

Le diaphragme est une membrane qui se glisse à l'intérieur du vagin pour couvrir le col de l'utérus et empêcher le passage des spermatozoïdes¹¹. Julie (Québec, 1973, 3 enfants, 2002, 29 ans) est la seule personne rencontrée qui a déclaré avoir utilisé un diaphragme. Elle avait choisi cette méthode, car elle n'avait pas alors de relations sexuelles régulières et pensait que ce contraceptif était le mieux adapté à sa situation. Cette méthode n'a pas été concluante pour Julie, puisqu'elle s'est retrouvée enceinte, probablement à la suite d'une mauvaise utilisation. Après cet échec contraceptif, Julie n'a plus voulu employer cette méthode. Elle déclare ne plus avoir utilisé de contraceptifs jusqu'à la naissance de son deuxième enfant, sept années plus tard.

2.1.2.2. Les spermicides (ovules, crèmes et tampons)

Les spermicides¹² (ovules, crèmes et tampons) sont des produits tensio-actifs qui se déposent sur la muqueuse vaginale en ayant une action spermicide. Trois femmes en France ont déclaré avoir utilisé des spermicides. Ce mode de contraception n'a toutefois pas été employé très longtemps par ces femmes, en raison de divers inconvénients, tels que l'insertion de l'ovule et du tampon avant le rapport sexuel, et des désagréments physiques occasionnés par les spermicides. Catherine (France, 1966, 2 enfants, 2006, 40 ans) dénonce ainsi l'aspect non pratique de la méthode et Sandra (France, 1960, 0 enfant, 2006, 46 ans) témoigne aussi du non-confort de ce type de contraception et des effets secondaires induits selon elle par les spermicides : *« Il y a eu une période où [...] j'ai utilisé les tampons spermicides, et puis [...] je me suis posé la question du stérilet parce que ça pouvait être plus pratique que les tampons spermicides. J'avais des problèmes de mycose, de... Vraiment, moi, j'avais tous les problèmes possibles et imaginables. »* Charlotte (France, 1957, 3 enfants, 1986, 29 ans) souligne aussi les inconvénients que lui causaient les ovules spermicides : *« [Au début] on a utilisé les ovules contraceptifs [...] [mais] j'aimais pas parce qu'en fait ça coule, j'aimais pas ce côté-là. »* Les désagréments occasionnés par les spermicides font que cette méthode n'a été utilisée que temporairement et sur une courte durée.

11. Il ne doit pas être enlevé avant six heures suivant le rapport et ne doit pas être laissé plus de 24 heures. L'indice de Pearl oscille entre 16 % et 20 %.

12. L'indice de Pearl varie entre 2 % et 6 %.

2.1.2.3. Le préservatif ou condom

Le préservatif est la méthode barrière la plus utilisée actuellement dans les pays occidentaux, notamment pour se protéger des infections sexuellement transmissibles. Correctement utilisé, le préservatif a un taux d'échec de l'ordre de 3 %, mais en raison d'« accidents » (rupture, retrait tardif, etc.) fréquents le taux semble plutôt proche de 14 %. Les personnes rencontrées ont associé de nombreux inconvénients au préservatif, notamment sa gestion difficile, sa faible fiabilité, les irritations et une baisse des sensations sexuelles.

Gestion difficile et coût du préservatif

Jacques (France, 1942, 2 enfants, 1976, 34 ans), qui a commencé à avoir des rapports sexuels dans les années 1960, mentionne la difficulté de se procurer des préservatifs en France avant les années 1970. Si l'accessibilité aux préservatifs est dorénavant beaucoup plus facile, il n'en reste pas moins, comme l'indique Claire (France, 1958, 2 enfants, 2003, 45 ans), que l'emploi de préservatifs demande une certaine organisation, notamment d'anticiper son besoin, et qu'il occasionne un coût : « *Le préservatif, c'est une gestion quand même plus lourde. Il faut toujours en avoir, déjà. C'est aussi relativement coûteux, des préservatifs.* »

Échec ou risque d'échec contraceptif

Johanne (Québec, 1953, 1 enfant, 1992, 39 ans), qui a changé de contraceptif pour réduire le risque de grossesse, s'est retrouvée enceinte malgré l'utilisation d'un condom. Elle raconte : « *Après ça [méthode du calendrier], j'ai pris le condom [...] j'ai mis le condom et je suis tombée enceinte. Alors ça m'a comme enlevé l'envie de le continuer comme moyen de contraception.* » Bien que non rassurée quant à l'efficacité du condom, Johanne continuera à l'utiliser avec ses partenaires sexuels occasionnels. Sylvie (Québec, 1967, 2 enfants, 2000, 33 ans), qui ne supportait plus les pilules anovulantes et qui ne souhaitait pas porter un stérilet, a utilisé également un préservatif avec son partenaire, même si elle était toujours angoissée à l'idée de se retrouver enceinte. Tout en utilisant un préservatif, les femmes ne se sentent donc pas totalement à l'abri d'une grossesse non désirée.

Irritations génitales pour la partenaire

Deux hommes ont affirmé au Québec que le préservatif a provoqué des irritations chez leur partenaire : Frédéric (Québec, 1961, 2 enfants, 1997, 36 ans) et Rémi (Québec, 1974, 2 enfants, 2004, 30 ans), qui explique : « *Elle faisait des infections urinaires, je pense. C'était pas conseillé. Alors je me suis toujours dit, [...] pourquoi utiliser un moyen de contraception que je sais que c'est pas agréable avec ma conjointe.* »

Altérations des sensations sexuelles

Les hommes ont mentionné aussi fréquemment ne pas apprécier l'utilisation d'un condom qu'ils trouvent désagréable, comme Martin (France, 1956, 0 enfant, 2003, 47 ans), Jacques (France, 1942, 2 enfants, 1976, 34 ans), Rémi (Québec, 1974, 2 enfants, 2004, 30 ans), Frédéric (Québec, 1961, 2 enfants, 1997, 36 ans) et Michel (Québec, 1952, 2 enfants, 1983, 31 ans), qui précise un peu son vécu : « *Quand je prenais un condom, c'était vraiment désagréable. Je faisais une comparaison comme prendre sa douche avec un bas : c'est très désagréable.* »

Quelques femmes ont aussi exprimé un ressenti négatif vis-à-vis du préservatif, comme Madeleine (Québec, 1955, 4 enfants, 1984, 29 ans), Carole (France, 1966, 5 enfants, 1999, 33 ans) et Michèle (France, 1969, 1 enfant, 2006, 37 ans) pour qui son utilisation est une méthode non naturelle : « *Le condom, ça coupe tout, c'est pas naturel.* » Sandra (France, 1960, 0 enfant, 2006, 46 ans) a déclaré pour sa part que le préservatif ne convenait pas à son partenaire en raison de problèmes d'érection : « *Le problème, c'est que le compagnon que j'ai là a 50 ans et que le préservatif... quand je l'ai rencontré, il avait quelques petits problèmes d'érection, donc le préservatif, ça ne marchait pas.* »

Trois femmes, Marie (France, 1938, 7 enfants, 1970, 32 ans), Christine (Québec, 1954, 2 enfants, 1979, 25 ans) et Ève (Québec, 1965, 2 enfants, 2004, 39 ans), ont expliqué aussi que leur conjoint ne voulait pas utiliser un préservatif. Cela laisse entrevoir les enjeux de pouvoir qui peuvent exister au sein des couples autour du choix de la méthode contraceptive et notamment dans l'emploi du préservatif, comme le témoignage d'Ève (qui ne supportait plus la pilule contraceptive et qui ne souhaitait pas un stérilet) le laisse aussi transparaître :

[Entre les deux naissances] *c'était toujours le condom. [...] ça posait un peu un problème. C'était désagréable et c'était source de tensions [...] [après la deuxième] ça a été condom et abstinence! [...] C'était toujours par rapport au condom qui fonctionnait pas et qui était pas adéquat et c'était toujours « attention » et tout ça. Alors c'était surtout à cause de la non-fréquence des relations et que là on était un peu tannés de ça et qu'on voulait ravoir une vie sexuelle normale, si on veut.*

Ces discussions autour de l'emploi ou non d'un préservatif et du risque de grossesse ont eu des conséquences sur l'harmonie du couple et ont amené Ève à recourir à une ligature des trompes.

Les méthodes barrières, et en particulier le préservatif, sont considérées comme des méthodes désagréables, interrompant l'acte sexuel et limitant de cette manière l'expérience sexuelle. Elles sont aussi considérées comme des méthodes contraceptives temporaires (à utiliser avant une relation « stable » ou entre les naissances) et « non naturelles », car elles perturbent des pratiques sexuelles appropriées (pas d'interruption jusqu'au coït). L'utilisation du condom est ainsi considérée comme une « béquille » aux « vraies méthodes », celles qui s'utilisent indépendamment d'un rapport sexuel (méthodes « non coïtales »).

2.1.3. Les méthodes médicales réversibles

Les méthodes contraceptives médicales, en augmentant l'efficacité contraceptive, ont contribué également à des changements de comportements individuels et entre partenaires. Les couples ne se sentent plus astreints à une éventuelle continence périodique, et l'angoisse d'une grossesse non voulue se fait moins prégnante. L'accès à ces méthodes a par ailleurs induit pour les femmes de nouvelles contraintes en les astreignant à des contrôles médicaux et en les contraignant à une plus grande responsabilité contraceptive et reproductive. Parmi les méthodes médicales réversibles, trois types de méthodes ont été énoncés par les personnes stérilisées rencontrées : la pilule anovulante, l'anneau, le timbre ou l'implant contraceptifs et le stérilet.

2.1.3.1. La pilule anovulante

L'objectif de la pilule contraceptive est d'agir sur les mécanismes hormonaux en bloquant l'ovulation¹³, mais plusieurs risques ont été soulevés par les répondants¹⁴.

Risques soulevés pour la santé de la femme et des enfants à venir

Les différents débats au moment de sa diffusion ont eu des impacts sur les représentations de la pilule contraceptive. Ainsi, Agnès (France, 1942, 3 enfants, 1976, 34 ans), qui n'a pas eu accès en début de vie reproductive aux méthodes contraceptives médicales, déclare ne pas avoir souhaité prendre la pilule en raison des risques pour la santé qu'on craignait à cette époque (début des années 1970). Elle explique : « *Dans le temps on disait que la pilule, ça provoquait n'importe quoi, et puis elle était sur le marché mais c'était rare que quelqu'un... [l'utilisait] [...] ils [les médecins] m'avaient proposé la pilule et comme tout le monde disait qu'on allait avoir le cancer ou n'importe quoi en prenant la pilule [j'ai pas voulu].* » Michèle (France, 1969, 1 enfant, 2006, 37 ans) souligne également que dans sa jeunesse (fin des années 1980), sa mère et ses copines lui conseillaient d'arrêter de temps en temps la pilule :

La pilule, il y avait toujours cette histoire, ce mythe, que, oui, il faut arrêter de temps en temps, c'est bon pour l'organisme. Et du coup, je faisais des petites pauses de trois mois, de six mois [...] Souvent, ma mère me disait, « ah, fais une pause de temps en temps avec les hormones et tout, ça fait pas de mal » [...] D'ailleurs, je suis tombée enceinte à 18 ans. J'ai eu une IVG. Parce que c'était lors d'une pause, justement.

-
13. Si la pilule est prise quotidiennement et à heure régulière, l'indice de Pearl est estimé à 0,3 %.
 14. La diffusion de la pilule contraceptive a rapidement été accompagnée de débats sur ses risques pour la santé des femmes (Grabrick *et al.*, 2000). Ces débats ont plus ou moins été relayés par les médias et associations auprès des populations concernées selon la force des différents lobbys concernés. En 1996, une revue (Rosenberg *et al.*, 1996) d'une cinquantaine d'études effectuées dans 25 pays avait mis en évidence un risque légèrement plus élevé de cancer du sein chez les femmes prenant un contraceptif oral. En 2002, une nouvelle étude (Marchbanks *et al.*, 2002) a contredit ce risque, en soulignant que le risque de cancer du sein n'est pas plus élevé chez les femmes utilisant un contraceptif oral. Celui-ci conduirait en outre à réduire le risque de cancers utérins et ovariens.

Au Québec, les risques pour la santé associés à la prise de la pilule ont été plus fréquemment mentionnés. Christine (Québec, 1954, 2 enfants, 1979, 25 ans) a relevé par exemple le risque de cancer : « *Je me rappelle plus trop ce qu'ils disaient à l'époque, des risques de cancer, je pense que ça, ça me faisait vraiment peur dans le temps.* » Même si le terme cancer n'a pas toujours été mentionné, le risque transparait lorsque les femmes évoquent le danger de la pilule parce qu'elle est liée aux « hormones » (Diane, Québec, 1941, 2 enfants, 1976, 35 ans), aux « doses », à son caractère « chimique » (Louise, Québec, 1943, 0 enfant, 1982, 39 ans). Sylvie (Québec, 1967, 2 enfants, 2000, 33 ans) décide également d'arrêter de prendre la pilule après 30 ans : « *[Mon médecin] me disait ça, oui, qu'après un certain âge, un moment donné, la pilule c'est moins bon, ça a des effets. Je ne me souviens plus quels effets il m'a dits, mais que c'était moins recommandable.* » En plus des problèmes de santé pour la femme, Madeleine (Québec, 1955, 4 enfants, 1984, 29 ans) a indiqué aussi avoir craint pour sa fertilité et pour la santé de ses futurs enfants : « *Je prenais la pilule [...] On a attendu un petit peu [après son arrêt pour essayer d'avoir des enfants] parce qu'on avait entendu toutes sortes d'histoires d'horreur qu'on pouvait avoir des jumeaux, des triplets, des quadruplés, et que les bébés pouvaient être mal formés.* »

En dehors des risques suspectés pour la fertilité et pour la santé, des participants ont déclaré aussi avoir connu un échec de contraception avec la pilule et rapportent divers inconvénients que nous allons décrire maintenant.

Échec contraceptif

Deux Françaises ont déclaré avoir eu une grossesse « sous pilule ». Ce fut le cas de Catherine (France, 1966, 2 enfants, 2006, 40 ans) et de Dominique (France, 1947, 3 enfants, 1981, 34 ans). Au Québec, seul Rémi (Québec, 1974, 2 enfants, 2004, 30 ans) affirme ne plus faire confiance en la pilule en raison d'une grossesse non désirée sous pilule qui a conduit son ex-compagne à subir un avortement. Il dit : « *La pilule, je pouvais pas la truster à cause du fait que j'avais eu une mauvaise expérience avec [grossesse sous pilule de sa précédente conjointe].* »

Troubles psychologiques et sexuels

Quatre femmes rencontrées en France associent à la pilule contraceptive des troubles psychologiques (troubles de l'humeur, état dépressif) et sexuels (baisse de libido, sécheresse et infections vaginales). Sandra (France, 1960, 0 enfant, 2006, 46 ans) attribue par exemple à la pilule ses périodes dépressives et ses baisses de libido. Elle raconte :

[Depuis que] je l'ai arrêtée [la pilule], et je me rends compte que je n'ai plus les baisses de moral, avec les larmes qui viennent facilement, je n'ai plus de problème de sécheresse. Tout est en train de revenir à la normale. Plus de baisse de libido [...] [alors qu']avec la pilule j'ai eu souvent des problèmes associés à une déprime. [...] J'ai essayé les monodosées, les minidosées, les permanentes. Tout. J'ai tout essayé! J'en ai fait plein de sortes, plein de couleurs différentes! [rires]

Pour Dominique (France, 1947, 3 enfants, 1981, 34 ans), la pilule a aussi été ressentie comme un élément ayant accentué sa nervosité, comme elle le dit : « *J'étais énervée, j'étais... hyper excitée. [...] Mais je la prenais quand même.* » Catherine (France, 1966, 2 enfants, 2006, 40 ans) associe également ses troubles d'humeur à sa prise de pilule et aux migraines que celle-ci lui occasionnait :

J'ai été sous pilule contraceptive pendant plusieurs années et comme au bout d'un certain laps de temps elle me provoquait des saignements, ma gynécologue m'a recommandé de l'arrêter quelques semaines [...] et pendant cet arrêt je me suis rendu compte que je n'avais plus de migraines [...] je me suis dit, il ne faut plus que je prenne la pilule, parce que comme migraineuse, je me shootais vraiment aux médicaments [...] [et comme] j'ai moins de migraines, alors je suis moins de mauvaise humeur.

L'arrêt de la pilule a aussi eu pour effet de raviver sa libido : « *Je suis plus sereine. Et d'un point de vue sexuel [...] les rapports sont facilités parce que c'est plus lubrifié, donc c'est plus agréable [...] quand il y a une sécheresse vaginale, eh bien, c'est pas agréable, d'avoir des rapports. [...] Donc, oui, moi je me sens mieux. Je me sens mieux parce qu'on n'a plus ces artifices-là [recours au gel lubrifiant].* » Tout comme Sandra et Catherine, Rachel (France, 1958, 2 enfants, 1994, 36 ans) fait également le parallèle entre sa baisse de désir sexuel et la prise de la pilule. Au

Québec, seul Frédéric (Québec, 1961, 2 enfants, 1997, 36 ans) affirme que la pilule a eu un effet négatif sur l'humeur de son ex-conjointe : « *Elle a pris la pilule pendant quelques mois et ça affectait son caractère d'une façon... Elle avait déjà mauvais caractère, donc la pilule, ça l'amplifiait de façon exponentielle. C'était épouvantable.* » Deux femmes au Québec – Céline (Québec, 1950, 2 enfants, 1986, 36 ans) et Lucie (Québec, 1955, 1 enfant, 1984, 29 ans) – ont expliqué pour leur part que la pilule leur occasionnait des problèmes vaginaux. Ces problèmes n'ont pas été mentionnés par les Françaises rencontrées.

Migraines, nausées, douleurs à la poitrine, saignements

Les nausées, douleurs à la poitrine et saignements ont aussi été mentionnés par plusieurs femmes comme Ève (Québec, 1965, 2 enfants, 2004, 39 ans) et Michèle (France, 1969, 1 enfant, 2006, 37 ans), qui rapporte : « *Avec la pilule, j'ai eu des effets secondaires ; j'avais souvent hyper mal à la poitrine, les seins très congestionnés, douloureux et tout. [...] je vomissais.* » De même, Charlotte (France, 1957, 3 enfants, 1986, 29 ans) déclare avoir été incommodée par des saignements lorsqu'elle prenait la pilule.

Problèmes de peau

Trois femmes déclarent par ailleurs que la pilule a provoqué chez elles des problèmes de peau : des « *boutons* » à Rachel (France, 1958, 2 enfants, 1994, 36 ans), « *des taches au soleil* » à Carole (France, 1966, 5 enfants, 1999, 33 ans) et des « *dartres* » à Diane (Québec, 1941, 2 enfants, 1976, 35 ans).

Problèmes veineux

Cinq femmes (quatre au Québec et une en France) ont aussi expliqué que la pilule leur a causé des problèmes veineux ou a accentué des problèmes qu'elles avaient déjà. C'est le cas pour Johanne (Québec, 1953, 1 enfant, 1992, 39 ans) : « *Ça me donnait des maux aux jambes. J'avais comme des crampes* », pour Christine (Québec, 1954, 2 enfants, 1979, 25 ans), Madeleine (Québec, 1955, 4 enfants, 1984, 29 ans) et pour Maryse (Québec, 1957, 1 enfant, 1991, 34 ans), tandis que Claire (France, 1958, 2 enfants, 2003, 45 ans) affirme avoir cessé de prendre la pilule en raison de risques élevés de phlébites liés à des facteurs génétiques.

Contraceptif inadapté à des relations sexuelles irrégulières

La pilule, au vu des témoignages recueillis, ne semble pas être la méthode contraceptive appropriée pour les femmes qui n'ont pas de relations sexuelles régulières, comme c'est le cas pour Sandra (France, 1960, 0 enfant, 2006, 46 ans) et Johanne (Québec, 1942, 3 enfants, 1976, 34 ans), qui souligne aussi son embarras à prendre quotidiennement la pilule alors qu'elle vit seule : « *Je trouvais ça difficile quand on vit seule, qu'on a des relations avec des hommes, toujours la crainte de tomber enceinte. Alors j'utilisais des moyens de contraception [...] la pilule anticonceptionnelle. Mais je trouvais ça difficile.* » Pour des femmes qui n'ont pas de rapports sexuels réguliers, il est difficile de s'astreindre à la prise régulière d'un contraceptif. Ces femmes ressentent un décalage entre le fait de se protéger d'une grossesse non désirée en prenant un contraceptif et le fait qu'elles n'auront peut-être pas de relations sexuelles au cours des prochaines semaines. Cette situation les conduit à un sentiment de malaise vis-à-vis de leur situation amoureuse, sexuelle et contraceptive.

Perte de motivation à une prise quotidienne de pilule une fois le projet d'enfant terminé

Lorsque les femmes prennent la pilule pour reporter l'arrivée des enfants, celle-ci semble relativement bien acceptée, ou, tout au moins, les bénéfices que les femmes en retirent sont supérieurs aux inconvénients, comme l'explique Michèle (France, 1969, 1 enfant, 2006, 37 ans) : « *C'est vrai que la pilule, c'est un inconvénient, comme ça, au quotidien de prendre ce petit cachet, mais vraiment on est tranquille. Ça casse pas l'ambiance, quoi!* »

À partir du moment où les femmes n'arrivent plus à justifier cette prise quotidienne, notamment lorsqu'elles sont déjà mères ou qu'elles ne souhaitent plus d'enfants, la prise de la pilule est ressentie souvent comme une contrainte et elle « *ne passe plus* ». C'est le cas pour Carole (France, 1966, 5 enfants, 1999, 33 ans), Michèle (France, 1969, 1 enfant, 2006, 37 ans) et Claire (France, 1958, 2 enfants, 2003, 45 ans), qui témoigne :

La pilule, à partir des enfants, c'était psychologique, je ne pouvais plus avaler la pilule [...]. C'est marrant mais je peux pas vous donner d'explication. J'en sais rien. [...] je ne pouvais plus la voir. Alors autant, avant, je l'oubliais pas, c'était facile, c'était pas une contrainte, là c'était lourd, il fallait que j'y pense, et j'y pensais pas, ou pas à la bonne heure. Je trouvais que c'était lourd.

Avant la naissance des enfants, lorsque les femmes ont un partenaire régulier, la prise de la pilule est souvent vécue comme la méthode contraceptive qui permet de pouvoir choisir le bon moment pour avoir ses enfants. Après la naissance des enfants, les motivations des femmes à utiliser ce mode de contraception changent, car elles n'appréhendent plus leur temps fécond dans une trajectoire à gérer et à organiser. La quotidienneté associée à l'utilisation de la pilule peut alors entrer en conflit avec une temporalité où la planification des naissances n'est plus une préoccupation.

Des femmes font également le parallèle entre pilule contraceptive et « médicament », ce qui souligne les contraintes problématiques que ces femmes ressentent lorsqu'elles utilisent ce mode de contraception.

Problèmes liés à la prise quotidienne de la pilule

Devoir se soumettre à une prise quotidienne et régulière de la pilule contraceptive est aussi souvent cité par les femmes comme étant un inconvénient de ce mode de contraception. Un refus plus ou moins conscient de cette observance les conduit à des oublis de pilule qui peuvent aboutir à une grossesse non voulue, comme ce fut le cas par exemple pour Johanne (Québec, 1953, 1 enfant, 1992, 39 ans). Si tous les oublis de pilule n'aboutissent pas à une grossesse, plusieurs récits soulignent cependant qu'un oubli de pilule n'est pas rare, comme le rapportent Lise (Québec, 1948, 3 enfants, 1976, 28 ans), Lucie (Québec, 1955, 1 enfant, 1984, 29 ans), Rachel (France, 1958, 2 enfants, 1994, 36 ans), Julie (Québec, 1973, 3 enfants, 2002, 29 ans) ou encore Sandra (France, 1960, 0 enfant, 2006, 46 ans), qui témoigne de sa difficulté à prendre régulièrement son contraceptif oral : *« Il y a pas une plaquette que j'ai pris complètement. Il y en avait toujours une qui restait sur la plaquette. [...] C'en était au point où j'avais réglé mon téléphone portable pour qu'il sonne à une heure précise pour que je pense à la prendre. [...] La prise quotidienne de la pilule, ça a toujours été une contrainte pour moi. »*

L'oubli de la pilule est fréquemment associé à la nécessité de devoir se soumettre à un rythme contraignant. Si l'efficacité théorique de la pilule est élevée, on observe aussi à travers ces différents témoignages divers inconvénients associés à ce mode de contraception et la difficulté pour les femmes de trouver du sens à son emploi, notamment lorsqu'elles n'ont pas de relations sexuelles régulières ou qu'elles ne désirent plus ou pas d'enfants.

2.1.3.2. L'anneau, le timbre ou l'implant hormonal

L'anneau vaginal, le timbre ou l'implant hormonal consistent à faire absorber les hormones contenues dans une pilule anovulante à travers la paroi vaginale (anneau) ou la peau (timbre hormonal, implant), et non par le tube digestif (comme la pilule)¹⁵. Les deux femmes qui ont déclaré avoir essayé l'anneau contraceptif ne l'ont toutefois pas gardé très longtemps. Pour Sandra (France, 1960, 0 enfant, 2006, 46 ans), l'anneau provoquait une gêne physique, alors que pour Michèle (France, 1969, 1 enfant, 2006, 37 ans) des effets secondaires liés vraisemblablement à des problèmes hormonaux expliquent son rejet: «*J'ai essayé le patch, qui m'a rendue malade au bout de même pas un jour. Je vomissais tout ce que j'avais dans le ventre.*» Enfin, Carole (France, 1966, 5 enfants, 1999, 33 ans), qui a songé à recourir à un implant contraceptif, en a été dissuadée par sa belle-sœur: «*L'implant, on en a vaguement parlé. Ma belle-sœur avait fait ça, un implant qui avait disparu sous la peau. La fois où ils voulaient faire le contrôle, c'était dans le bras et puis ils ne l'ont plus retrouvé. Alors j'ai dit, non, moi, des trucs comme ça dans mon corps... Non, j'ai pas envie.*»

Les femmes qui ont essayé l'anneau ou le timbre hormonal en raison d'effets secondaires qu'elles ont eus avec la pilule n'ont pas trouvé dans ces autres méthodes hormonales le contraceptif qui leur convenait.

2.1.3.3. Le stérilet

Il existe deux types de stérilets, appelés également dispositifs intra-utérins (DIU): le stérilet en cuivre qui empêche la nidation de l'embryon dans l'utérus et le stérilet hormonal qui diffuse en continu une faible quantité d'hormones bloquant l'ovulation. Une fois placé dans l'utérus, le stérilet¹⁶ peut être conservé pendant de 5 à 10 ans.

Une méthode inadaptée aux convictions religieuses de certaines femmes

Deux femmes en France ont expliqué par des convictions religieuses leur non-désir d'utiliser ce mode de contraception. Charlotte (France, 1957, 3 enfants, 1986, 29 ans) justifie ainsi sa position: «*Mon mari est pasteur.*

15. L'indice de Pearl est estimé à 0,3 % pour l'anneau vaginal ou le timbre hormonal et à 0,05 % pour l'implant.

16. Son indice de Pearl oscille entre 1 % et 3 %.

Moi je suis très, très pratiquante. [...] j'en voulais pas parce que ça empêche la nidation mais ça n'empêche pas que l'ovule rencontre le spermatozoïde, donc pour moi il y a déjà un début de vie, donc ça me choquait un peu. » De même, Catherine (France, 1966, 2 enfants, 2006, 40 ans), qui, tout en précisant que ses convictions religieuses ne sont pas la raison de son refus d'utiliser un DIU, justifie néanmoins son non-emploi au regard de sa pratique religieuse : « *On disait que le stérilet provoquait une inflammation de l'utérus, ce qui irrite la nidation [...], je suis catholique, je suis pratiquante [mais] c'étaient pas des raisons religieuses. Parce que je sais que pour certaines femmes, c'est des raisons religieuses parce que ça évite la nidation et ça évite pas l'ovulation.* »

Douleurs et rejet du stérilet

Plusieurs femmes ont expliqué également ne plus vouloir un stérilet en raison des douleurs que sa mise en place leur avait provoquées ou parce que celui-ci n'était pas adapté à l'anatomie de leur utérus. Johanne (Québec, 1953, 1 enfant, 1992, 39 ans) déclare ainsi : « *Je trouvais ça douloureux, l'installation, l'enlever.* » De même, Michèle (France, 1969, 1 enfant, 2006, 37 ans), qui devait changer de stérilet, ne souhaitait plus revivre cette expérience :

J'avais un stérilet après la grossesse qui était valable, si on peut dire ça comme ça, cinq ans, donc avec le système d'hormones, la diffusion d'hormones. Et c'est vrai que forcément, donc, j'avais pas de souci puisque j'avais ce stérilet et qu'une fois les cinq ans passés, on me l'a enlevé, et que j'avais un très mauvais souvenir de la mise en place et je me suis dit : « Plus jamais ; si j'avais su, je l'aurais pas fait mettre. »

Deux femmes ont renoncé également à utiliser un stérilet, car des proches leur ont confié les fortes douleurs ressenties à la pose de ce dispositif utérin. C'est le cas de Sylvie (France, 1967, 2 enfants, 2000, 33 ans) et d'Ève (Québec, 1965, 2 enfants, 2004, 39 ans), qui raconte :

J'avais une copine qui l'a fait. Ça s'est pas bien passé pour elle. Ça a été [...] douloureux. Ma mère a eu un stérilet. Elle a eu très mal. Ça me faisait peur... je trouvais que c'était encore une invasion une fois de plus, en plus de la grossesse et de toute cette invasion gynécologique. J'avais peur, pas de l'efficacité, ça, je faisais confiance, mais... [de] l'installation de la chose.

Outre la pose du stérilet, certaines femmes ont expliqué que sa forme ne leur convenait pas. C'est notamment le cas pour Rachel (France, 1958, 2 enfants, 1994, 36 ans), dont les deux premiers stérilets ne correspondaient pas à l'anatomie de son utérus, et pour Céline (Québec, 1950, 2 enfants, 1986, 36 ans), qui raconte : « *Je suppose que c'est à cause de la première intervention [opération au niveau du col de l'utérus], le stérilet voulait ressortir tout seul. Donc on m'a enlevé le stérilet.* » Le stérilet peut aussi provoquer une gêne pour le partenaire, comme Julie (Québec, 1973, 3 enfants, 2002, 29 ans) l'explique : « [après le 2^e enfant] *J'ai eu un stérilet. [...] c'était à mon conjoint que ça faisait mal [rires]. Oui, parce que le stérilet, il y a un petit fil de bronze, de zinc, de je sais pas quoi, là, et il se blessait dessus. Alors il était bien nerveux! [rires]. Il aimait pas ça bien, bien. Alors on l'avait enlevé.* »

Stérilet perçu comme un « corps étranger », contraignant

En plus des motifs liés à des douleurs à l'installation et à une inadaptation possible à la physiologie de la femme, les femmes peuvent aussi ne pas vouloir utiliser un stérilet en tant que méthode contraceptive, car celui-ci peut être ressenti comme un « corps étranger ». Carole (France, 1966, 5 enfants, 1999, 33 ans) explique par exemple : « *J'ai jamais eu de stérilet [...] J'avais pas très envie d'avoir un machin, un corps étranger. Ça me disait pas trop.* » Lise et Lucie ont eu également la même réaction. Ainsi, Lise (Québec, 1948, 3 enfants, 1976, 28 ans) déclare : « *Alors moi, les corps étrangers, j'ai beaucoup de difficulté.* » Lucie (Québec, 1955, 1 enfant, 1984, 29 ans) affirme aussi : « *J'aurais pas aimé ça, avoir un corps étranger dans moi, un stérilet.* » Nathalie (France, 1964, 3 enfants, 2005, 41 ans) a pour sa part expliqué avoir ressenti le DIU comme une contrainte qui touchait à l'intégrité de son corps, de sa personne. Elle le vivait comme contraignant, comme « *un objet extérieur* » et parce que sa pose et son contrôle étaient toujours dépendants d'un tiers, le médecin.

Échec de la méthode

Cinq personnes (deux au Québec et trois en France) ont rapporté aussi avoir eu une grossesse (dont une extra-utérine) sous stérilet. Ce fut le cas au Québec, pour Christine (Québec, 1954, 2 enfants, 1979, 25 ans) et pour la conjointe de Michel (Québec, 1952, 2 enfants, 1983, 31 ans). Celui-ci raconte : « *On venait d'avoir une première belle fille, et pas longtemps après, ma femme avait un stérilet, elle allaitait et on a eu un autre bébé.* »

En France, ce fut le cas de l'épouse de Serge (France, 1945, 2 enfants, 1974, 29 ans), de Dominique (France, 1947, 3 enfants, 1981, 34 ans), dont la grossesse s'est terminée par une fausse couche au début des années 1980, et de Nathalie (France, 1964, 3 enfants, 2005, 41 ans) qui rapporte : *«J'ai fait une grossesse extra-utérine [...] sous stérilet.»*

Outre ces témoignages relatant les échecs de contraception du stérilet, cinq femmes ont expliqué aussi ne pas ou ne plus vouloir utiliser un stérilet, parce qu'elles avaient eu connaissance de grossesses sous stérilet de proches, comme ce fut par exemple le cas de Maryse (Québec, 1957, 1 enfant, 1991, 34 ans) : *«Je voulais pas non plus prendre le risque d'un autre avortement. Malgré que le stérilet, c'est safe, mais ma sœur est devenue enceinte avec un stérilet, sa première grossesse»*, et de Carole (France, 1966, 5 enfants, 1999, 33 ans) dont une amie proche a eu un enfant sous stérilet. La non-confiance dans le stérilet est rapportée aussi par Catherine (France, 1966, 2 enfants, 2006, 40 ans), qui a déjà connu une grossesse sous pilule, et par Johanne (Québec, 1953, 1 enfant, 1992, 39 ans) : *«Bien, on sait jamais, c'est [le stérilet] pas garanti à 100%, quand même. Moins que la pilule. Donc j'avais toujours un petit peu peur. On sait jamais.»* Si le stérilet est l'une des méthodes contraceptives les plus sûres, son efficacité n'est toutefois pas totalement reconnue.

Saignements, crampes et infections occasionnés par le stérilet

Enfin, plusieurs personnes ont expliqué ne pas ou plus vouloir utiliser un stérilet (ou expliquer que leur conjointe ne souhaitait plus l'utiliser) en raison des effets secondaires qu'il occasionnait, notamment des saignements, des crampes et des infections. C'est le cas de Sandra (France, 1960, 0 enfant, 2006, 46 ans) qui rapporte : *«On m'a proposé le stérilet et donc j'ai eu un stérilet pendant, quoi, six mois, peut-être moins. Et on a fini par me l'enlever parce que j'avais des problèmes d'hémorragie et j'ai fait pas mal d'infections urinaires»*, de Johanne (Québec, 1953, 1 enfant, 1992, 39 ans), de Maryse (Québec, 1957, 1 enfant, 1991, 34 ans) et de Julie (Québec, 1973, 3 enfants, 2002, 29 ans), qui affirme : *«Le stérilet, ce que je trouvais difficile avec ça c'est que ça me causait des grosses crampes menstruelles et des saignements abondants aussi.»* Dans le cas de l'épouse

de Robert (Québec, 1954, 2 enfants, 1986, 32 ans), il semble que les infections liées au stérilet ont eu des incidences sur sa fécondité¹⁷, comme il le dit :

Elle a eu des problèmes gynécologiques par la suite. On s'est toujours demandé si c'était pas dû à ça [...] il y a eu quelques fausses couches, je pense qu'il y a eu deux ou trois fausses couches pendant les cinq années qui ont suivi, qui ont abouti par une grossesse. [...] Le stérilet [...] elle avait eu des problèmes d'infections, de trucs.

Ces risques d'infection ont découragé aussi des femmes à utiliser ce mode de contraception comme Lucie (Québec, 1955, 1 enfant, 1984, 29 ans) et Lise (Québec, 1948, 3 enfants, 1976, 28 ans).

Ces témoignages reflètent, pour les femmes qui n'ont pas eu accès aux méthodes contraceptives efficaces, l'angoisse associée aux rapports sexuels et aux grossesses non désirées. Mais ils montrent aussi un malaise inhérent à la pratique contraceptive. Parmi les personnes qui ont eu leur premier rapport sexuel dans un contexte d'accès facilité aux méthodes contraceptives, on observe en effet une certaine inefficacité des méthodes, une difficulté d'utilisation adéquate, des effets secondaires, une inadéquation des méthodes selon la situation amoureuse/conjugale/familiale des personnes et l'absence de méthodes contraceptives efficaces ciblées, en particulier par les hommes. Un certain nombre de femmes et d'hommes choisissent ainsi de recourir à une stérilisation contraceptive dont nous allons cerner les raisons.

2.2. LES RAISONS POUVANT CONDUIRE À UNE STÉRILISATION CONTRACEPTIVE

Observons maintenant les raisons les plus souvent évoquées au Québec et en France compte tenu des contextes de stérilisation.

17. Si le risque de maladie inflammatoire lié à la pose du stérilet dans les trois semaines qui suivent son insertion est avéré, aucun risque de stérilité tubaire n'a par contre été démontré (ANAES, 2004). De même, le risque de grossesse extra-utérine (GEU) semble extrêmement faible : inférieur d'un facteur 10 à celui associé à l'absence de contraception (ANAES, 2004). Ainsi, malgré la grande efficacité contraceptive des DIU, des craintes persistent. Cette méthode contraceptive, si elle constitue la deuxième méthode utilisée par les Françaises (22 % des 30-39 ans en 2005), est par contre très peu utilisée par les Québécoises (1 % à 3 % quel que soit l'âge en 2001) (Charton et Lapierre-Adamcyk, 2008).

2.2.1. Les raisons avancées pour recourir à une stérilisation au Québec

2.2.1.1. Personnes stérilisées au Québec avant 1988

Au Québec, les deux hommes rencontrés stérilisés avant 1988 (période où les hommes ne participaient pas très activement à la stérilisation par vasectomie) énoncent le plus souvent avoir cherché avec la vasectomie une méthode sécuritaire. Ainsi, Robert (Québec, 1954, 2 enfants, 1986, 32 ans) déclare : « *La vasectomie, c'était une façon de se dire "on élimine toutes les chances d'avoir des enfants". On s'est dit que c'était une méthode plus efficace.* » De même, Michel (Québec, 1952, 2 enfants, 1983, 31 ans) explique :

Nous avons fait un bon choix, qui est très logique. Un outil marche pas, le stérilet [grossesse sous stérilet]; la pilule, c'est quelque chose qui peut être dommageable; moi, on me dit pas que je vais avoir des conséquences. C'est très logique. Ça va de soi. [...] moi je m'en suis servi pour dire à ma femme, « je pense qu'avec celui-là on ne se fera plus avoir parce que c'est très sécuritaire ».

Il affirme aussi avoir souhaité prendre part aux contingences reproductives de son couple : « *C'est elle qui prenait la pilule. Ça explique pourquoi j'ai dit, je vais faire mon bout avec la vasectomie. Elle avait fait son bout avant avec la pilule. [...] j'ai dit, bon, elle [en] a assez fait, elle a accouché, elle a pris la pilule avant, donc je vais faire mon bout* », une position que l'on retrouve aussi chez Robert.

Les femmes stérilisées au Québec avant 1988 expriment le plus souvent vouloir se démarquer du destin de leur mère, notamment par rapport au poids des familles nombreuses et à la pression que leur mère avait subie de la part de l'Église et de son conjoint. Lise (Québec, 1948, 3 enfants, 1976, 28 ans) raconte :

Je dois dire que j'ai été athée assez jeune, avec ce que j'ai vu dans la famille. Ou à l'Église aussi : quand maman a voulu arrêter, après son neuvième, le curé était rentré dans une rage! [...] Il est sorti du confessionnal et l'a engueulée devant tout le monde. [...] le fait aussi que j'ai vu ma mère, que mon père la contrôlait et qu'elle avait pas un mot à dire. [...] [finalement] ma mère a eu 11 enfants. Moi, il était pas question d'avoir autant d'enfants. [...] Alors quand j'ai eu la dernière, c'est là que j'ai parlé à mon médecin. Je lui ai dit, « regarde, je ne veux plus avoir d'enfant ». [...] Et il était très réticent à cette époque; il voulait pas. Et en fin de compte, après discussion, il m'a dit « O.K. ».

Madeleine (Québec, 1955, 4 enfants, 1984, 29 ans) a vécu également sa stérilisation comme une « revendication libertaire » au regard du poids de l'Église et des valeurs passées :

[Pour] moi ça a été très libérateur. Je veux dire, on a évolué aussi à une époque où toutes les portes s'ouvraient devant nous. La religion avait tombé, ça avait enlevé bien des tabous [...] on en parlait quasiment dans les soupers de famille! [...] c'est arrivé dans le mouvement de libération et j'étais sur la crête de la vague. Et je me disais, bon sang, dans la vie il nous arrive assez d'affaires qu'on peut pas contrôler, que celles qu'on peut contrôler, s'il vous plaît laissez-nous faire. Alors j'étais plutôt de cette école de pensée-là.

Les vasectomies effectuées avant 1988 ont essentiellement eu lieu pour partager la responsabilité contraceptive quand d'autres moyens contraceptifs n'étaient pas ou plus possibles. Pour les femmes, le recours à une ligature est vécu comme une revendication à être maîtresses de leur corps et de leurs capacités reproductives.

2.2.1.2. Personnes stérilisées après 1988

Pour les six hommes rencontrés stérilisés après 1988 (période où le nombre de vasectomies est supérieur à celui des ligatures des trompes), on retrouve aussi le plus souvent, comme ceux vasectomisés avant 1988, l'idée d'un partage au sein du couple de la responsabilité contraceptive. Par exemple, Pascal (Québec, 1959, 3 enfants, 1994, 35 ans) explique : « *Parce que c'était ma femme qui a porté un peu la responsabilité de la contraception depuis que je l'ai rencontrée. Donc je me suis dit, bien, c'est à moi d'assumer, de prendre la relève. [...] C'était très clair, elle avait assumé cette responsabilité pendant très, très longtemps et moi, c'était à mon tour.* » Rémi (Québec, 1974, 2 enfants, 2004, 30 ans) justifie également son choix en déclarant : « *Moi aussi je voulais prendre mes responsabilités.* »

La deuxième raison la plus souvent évoquée par les hommes est que la stérilisation permet de préserver un idéal de famille en évitant notamment d'avoir des enfants avec plusieurs femmes si une séparation se produit après la naissance des enfants. Ce fut une raison importante pour Pascal, qui a eu recours à une vasectomie lorsque sa conjointe était enceinte de leur troisième enfant et que le couple était en instance de séparation. Il explique : « *J'ai trois enfants maintenant, il est pas question que je fasse un jour un enfant à une autre femme. [...] ce que je vois c'est que souvent, il y a certains enfants qui sont un peu malheureux de ça. [...]*

S'il y en a trois d'un bord, deux de l'autre, du même père, des fois il est très heureux avec la nouvelle femme, puis il s'occupe de ces enfants-là et il s'occupe moins de l'ancienne relation, pour beaucoup de raisons.»

La vasectomie peut aussi sous ce motif se faire à la demande de la conjointe, comme le raconte Antoine (Québec, 1961, 1 enfant, 2001, 40 ans) :

Ma conjointe [...] avait une crainte qui allait dans le sens de « si jamais on se laisse, on se sépare et tu rencontres quelqu'un qui a une autre famille, est-ce que tu vas délaissier ton enfant ? » Et il y a plein d'histoires comme ça, des pères qui ont l'impression de recommencer leur vie à neuf. Je pense que dans son cas il y avait un petit peu de ça en termes de motivation pour favoriser une solution un peu plus permanente.

Les femmes stérilisées après 1988 expriment le plus souvent avoir choisi une contraception définitive pour ne plus avoir d'enfants au-delà d'un âge qu'elles considèrent comme limite, le plus souvent 30 ans, ou, comme pour les hommes, pour éviter d'avoir des enfants avec un nouveau partenaire. Ainsi, Sylvie (Québec, 1967, 2 enfants, 2000, 33 ans) explique : « Moi je voulais deux enfants, avant 30 ans, et une fois que j'ai eu mes enfants, je voulais la grande opération. Je ne voulais plus rien avoir, plus de problèmes. » À la naissance de son second enfant, elle demande alors, à l'âge de 29 ans, à être ligaturée mais son médecin, la considérant trop jeune, l'en dissuade. Ce sera finalement son conjoint qui aura recours dans l'année, à 28 ans, à une vasectomie. Trois ans plus tard, le couple se sépare et Sylvie rencontre une nouvelle personne, ce qui la décide à se faire stériliser, comme elle le raconte : « Après ma séparation. Peut-être trois, quatre mois plus tard, j'ai rencontré cette personne-là. Après six mois de fréquentations, j'ai eu recours à la stérilisation. [...] Moi j'avais mes deux enfants et j'en voulais pas d'autres. Et surtout pas – excusez, j'ai peut-être la vieille méthode, là, mais j'ai deux enfants du même père, j'en voulais pas un troisième d'un autre père [...] C'est bien correct comme ça. » Cette stratégie est aussi adoptée par Julie (Québec, 1973, 3 enfants, 2002, 29 ans).

Outre un partage de la responsabilité contraceptive pour les hommes, la stérilisation se présente aussi pour les femmes et les hommes comme le moyen permettant de préserver un idéal de famille au regard de la structure familiale attendue (enfants ayant les mêmes parents, bon espacement entre enfants) et du « bon » âge pour avoir ses enfants.

2.2.2. Les raisons avancées pour recourir à une stérilisation en France

2.2.2.1. Personnes stérilisées dans les années 1970

Parmi les deux hommes rencontrés stérilisés en France, l'un (Serge, 1945, 2 enfants, 1974, 29 ans) déclare avoir opté pour cette méthode à la suite d'un échec de contraception qui a conduit à une naissance sous stérilet. Le second (Jacques, 1942, 2 enfants, 1976, 34 ans) l'a fait pour des raisons politiques liées au courant anarchiste et antipopulationniste qu'il revendique. Il déclare : *« C'est quelque chose de relativement courant dans le courant libertaire, depuis 1900 à peu près. Et donc dans la mesure où je m'inscrivais dans ce courant, les choses allaient de soi. C'était interdit en France, évidemment. Ça, c'est la conséquence de la politique population. Donc ça s'est fait en Suisse. »*

Pour les Françaises d'« avant la génération pilule », la stérilisation est présentée principalement comme une méthode contraceptive. Ce sont généralement les médecins qui proposaient aux femmes cette opération pour les libérer du poids des grossesses successives. Colette (1945, 4 enfants, 1977, 32 ans) raconte :

En 70, quand j'ai eu ma fille [4^e enfant], je me rappelle, j'étais là dans la cuisine. J'avais le bébé dans le berceau, une là, l'autre là, une autre sur les genoux, et je pleurais. Je pleurais quand il [son médecin] est rentré. [...] Il a dit, « ma fille, maintenant c'est fini, maintenant c'est terminé » [...] Il m'a dit : « Il faudra faire quelque chose. » [...] En 70, j'avais 25 ans. À 25 ans, j'avais déjà quatre enfants. [...] Alors Dr M. m'a fait une lettre et j'ai été voir mon gynécologue, Dr L.

Après un premier refus, Colette a réussi à obtenir une ligature sept ans plus tard (après deux fausses couches provoquées) pour des raisons médicales (hernies). C'est aussi le gynécologue d'Agnès (1942, 3 enfants, 1976, 34 ans) qui lui a proposé une ligature pour ne plus avoir d'enfants. Un « conseil » donné également à Marie (1938, 7 enfants, 1970, 32 ans), comme elle l'explique :

Après la naissance de mon fils, le gynécologue m'a dit : « Il n'en faut plus. Stop. S'il y en a un autre – il a prévenu mon mari – il n'en faut plus un autre, sinon elle y reste. » C'était fini. [...] dans les années 60, [...] J'aurais encore bien pris les pilules si ça avait été, à l'époque, vendu ici. Je sais que j'ai posé la question une fois

à un médecin, qui m'a dit « c'est interdit ». [...] moi j'aurais aimé qu'on me donne quelque chose pour que je ne tombe plus enceinte. Mais, bon, ça a pas été le cas.

Pour les femmes et les hommes stérilisés en France dans les années 1970, le recours à la stérilisation se présente avant tout – dans un contexte nataliste où le recours à des méthodes contraceptives efficaces est interdit – comme un moyen permettant d'éviter efficacement des grossesses non voulues.

2.2.2.2. Personnes stérilisées à partir des années 1980

Pour Martin (1956, 0 enfant, 2003, 47 ans), seul homme stérilisé rencontré en France qui appartient à la génération pilule (ayant eu toujours accès à la contraception médicale et aux avortements légaux), le recours à une vasectomie s'explique principalement par la recherche d'une méthode sûre permettant des échanges sexuels agréables sans avoir à recourir au condom, peu apprécié. Il explique :

Il y a une raison hédoniste qui est le confort sexuel, le confort érotique que ça procure parce que les préservatifs, etc., disons que j'aime modérément. Il y a une autre raison [...], qui est une sorte de raison de prudence aussi : j'avais pas envie de me retrouver père, je dirais, par inadvertance. [...] J'avais pas envie de me retrouver dans la situation d'avoir à gérer une paternité que je ne souhaitais pas, et surtout pas d'une personne avec qui je n'aurais pas souhaité avoir d'enfant.

Les femmes qui ont recours à une stérilisation en France à partir des années 1980 déclarent surtout vouloir se libérer des méthodes qu'elles considèrent comme contraignantes et de la dépendance qu'elles ressentent vis-à-vis du corps médical (discours paternalistes des médecins, visites régulières, ordonnances médicales, contrôle du stérilet, etc.). Nathalie, par exemple (1964, 3 enfants, 2005, 41 ans), explique avoir eu recours à une ligature pour ne plus être « à la merci d'un objet » et pour « retrouver son corps », comme elle le précise :

Une fois qu'on est ligaturé, c'est mon corps. Je veux dire que c'est moi qui l'ai décidé et c'est naturel. [...] J'ai choisi de ne plus pouvoir faire d'enfant, de ne plus être féconde, de ne plus avoir à mettre de stérilet. [...] pour moi [...] C'est : je ne suis plus sous l'emprise de l'homme qui a toujours décidé pour la femme et je fais ce que je veux de mon corps.

La deuxième raison la plus souvent énoncée par les Françaises, comme par les Québécoises, renvoie à un âge limite qu'elles estiment avoir atteint pour avoir des enfants et qui est fixé généralement à 40 ans (soit 10 ans de plus que les Québécoises). Sandra (1960, 0 enfant, 2006, 46 ans) déclare par exemple : « *J'avais passé le cap [des 40 ans]. Je savais que, bien, pour moi c'était terminé* », tandis que Charlotte (1957, 3 enfants, 1986, 29 ans) précise « *J'aurais pas aimé avoir un bébé à 40 ans* », tout comme Michèle (1969, 1 enfant, 2006, 37 ans) qui affirme :

À peine 30 ans, je l'aurais pas fait, parce que je me dirais, quand même, à 35 ans c'est pas trop tard pour en avoir un deuxième. Mais là, franchement, je me vois pas du tout à 40 ans avec un petit bébé [...] Et puis l'âge en plus, je pense que ça serait pas une bonne chose. Parce que je trouve qu'à 40 ans, ça fait un peu tard pour avoir un enfant.

Contrairement aux raisons avancées pour justifier une stérilisation dans les années 1970 (mieux-être du couple et prise en compte des questions de surpopulation), les motifs avancés pour recourir à une stérilisation en France à partir des années 1980 sont plus individualistes (hédonisme par exemple) et s'inscrivent dans une rationalisation des trajectoires de vie (bon moment pour avoir des enfants).

2.2.3. La stérilisation et les enjeux sociaux de sexe

Si la stérilisation permet le partage de la responsabilité contraceptive au sein des couples, elle peut aussi générer de nouveaux rapports de pouvoir entre les sexes, notamment au regard de la sexualité.

Alors que certains hommes témoignent à travers le partage des responsabilités contraceptives d'une construction des rapports allant d'une forme individuelle de sexualité à une forme relationnelle, pour d'autres le recours à la stérilisation semble renforcer une sexualité égocentrée, comme Pascal (Québec, 1959, 3 enfants, 1994, 35 ans) l'illustre :

Je suis en possession de dire « Écoute, il y a aucun problème », donc je peux être porté à avoir une relation avec ma femme à n'importe quel moment parce que j'ai aucune préoccupation des enfants. Donc c'est un genre d'arme que j'ai : « Avant, tu pouvais dire, ah non, j'ai pas envie parce que je suis dans mon cycle ou quoi que ce soit, mais maintenant... » [...] Ça peut devenir conflictuel. [...] Même si on réfléchit, même si on parle, s'il y a beaucoup de communication,

c'est une relation de pouvoir. Donc si on a quelque chose à utiliser comme pouvoir envers l'autre, on le fait, hein ? Ça vient inconsciemment.

Olivier (Québec, 1961, 3 enfants, 1998, 37 ans), de même, explique les avantages sexuels qu'il retire de sa vasectomie : « *Disons, je me fais poser une question par un gars qui veut aller se faire vasectomiser, "Est-ce que ça fait mal, est-ce que c'est long", [je lui dis] Fais-le, après ça tu en parleras plus, ça va être oublié. Tu vas être content, tu vas pouvoir faire l'amour comme tu veux, quand tu veux.* »

Un certain nombre d'hommes expriment aussi avoir ressenti un sentiment de liberté après leur vasectomie. Martin (France, 1956, 0 enfant, 2003, 47 ans), qui déclare avoir eu recours à une vasectomie pour des raisons hédonistes et pour éviter une grossesse non voulue, affirme par exemple : « *Je me suis senti extraordinairement libéré. Pour moi c'était idéal, c'était parfait.* »

En France, plusieurs femmes ont déclaré avoir eu recours à une stérilisation, car leur conjoint les menaçait d'une séparation si une nouvelle grossesse s'annonçait. Rachel (France, 1958, 2 enfants, 1994, 36 ans) témoigne : « *Mon mari en voulait pas un troisième, lui. Bon, moi j'en aurais eu un troisième, mais lui n'en voulait pas. Bon, c'est comme ça, quoi. [...] Il disait : "Si tu tombes enceinte d'un troisième, moi je pars."* » Carole (France, 1966, 5 enfants, 1999, 34 ans) raconte aussi : « *Mon mari me disait qu'il serait marié avec une poule pondeuse ! Il a émis l'idée qu'il partirait s'il y avait des enfants supplémentaires.* » Ces femmes, bien que toujours désireuses d'un nouvel enfant, ont décidé de recourir à une ligature des trompes pour éviter d'être confrontées à une grossesse et de devoir choisir entre une séparation conjugale et un avortement.

Plusieurs femmes ont aussi déclaré être soulagées d'être stérilisées, car la stérilisation leur a permis d'être plus « *disponibles sexuellement* » pour leur conjoint, comme l'illustre le témoignage de Colette (France, 1945, 4 enfants, 1977, 32 ans) : « *J'étais plus rassurée. Avant, j'étais gênée. Je voulais pas repousser mon mari à cause [que je ne voulais pas] tomber enceinte et tout ça.* »

Enfin, plutôt que d'essayer de dissocier leur sexualité de la reproduction, en repensant par exemple leur sexualité hors coït potentiellement fécond, quelques femmes semblent rechercher les comportements dominants masculins vis-à-vis de la contraception, jusqu'à déclarer comme

Michèle (France, 1969, 1 enfant, 2006, 37 ans) : « *J'ai l'impression d'être comme un homme maintenant, c'est plus mon problème. C'est réglé. Il n'y a plus à se poser de questions* », ou comme Dominique (France, 1947, 3 enfants, 1981, 34 ans) : « *C'était plus pratique, je ne me posais plus de questions.* » On peut se demander si le fait de vouloir se détacher des questions de contingence contraceptive n'a pas eu aussi pour effet de freiner un renouvellement des comportements sexuels hors coût potentiellement féconds, et de conduire les femmes vers une négation de leur capacité reproductrice. Ces quelques analyses laissent ainsi transparaître l'importance de réinterroger à la lumière des rapports sociaux de sexe l'articulation entre sexualités et reproduction.

CONCLUSION

Aujourd'hui comme hier, la peur d'une grossesse non voulue subsiste. Si les femmes ont désormais accès à une variété de méthodes contraceptives plus ou moins efficaces, et si elles ont la possibilité de recourir à un avortement, elles se retrouvent aussi détentrices d'une responsabilité plus grande qu'avant : celle de choisir ou non d'avoir un enfant, du moment de son arrivée, de l'espacement des naissances et de la décision de stopper leur descendance, notamment en ayant recours à une stérilisation. Si l'accès aux méthodes contraceptives médicales réversibles d'abord, puis irréversibles, a permis aux femmes de vivre leur sexualité sans peur et de façon plus épanouie, des questions demeurent au regard de l'asservissement des femmes aux désirs masculins et aux temporalités sociales qui privilégient une rationalisation des parcours de vie (Charton, 2008). Les comportements reproductifs des hommes sont également façonnés par des exigences sociales (la vasectomie pouvant contribuer par exemple au maintien d'un modèle idéal de famille), qui peuvent encourager les hommes à prendre en charge la contraception, en insistant par ailleurs sur les avantages sexuels de cette prise en charge.

Masquée sous le discours d'une liberté sexuelle, du rejet des contraintes sous toutes ses formes naturelles, l'analyse des représentations associées aux méthodes contraceptives de personnes stérilisées et des motivations à recourir à une stérilisation a permis de montrer les difficultés liées aux méthodes contraceptives, mais aussi de mettre en lumière des enjeux sociaux de sexe sous-tendant les pratiques sexuelles et les choix contraceptifs.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé – ANAES (2004). *Recommandations pour la pratique clinique. Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme*. Service des recommandations professionnelles de l'ANAES, ANAES. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche_de_synth_350se_contraception_vvd-2006.pdf. Consulté le 20 février 2010.
- Beaupré, F. et R.-H. Guerrand (1997). *Le confident des dames. Le bidet du XVIII^e au XX^e siècle : histoire d'une intimité*, Paris, La Découverte.
- Beauvoir, S. de (1949). *Le deuxième sexe*, t. 1, Paris, Gallimard.
- Charton, L. (2008). «La stérilisation contraceptive : quelques considérations éthiques», *Revue des sciences sociales*, «Éthique et santé», n° 39, p. 96-103.
- Charton, L. (2009). «Du désir d'enfant à la première et deuxième naissance», dans A. Régnier-Loilier (dir.), *Photos de familles. Premiers résultats de l'enquête Étude des relations familiales et intergénérationnelles*, Paris, Ined, «Les Cahiers de l'Ined», p. 365-395.
- Charton, L. (2010). «Contraception et rapports sociaux de sexe : réflexions à partir de l'histoire contraceptive de personnes stérilisées en France et au Québec», Colloque international de l'Acfas, Montréal, 10-14 mai 2010.
- Charton, L. et É. Lapierre-Adamcyk (2008). «Systèmes de valeurs et méthodes contraceptives : mise en perspective à partir du recours à la stérilisation contraceptive en France et au Québec», Colloque international de l'Aidelf, Québec, 25-29 août 2008.
- Charton, L. et É. Lapierre-Adamcyk (2010). «Low fertility and contraceptive sterilization: The Canadian case», *Canadian Studies in Population*, vol. 37, n°s 3-4, p. 375-410.
- Écochard, R., F. Pinguet, I. Écochard, R. De Gouvello, M. Guy et F. Huy (1998). «Analyse des échecs de la planification familiale naturelle. À propos de 7007 cycles d'utilisation», *Contraception-Fertilité-Sexualité*, vol. 2, n° 4, p. 291-296.
- Ferin, J. (1947). «Détermination de la période stérile prémenstruelle par la courbe thermique», *Bruxelles Medica*, vol. 27, p. 86-93.
- Grabrick, D.M., L.C. Hartmann, J.R. Cerhan *et al.* (2000). «Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer», *Journal of American Medical Association*, vol. 284, n° 14, p. 1791-98.
- Henripin, J., P.M. Huot, É. Lapierre-Adamcyk et N. Marcil-Gratton (1981). *Les enfants qu'on n'a plus au Québec*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, coll. «Démographie canadienne».
- Hobcraft, J. et K. Kiernan (1995). *Becoming a Parent in Europe*, Londres, London School of Economics (Discussion Paper WSP/116).
- Knaus, H. (1929). «Eine neue Methode zur Bestimmung des Ovulationstermins», *Zentralblatt für Gynäkologie*, vol. 53, p. 2193-2203.

- Leizaola, M.A. de (1994). «Première phase d'une étude prospective d'efficacité du planning familial naturel réalisé en Belgique francophone», *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 23, p. 359-364.
- Leridon, H. (1995). *Les enfants du désir*, Paris, Julliard.
- Marchbanks, P.A., J.A. McDonald, H.G. Wilson *et al.* (2002). «Oral contraceptives and the risk of breast cancer», *New England Journal of Medicine*, vol. 346, n° 26, p. 2025-2032.
- Marcil-Gratton, N., É. Lapierre-Adamcyk et C. Duchesne (1985). *Les facteurs associés au regret à la suite de la ligature des trompes : une enquête auprès des obstétriciens-gynécologues du Québec*, Montréal, Université de Montréal, Département de démographie.
- McLaren, A. (1996). *Histoire de la contraception de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Éd. Noësis.
- Ogino, K. (1930). «Ovulationstermin und Konzeptionstermin», *Zentralblatt für Gynäkologie*, vol. 54, p. 464-479.
- Organisation mondiale de la santé (2005). *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (3^e éd.), Genève, OMS.
- Régnier-Loilier, A. et A. Solaz (2010). «La décision d'avoir un enfant : une liberté sous contraintes?», *Politiques sociales et familiales*, n° 100, p. 61-77.
- Rosenberg, L., J.R. Palmer, S.R. Rao *et al.* (1996). «Case-control study of oral contraceptive use and risk of breast cancer», *American Journal of Epidemiology*, vol. 143, n° 1, p. 25-37.
- Rubenstein, B.B. (1937). «The relation of cyclic changes in human vaginal smears to body temperatures and basal metabolic rates», *American Journal of Physiology*, vol. 119, p. 635-641.
- Thébaud, F. (1984). «La peur au ventre», *L'Histoire*, Paris, n° 63, p. 93-98.
- Von Fragstein, M., A. Flynn et P. Royston (1988). «Analysis of a representative sample of natural family planning users in England and Wales, 1984-1985», *International Journal of Fertility*, Supplement, vol. 33, p. 70-77.
- Wilson, E.W. (2008). *The Natural Regulation of Fertility – Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction*, World Health Organization. <http://www.gfmer.ch/Books/Reproductive_health/Natural_regulation_of_fertility.html>. Consulté le 20 février 2010.
- Xu, J.H., J.H. Yan, D.Z. Fan *et al.* (1993). «Clinical effectiveness and laboratory study of the Billings ovulation method in 688 couples in Shanghai», *Journal of Reproduction and Contraception (China)*, vol. 13, p. 194-200.

LA RÉVOLUTION CONTRACEPTIVE AU MEXIQUE

De la volonté divine à celle du médecin ?

Carole BRUGEILLES

L'histoire récente du Mexique est marquée par une « explosion démographique ». Premier en Amérique centrale par sa population et sa superficie, le Mexique, république fédérale constituée de 31 États et d'un district fédéral, a vu sa population multipliée par sept en un siècle, passant de 14,5 millions d'habitants à la fin du XIX^e siècle à 107,6 millions en 2009. L'accroissement maximum a été enregistré entre 1950 et 1970, période pendant laquelle les taux de croissance naturels ont été supérieurs à 3 %. Cette dynamique est liée à un processus classique de transition démographique. Ce processus a débuté dans les années 1930 par la baisse de la mortalité, l'espérance de vie passant de 37,5 ans pour les femmes et 36 ans pour les hommes à cette époque à respectivement 77,6 ans et 72,9 ans en 2009. Il s'est prolongé dans les années 1970 par une baisse rapide de la fécondité ; le nombre moyen d'enfants par femme était de 6,7 au début des années 1970 ; il est estimé à 2,1 en 2009 (CONAPO, 2010). Le taux d'accroissement naturel est aujourd'hui de 1,31 %.

Parmi les variables expliquant les changements de niveau de fécondité (Davis et Blake, 1956 ; Bongaarts et Potter, 1983), la pratique contraceptive est unanimement désignée par les démographes mexicanistes comme le facteur prépondérant (Cosio-Zavala, 1994 ; Gomez de Leon et Rabell Romero, 2001 ; Hernandez, 2001). La planification familiale, de marginale qu'elle était en 1973 – date à laquelle 12 % des femmes en union limitaient leur fécondité –, est devenue la pratique dominante en 2009. Parmi les femmes en couple, 72 % utilisent maintenant une contraception. Les méthodes traditionnelles ont laissé la place à des méthodes modernes et médicalisées : la pilule, puis le stérilet et la stérilisation. Ces évolutions s'expliquent, en grande partie, par la mise en œuvre en 1974 d'une politique démographique néomalthusienne en réponse à l'explosion démographique. Cette politique a légalisé la contraception et permis l'organisation de sa diffusion au moyen de programmes publics de planification familiale. En 35 ans, les comportements reproductifs et contraceptifs, ainsi que les normes qui les sous-tendent, ont connu une véritable révolution : le fatalisme, l'acceptation des enfants comme des dons de Dieu ont laissé place à une médicalisation croissante de la vie féconde.

Dans ce chapitre, nous souhaitons à travers une rétrospective synthétique, d'une part, souligner l'évolution des pratiques procréatives et contraceptives et, d'autre part, cerner les processus qui ont généré ces changements et l'émergence de nouvelles normes. Dans la première partie, nous nous intéresserons au « temps du populationnisme du gouvernement mexicain » et des pionnières de la révolution démographique, en présentant le contexte idéologique international et national ainsi que les pratiques individuelles pendant la période antérieure à la politique démographique néomalthusienne. Dans la seconde partie, nous analyserons la politique démographique néomalthusienne au Mexique, les processus de « massification » de la pratique contraceptive et l'émergence de nouvelles normes.

1. LE TEMPS DU POPULATIONNISME ET DES PIONNIÈRES DE LA RÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE

1.1. DU POPULATIONNISME AU QUESTIONNEMENT NÉOMALTHUSIEN

Jusque dans les années 1970, le gouvernement souhaite accroître la population, et la pensée populationniste domine dans l'analyse des questions démographiques (Alba, 1984 ; Cosio-Zavala, 1994 ; Cabrera, 1994). Cette analyse est ancrée dans l'histoire du pays, qui a connu une croissance

démographique lente, marquée par de fortes perturbations liées aux événements politiques tels que la Révolution et par une émigration importante en direction des États-Unis dès la fin du XIX^e siècle. Ainsi, la faible densité de population confrontée au potentiel de richesses du pays fonde l'idée qu'il est nécessaire d'accroître la population pour assurer le développement économique et social. Elle se concrétise par deux lois relatives à la population, l'une en 1936 et l'autre en 1947, qui présentent de nombreuses similitudes. Pour accroître la population, le recours à l'immigration, notamment le retour des Mexicains installés à l'étranger, ainsi que l'augmentation de la croissance naturelle sont préconisés. Cette croissance devait être assurée, d'une part, par une réduction de la mortalité, notamment infantile et juvénile, grâce au développement de la protection de l'enfance, de l'hygiène et à une amélioration des conditions de vie et, d'autre part, par un encouragement des mariages et de la natalité. Concrètement, ces lois ont probablement eu un impact direct négligeable sur la fécondité, une grande part des décideurs demeurant indifférents aux problèmes de population (Cosío-Zavala, 1994). Cependant, au moment de l'adoption de la loi de 1947, on met en application des mesures pour encourager la natalité, en se servant par exemple de l'âge légal du mariage, abaissé à 14 ans pour les filles et à 16 ans pour les garçons, ou en prévoyant des primes pour les femmes les plus fécondes. De plus, dans ce contexte nataliste, l'avortement est interdit¹, tout comme l'information sur la contraception et la vente de moyens contraceptifs².

L'analyse populationniste restera prédominante pendant l'accélération de la croissance démographique entre 1930 et 1970. Il faudra attendre la décennie 1950-1960 pour voir poindre une inquiétude, liée à l'accélération de la croissance démographique (3 % par an), qui entre en résonance avec celles de la communauté internationale face à l'explosion démographique et aux déséquilibres entre pays pauvres et pays riches (Chasteland, 2006). Au cours des années 1960, la croissance démographique s'accélère et suscite de plus en plus d'inquiétudes alors que le « miracle mexicain » est anéanti par le chômage, le sous-emploi, l'inflation et l'augmentation de la dette extérieure. Cependant, la majorité des responsables mexicains ne considère toujours pas la croissance de la population comme un problème,

1. La majorité des codes pénaux des entités fédérales du pays ont été édictés dans les années 1930 et interdisent l'avortement, sauf parfois en vue de protéger la vie de la femme et en cas de viol (Guillaume et Lerner, 2007).

2. Código Sanitario du 31 décembre 1949.

mais plutôt comme un défi à relever en augmentant la production économique (Bronfman et Lopez, 1986). Néanmoins, au cours de ces années, quelques associations et organisations non gouvernementales tentent de diffuser l'idée du contrôle des naissances, d'abord en lien avec des mouvements féministes et eugéniques, puis pour des motivations démographiques (Tuiran, 1988). Des actions de promotion et de diffusion de la contraception sont réalisées³. Elles relèvent des secteurs associatif et privé et sont marquées par l'influence des États-Unis. Le gouvernement se montre tolérant, d'autant plus qu'elles restent marginales. Néanmoins, certaines associations jouent un rôle important dans l'évolution idéologique des plus hautes sphères du pouvoir⁴. Du fait des personnalités qui les composent, scientifiques, médecins, hauts fonctionnaires, elles ont une audience certaine auprès des membres du gouvernement, qui participent souvent aux mêmes réseaux sociaux (Cosio-Zavala, 2006). À partir de 1970, l'évolution idéologique néomalthusienne des responsables politiques mexicains s'affirme, en synergie avec les débats dans la communauté internationale orchestrés par les États-Unis et les Nations Unies auxquels le Mexique participe activement. En 1972, le concept de paternité responsable est diffusé dans les instituts publics de santé. L'année suivante, les lois interdisant la promotion et la vente de contraceptifs sont abrogées par le nouveau Code de la santé, promulgué le 26 février 1973.

Au cours du xx^e siècle, une indifférence quasi générale pour les questions de population matinée d'une idéologie populationniste fait place à un engagement néomalthusien croissant qui conduira à la mise en place, en 1974, d'une politique de population. Ces positions à l'échelle de l'État et des analyses se retrouvent dans le fatalisme, et le natalisme des familles et des individus, remis en question par quelques pionnières.

3. Par exemple, une première clinique de planification familiale est créée par l'Asociacion Pro-Salud Materna à Mexico.

4. Par exemple, la Fundacion para Estudios de la Poblacion AC (FEPAC), organisme privé affilié à l'International Planned Parenthood Federative, est créée en 1965, ou l'Asociacion Mexicana de Estudios de Poblacion (AMEP), qui rassemble toutes les associations et tous les organismes non gouvernementaux s'intéressant à la population à partir de 1973.

1.2. DU RESPECT DE LA VOLONTÉ DIVINE

À LA PREMIÈRE RÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE DES PIONNIÈRES

Jusque dans les années 1960, pour une grande majorité de Mexicains, la naissance d'un enfant ne relevait pas d'un calcul conscient de la part de ses parents. Convaincus des valeurs du catholicisme, les couples accueillent alors les enfants que « Dieu leur donne ». En conformité avec les enseignements de l'Église, les pratiques contraceptives ne sont pas encouragées. La présence des médecins dans le domaine de la procréation est discrète. S'ils investissent le champ de l'obstétrique, la planification familiale ne relève pas de leur compétence. D'ailleurs, leurs moyens d'action sont limités, les avortements, la promotion et la vente de moyens contraceptifs étant prohibés. Ainsi, de façon schématique, la population oscille entre fatalisme et natalisme, et les conditions propices à la diffusion de la planification familiale (Coale, 1973) ne sont pas réunies : décider consciemment en évaluant les avantages et les désavantages d'une naissance ne semble pas légitime, les bénéfices sociaux, économiques, affectifs, identitaires de la réduction de la fécondité n'apparaissent pas évidents, les techniques efficaces pour réduire la fécondité ne sont pas disponibles. Par conséquent, dans un contexte de baisse de la mortalité et d'amélioration des conditions sanitaires, les niveaux de fécondité jusqu'au milieu des années 1960 sont en augmentation. L'indice conjoncturel de fécondité est proche de 7 enfants par femme en 1966-1967 (Juarez et Quilodran, 1990). Les femmes nées entre 1932 et 1936 ainsi qu'entre 1937 et 1941, qui ont constitué leur descendance pendant cette période, sont les plus fécondes de l'histoire mexicaine : 6,8 enfants par femme en moyenne pour les aînées, 6,6 pour les cadettes (Juarez, Quilodran et Cosio, 1989).

1.2.1. Les prémices des changements de comportements

Cependant, au cours des années 1960, de petits groupes de femmes adoptent de nouveaux comportements. Plusieurs études rendent compte de ces changements. L'analyse longitudinale réalisée par Cosio-Zavala (1988) montre que parmi les générations de femmes les plus fécondes du xx^e siècle quelques-unes ont limité leur fécondité. Elles ont en commun de s'être mariées tardivement par rapport aux autres femmes de leur génération. Palma, Figueroa et Cervantes (1990) ont analysé les pratiques contraceptives des femmes nées entre 1937 et 1941 : 16 % avaient utilisé une contraception à 30 ans, alors que la politique démographique néomalthusienne n'était pas encore instaurée ; elles étaient 53 % en fin de vie féconde. 3 % n'avaient pas d'enfant lors de leur première pratique contraceptive, 23 % un ou deux,

18 % trois ou quatre et 56 % étaient mères d'au moins cinq enfants. Selon ces auteurs, 55 % des femmes qui ont pratiqué la contraception avant 1973 ont débuté par la pilule et 20 % par des méthodes traditionnelles.

Une analyse biographique des générations 1936-1938 réalisée grâce à l'Enquête démographique rétrospective de 1998 (EDER) révèle aussi ces comportements novateurs : 15 % des femmes ont utilisé un moyen contraceptif au cours de leur vie. Plus de la moitié d'entre elles avaient moins de 35 ans lorsqu'elles ont mis en œuvre ces moyens pour la première fois. Ces pionnières n'ont pas bouleversé les étapes traditionnelles d'entrée en vie féconde : elles se sont mariées, puis ont mis au monde le plus souvent plusieurs enfants avant d'envisager de réguler leur fécondité. Ainsi, 12,8 % se sont mariées, puis ont donné naissance à au moins un enfant avant d'utiliser une contraception et 1,2 % ont eu un enfant avant de se marier puis d'adopter un contraceptif. Seulement 1,7 % d'entre elles se sont mariées et n'ont pas attendu d'être mères pour planifier leur fécondité. Parmi les femmes qui ont vécu une trajectoire « union, naissance, contraception », 8,2 % ont planifié leur fécondité après la naissance de leur premier enfant, mais en moyenne elles avaient 5,23 enfants lorsqu'elles ont mis en pratique une méthode contraceptive (Brugeilles, 2005 ; Brugeilles et Samuel, 2005). Ces femmes ont le plus souvent utilisé la pilule comme première méthode contraceptive (47 %). La part des méthodes traditionnelles apparaît marginale, mais elle est sous-estimée par l'enquête (6 %). En revanche, la stérilisation, adoptée plus tardivement, est choisie par 23 % des femmes. Ces « innovatrices » sont le plus souvent urbaines, elles se sont mariées plus âgées que les autres femmes, sont plus instruites et ont plus fréquemment connu une période d'activité professionnelle (Brugeilles, 2005). La descendance finale dans ces générations reste élevée : 7,2 enfants par femme en moyenne pour les rurales, 6,3 pour les femmes urbaines en 1998 qui ont connu l'exode rural et 5,5 pour les urbaines (Zavala de Cosio, 2005).

Les changements d'attitudes deviennent réellement perceptibles sur le plan des indicateurs de fécondité à partir des générations 1942-1946 : leur descendance finale est de 5,6 enfants par femme (Juarez, Quilodran et Cosio, 1989). Parmi les femmes de ces générations, 41 % ont utilisé une contraception à 30 ans et 77 % en fin de vie féconde. La pratique contraceptive intervient cependant toujours tardivement dans la formation de leur descendance : 5 % n'avaient pas d'enfants lors de leur première pratique contraceptive, 32 % un ou deux, 22 % trois ou quatre et 41 % étaient mères d'au moins cinq enfants (Palma Cabrera, Figueroa Perea et Cervantes, 1990).

1.2.2. La socialisation, les rapports sociaux de sexe et les interactions sociales au cœur des évolutions

Parmi ces femmes, Juarez et Quilodran (1990) distinguent un groupe de pionnières : celles qui ont moins de cinq enfants. Comme les précurseurs des générations 1936-1938, elles vivent le plus souvent en ville, se marient plus tard que leurs contemporaines avec des hommes titulaires de diplômes universitaires et ayant une « bonne situation économique et sociale », elles ont fait des études plus longues (au moins sept années) et exercé une activité professionnelle. Elles appartiennent principalement aux classes moyennes supérieures et aux classes favorisées (Juarez et Quilodran, 1990). Dans une recherche récente, ces auteures (2009) analysent finement les caractéristiques de ces pionnières à partir d'entretiens menés auprès de ces femmes. Elles éclairent ainsi leur ouverture aux changements. Leur contexte de socialisation a eu une influence : leurs parents faisaient partie des élites éduquées ; ayant déjà une progéniture moins nombreuse que leurs contemporains, ils ont encouragé leurs filles à faire des études et leur ont permis d'exercer une activité professionnelle avant le mariage. La plupart de ces femmes ont ainsi bénéficié d'une relative permissivité, quoique réduite en comparaison avec celle dont bénéficiaient leurs frères, par rapport aux filles de leur génération. Leur socialisation semble donc marquée par différents éléments : une rationalisation des comportements de leurs parents (Landry, 1934 ; Coale, 1973) qui expérimentent probablement l'inversion des flux intergénérationnels de richesse (Cadwell, 1982), mais aussi une légère évolution des possibilités offertes aux jeunes filles.

Cette combinaison de facteurs se développera durant leur vie conjugale. Ces auteures rapportent que ces femmes n'ont pas contesté la trajectoire maritale traditionnelle. Elles ont abandonné leur travail, lorsqu'elles en avaient un, pour se consacrer exclusivement à leur famille et elles ont mis au monde un premier enfant rapidement après leur mariage. C'est au cours de la formation de leur descendance qu'elles ont remis en question – en concertation avec leur mari – le modèle de la famille nombreuse avec le souci de la qualité de l'éducation et de l'attention portées à chaque enfant. Dès lors, ces couples ont adopté des pratiques contraceptives, soit des méthodes traditionnelles ou parfois le préservatif nécessitant la participation masculine, soit la pilule. Certains couples ont opté ultérieurement pour la stérilisation. Aspirant à un épanouissement professionnel et à une certaine autonomie financière, des femmes ont (ré)intégré le monde du travail. Ces trajectoires révèlent l'adhésion à un rôle traditionnel de mère au foyer vouée à l'éducation de ses enfants, mais aussi la reconnaissance de leurs

aspirations personnelles par leur entourage dans un contexte où le travail féminin est perçu comme une défaillance masculine, le mari devant subvenir aux besoins de la famille. Selon les auteures, l'évolution dans la conception de l'enfant et de son éducation ainsi que les modifications des relations conjugales expliquent les changements de comportements.

Les auteures soulignent aussi le rôle de trois « acteurs » extérieurs à la famille et au couple : le groupe de référence, l'Église et le médecin. Les femmes affirment l'importance des interactions avec leurs amis, hommes ou femmes, appartenant aux mêmes sphères sociales. Si elles valident et confortent leurs choix grâce à ces interactions, leurs réseaux sociaux leur donnent aussi accès à un certain nombre de ressources : adresses de prêtres ou de médecins ouverts à la planification des naissances, accès à la pilule grâce à l'achat par un tiers lors de séjours aux États-Unis. Ces femmes signalent l'importance de l'évolution de certains prêtres qui, sans abandonner le discours officiel de l'Église, considèrent que la planification familiale est une question de conscience relevant de la responsabilité individuelle ou qui acceptent les méthodes contraceptives naturelles, facilitant ainsi la conciliation entre croyances religieuses et pratiques contraceptives. Elles mettent en exergue le rôle du gynécologue qui explique la méthode du calendrier ou qui prescrit la pilule et légitime le projet de limiter la descendance, amorçant ainsi une médicalisation de la planification familiale.

Indicateurs démographiques et analyses qualitatives se renforcent mutuellement. Jusque dans les années 1970, le modèle reproductif dominant est de se marier jeune et d'avoir rapidement de nombreux enfants. Quelques femmes remettent partiellement en question ce schéma et expérimentent de nouveaux comportements : elles se marient un peu plus tard, mais ont rapidement un enfant avant de limiter leur fécondité une fois qu'elles en ont plusieurs. Quelques-unes ont entrepris la régulation de leur descendance selon les modalités de la première révolution contraceptive avant de saisir rapidement les nouvelles possibilités offertes par le changement de politique. Ainsi, la première révolution contraceptive est restée timide et confidentielle, mais le relais est vite pris par la seconde révolution contraceptive avec la pilule et parfois la stérilisation.

Ces nouveaux comportements résultent d'un subtil dosage entre rupture et pérennité des normes sociales de cette époque. Chez ces femmes, les trois conditions énoncées par Coale (1973) et reprises par Lesthaeghe et Vanderhoeft (1999) dans le modèle « *Readiness, Willingness, Ability* » sont remplies. L'évolution du contexte idéologique, national et international

dans lequel elles évoluent, les transformations, même limitées, des rapports sociaux de sexe au cours de leur socialisation et de leur vie conjugale, les interactions sociales avec leur groupe de référence qui assurent la connaissance et la validation de nouvelles attitudes et de pratiques selon le schéma proposé par Bongaarts et Cotts-Watkins (1996), l'évolution de quelques membres de l'Église et du corps médical ont permis une rupture avec le fatalisme d'antan, l'émergence et la légitimation de comportements procréatifs et contraceptifs en accord avec de nouvelles aspirations pour les femmes, les couples et leurs enfants. Cela a aussi permis l'accès aux méthodes contraceptives.

2. LA POLITIQUE DÉMOGRAPHIQUE NÉOMALTHUSIENNE ET LA MASSIFICATION DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE

À partir des années 1970, le contexte idéologique devient favorable à la baisse de la fécondité et à la pratique contraceptive. En 1974, le Mexique se dote d'une politique démographique dont l'objectif est de réduire la croissance de la population. Légitimées, l'information et la diffusion de la planification familiale sortent du cadre associatif ou privé. Des programmes de planification familiale sont mis en place et l'offre de contraception est organisée par le gouvernement par l'intermédiaire des services publics, notamment de santé. De nouvelles pratiques procréatives et contraceptives émergent grâce à la juxtaposition de divers processus propres à différents secteurs de la population.

2.1. LA POLITIQUE DÉMOGRAPHIQUE ET L'OFFRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

La politique démographique est basée sur trois textes juridiques fondamentaux : l'article 4 de la Constitution amendé le 31 décembre 1973, la Loi générale de la population (*Ley General de Población*) ratifiée le 7 janvier 1974 et ses décrets d'application (*Reglamento de la Ley General de Población*) parus au Journal officiel le 17 novembre 1976 (CONAPO, 1984). Inspirés par les réunions préparatoires à la Conférence mondiale sur la population de Bucarest et par le Plan mondial d'action sur la population adopté à cette occasion en 1974, ces textes donnent des fondements juridiques et des moyens institutionnels à l'ambition du gouvernement. Ils posent les principes généraux pour la mise en œuvre de l'action gouvernementale.

2.1.1. Les stratégies gouvernementales

La volonté du gouvernement est de responsabiliser la population face aux questions de démographie afin d'influer sur la dynamique de la population. À cette fin, le gouvernement doit impulser la planification familiale, définie «comme le droit pour toute personne de décider librement, en étant responsable et informée, du nombre de ses enfants et de l'intervalle de temps entre chaque naissance». La planification familiale affirme le devoir pour les parents de veiller au respect des droits de leurs enfants et à la satisfaction de leurs besoins tant physiques que mentaux. Elle s'intègre dans des programmes aux perspectives plus vastes visant le développement économique et social du pays. Ainsi, les services de planification familiale sont intégrés et coordonnés à ceux de la santé et de l'éducation; l'État s'engage à informer la population et à diffuser les méthodes contraceptives en réalisant des programmes par l'entremise des services publics d'éducation et de santé dont il dispose (CONAPO, 1984).

Les textes affirment le droit à une information sur les objectifs, les méthodes et les conséquences de la planification familiale. Les programmes mis en œuvre par l'État sont indicatifs, ouverts à tous et gratuits. Ce dernier doit s'assurer que ces programmes ainsi que ceux du secteur privé sont développés dans le respect des droits fondamentaux de l'homme et de la dignité de la famille. Le respect des personnes est aussi garanti par l'égalité de l'homme et de la femme face à la loi.

Le Conseil national de la population (CONAPO), fondé en 1974, est chargé de la planification démographique du pays. Il définit la politique, les programmes et il les coordonne. Les moyens financiers mobilisés sont importants et en large partie d'origine internationale⁵. La promotion de nouvelles normes procréatives occupe l'espace médiatique. Presse, radio, télévision vantent les avantages de la «petite famille». L'Éducation nationale propose des programmes d'éducation sexuelle, incluant un volet contraception, mais leur audience est réduite⁶. Dès l'origine, ces opérations

5. Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et son bureau régional, l'Office panaméricain de la santé, mais aussi des organisations privées, comme les fondations américaines Ford ou Rockefeller, ont largement financé les programmes. À propos des aides financières fournies par les organismes internationaux ou par des organismes privés étrangers, voir Palma Y. et Palma J.L. (2000).

6. L'éducation apparaît nettement insuffisante; peu d'heures sont consacrées à l'éducation sexuelle et à la planification familiale et cette information intervient tardivement dans le cursus, au lycée, alors qu'une partie importante de la population est sortie du système scolaire (Gautier, 2000).

sont périphériques par rapport à la forte mobilisation du secteur de la santé. En effet, pour atteindre les objectifs de croissance démographique fixés par le gouvernement, les actions sont orientées vers l'augmentation de la prévalence de la contraception dans la population. La coopération des trois principales institutions publiques de santé du pays est essentielle⁷. L'Institut mexicain de sécurité sociale (IMSS), l'Institut de sécurité sociale et de services sociaux des travailleurs de l'État (ISSSTE) et le ministère de la Santé (SSA) sont au centre du système. Ils prescrivent des méthodes contraceptives dès 1973 et participent à la mise en place d'infrastructures sanitaires, hôpitaux et centres de santé, notamment en milieu rural, qui permettent l'augmentation de la couverture médicale, un élément essentiel pour assurer le succès des programmes. Médiateurs institutionnels, les instituts de santé publique et le corps médical assurent l'interface entre les décideurs et la population (Gautier et Quesnel, 1993). Au fil du temps, on assiste à un désengagement des autres secteurs qui s'explique par plusieurs facteurs : restrictions financières liées aux crises économiques ou à la moindre aide internationale, réduction de la pression démographique et internationale après la Conférence internationale sur la population et le développement en 1984 à Mexico.

2.1.2. Le corps médical au cœur de la stratégie gouvernementale

Le CONAPO a défini différentes stratégies pour développer la politique en lien avec le secteur de la santé. Les objectifs de croissance démographique sont traduits en termes de nombre d'utilisatrices de méthodes contraceptives puis de taux de couverture, et cela, à l'échelle nationale, puis régionale. Une stratégie de quotas et de cibles est ainsi mise en place. Dans le dispositif, l'organisation de l'offre est centrale. Très concrètement, l'ambition est d'insérer les femmes dans un maillage médical : hôpitaux, centres de santé, mais aussi promotrices de santé qui assurent un relais dans les

7. Le ministère de la Santé (Secretaría de Salud y Salubridad, SSA) gère directement des centres de santé et d'assistance ouverts à l'ensemble de la population. Il existe des centres de sécurité sociale soumis à des conditions d'affiliation. Les principaux sont l'Institut mexicain de sécurité sociale (IMSS), qui accueille les salariés du secteur privé, notamment de l'industrie, et l'Institut de sécurité sociale et de services sociaux des travailleurs de l'État (ISSSTE). Ces organismes de sécurité sociale font partie du service public. Ils sont financés par les cotisations des bénéficiaires et de leurs employeurs, et par l'État. D'autres centres de sécurité sociale liés à des corporations prennent en charge des parts restreintes de la population. En parallèle, des services de santé sont proposés par le secteur privé (cliniques ou cabinets médicaux) ou associatif.

communautés et doivent conduire les patientes à accepter la prescription d'un contraceptif. Quel que soit le motif de leur consultation, les usagers des centres publics de santé reçoivent une information sur la planification familiale. Une contraception leur est systématiquement proposée. Par ailleurs, la grossesse et l'accouchement sont considérés comme des moments privilégiés. Ainsi, le personnel médical profite du séjour des femmes à l'hôpital lors des accouchements pour leur proposer une contraception.

La publication des textes des programmes rappelle régulièrement les principes de la politique et les modalités concrètes devant prévaloir sur le développement des programmes. Des objectifs sont exprimés très précisément et normalisent la pratique médicale⁸. Les services de santé rendent compte de leurs activités, notamment en fournissant des données quantitatives. Elles permettent d'établir des statistiques et de contrôler l'efficacité des programmes. Les centres de santé sont encouragés à augmenter chaque année le nombre et le pourcentage d'utilisatrices.

La politique de population a été analysée par différents auteurs qui ont souligné des manquements aux principes fondateurs et montré qu'elle s'était partiellement transformée en une politique sanitaire du contrôle des naissances (Tuiran, 1988 et 1990; Figueroa Perea, 1990, 1993 et 1994; Figueroa Perea *et al.*, 1992; Cervantes Carson, 1993; Gautier et Quesnel, 1993; De Barbieri, 1994; Brugeilles, 1998, 2000, 2004). Dans la dynamique de la Conférence sur la population et le développement du Caire de 1994, la politique de quotas et de cibles est officiellement abandonnée. Une nouvelle stratégie introduit les concepts de «santé de la reproduction» et de «perspective de genre» à un moment où la poussée démographique et la pression internationale sont moins vives (Abrantes et Pelcastre, 2008). Plus qu'auparavant, la promotion de la planification est justifiée par la lutte contre la pauvreté. L'accent est également mis sur la nécessité de développer l'accès à la santé, notamment dans les secteurs urbains et ruraux les plus défavorisés. En effet, malgré la forte mobilisation, toute la population n'a pas accès aux services de santé et tous les centres de santé ne sont pas également dotés en personnel et en matériel. Les méthodes contraceptives ne sont pas toujours disponibles (Gautier, 2008).

8. Des notes techniques émanant du ministère de la Santé sont publiées au Journal officiel pour aider le corps médical à développer la planification familiale. Voir par exemple: *Diario Oficial*, 7 juillet 1986.

Parallèlement à cette offre publique, les organisations non gouvernementales continuent à mettre en œuvre des programmes d'éducation et de sensibilisation à la planification familiale. De plus, l'offre privée se développe. Enfin, l'Église reste discrète. Ne pouvant pas s'immiscer dans les affaires de l'État, elle organise dans certaines paroisses des formations sur les méthodes traditionnelles.

Ainsi, en quelques années, l'offre confidentielle de moyens de contraception est remplacée par une offre abondante, très structurée, sous l'autorité de l'État. Les effets sur la dynamique démographique sont immédiats.

2.2. LA MASSIFICATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Après la mise en place des programmes de planification familiale, l'évolution des comportements a été rapide. La fécondité a chuté pendant les premières années de la politique démographique, puis a baissé à un rythme plus lent (voir le tableau 5.1). En 1970, on estime que moins de 12 % des femmes vivant en couple utilisaient une méthode contraceptive (Urbina Fuentes *et al.*, 1984) alors qu'en 2009 elles sont 72 %. Les méthodes employées ont évolué au fil du temps. De 1976 à 2003, les Mexicaines ont délaissé les méthodes traditionnelles et locales au profit de méthodes plus modernes, efficaces et médicalisées (voir le tableau 5.2). La pilule a cependant connu une très forte désaffection, alors que l'usage du stérilet s'est maintenu et que la stérilisation domine désormais largement.

Tableau 5.1

Fécondité et prévalence contraceptive, 1970-2009

	Fécondité					
	1970	1975	1980	1990	2000	2009
Nombre moyen d'enfants par femme	6,7	5,9	4,4	3,4	2,8	2,1
	Prévalence contraceptive					
	1970	1976	1987	1992	1997	2009
Pourcentage de femmes en union utilisant une méthode contraceptive	12	30	53	63	68	72

Sources : Pour 1970 : Urbina Fuentes *et al.*, 1984 ; pour 1976 : SPP-IISUNAM, *Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976*, México, D.F., 1979 ; pour 1987 : Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987*, México, D.F., 1989 ; pour 1992, 1997 et 2009 : Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, INEGI.

Tableau 5.2

Répartition des utilisatrices de méthodes contraceptives selon le moyen utilisé

	1976	1979	1982	1987	1992	1997	2003
Pilule	35,9	33,0	29,7	18,2	15,3	9,6	8,1
Stérilet	18,7	16,1	13,8	19,4	17,7	19,9	18,3
Injection	5,6	6,7	10,6	5,3	5,1	4,3	5,9
Préservatif et spermicides	7,0	5,0	4,1	4,7	5,0	5,5	8,5
Méthodes traditionnelles	23,3	15,1	13,0	14,7	12,2	11,8	11,2
Stérilisation féminine	8,9	23,5	28,1	36,2	43,3	46,8	45,8
Vasectomie	0,6	0,6	0,7	1,5	1,4*	1,8	2,1

Sources: EMF (1976), ENP (1979), END (1982), ENFES (1987), ENADID (1992, 1997) et ENSAR (2003).

* En 1992, cette modalité correspond à «Autres méthodes».

L'analyse longitudinale permet là encore de mieux cerner les changements de comportements.

Dès les générations 1947-1951, on enregistre une extension à tous les âges de la baisse de la fécondité, alors que chez les pionnières la limitation des naissances intervenait après 35 ans, voire 40 ans, chez des femmes largement engagées dans la constitution d'une famille (Cosio-Zavala, 1988). Dans les générations 1947-1951 et les suivantes, la prévalence contraceptive augmente continuellement et intervient de plus en plus tôt au regard de l'âge, de la durée de vie maritale et du nombre d'enfants (Palma *et al.*, 1990).

L'EDER 1998 permet de suivre les générations 1951-1953, âgées de 21 à 23 ans au moment du vote de la Loi de population, et les générations 1966-1968 qui avaient alors de 6 à 8 ans. Les plus âgées étaient donc en début de vie féconde, et les plus jeunes, encore enfants ; elles ont toujours connu la promotion de la planification familiale. Entre ces générations, on assiste à une forte augmentation de la prévalence et à un net rajeunissement : parmi les plus âgées, 38 % avaient utilisé un contraceptif à 30 ans, parmi les plus jeunes elles étaient déjà 60 % à l'avoir fait au même âge. La pratique contraceptive débute donc plus jeune, mais aussi plus rapidement au cours de la vie conjugale et à une parité moindre : alors que 19 % des mères utilisatrices de contraception nées entre 1951 et 1953 ont planifié leur fécondité dès le premier enfant, elles sont 40 % chez celles nées entre 1966 et 1968 (Brugeilles, 2005).

Ces changements ont eu peu de répercussions sur les premières étapes de la vie conjugale et reproductive, la norme restant de se marier puis d'avoir rapidement un enfant (Brugeilles et Samuel, 2005). Au moment de l'enquête, 60 % des femmes des générations 1951-1953 ont contrôlé leur fécondité. La quasi-totalité de ces utilisatrices de contraception ont connu une trajectoire « union – naissance – contraception » (51 %) et 4 % ont eu d'abord un enfant, puis se sont le plus souvent unies avant d'utiliser une contraception. Seulement 4 % ont utilisé une méthode après avoir fondé une union, mais sans attendre d'être mères, et moins de 1 % n'étaient ni en couple ni mères lorsqu'elles ont commencé à se servir d'une contraception. Chez les plus jeunes, qui sont 70 % à avoir utilisé une contraception au moment de l'enquête, la trajectoire « union – naissance – contraception » domine toujours (56 %). De plus, 22 % des femmes vivent déjà en couple et sont mères de famille au moment de l'enquête, sans pour autant utiliser une contraception. Une partie non négligeable d'entre elles devraient donc s'inscrire au final dans la trajectoire « union – naissance – contraception ». Dans ces générations, 5 % des trajectoires débutent par une naissance, la contraception intervenant ultérieurement. Cependant les femmes qui ont utilisé une méthode après avoir fondé une union mais sans attendre d'être mères sont légèrement plus nombreuses que chez les aînées (6 %), comme celles qui débutent par l'utilisation d'une contraception avant le mariage et la maternité (3 %).

Chez les générations 1951-1953, la pilule reste le plus souvent la première méthode utilisée (34 %), suivie par le stérilet (30 %) et la stérilisation (27 %). Chez les plus jeunes qui ont utilisé une méthode à 30 ans, c'est le stérilet qui prend la première place (41 %), suivi par la pilule (34 %) et la stérilisation (11 %). Même si la stérilisation est rarement choisie comme première méthode, 22 % des utilisatrices nées entre 1966 et 1968 sont stérilisées à 30 ans. Entre les deux groupes de générations, les femmes sont stérilisées de plus en plus jeunes, à une moindre durée de vie maritale et alors qu'elles ont moins d'enfants. Ainsi, parmi les femmes stérilisées avant l'âge de 30 ans 5,1 % avaient moins de 25 ans au moment de l'intervention chirurgicale dans les générations 1951-1953 et 38 % dans les générations 1966-1968 (Brugeilles, 2005).

Depuis 1974, des révolutions procréative et contraceptive se sont étayées. La descendance est limitée et la planification familiale a acquis une forte légitimité au sein des couples. Malgré cela, la fécondité reste précoce : 32 % des femmes nées entre 1977 et 1981 ont eu leur premier enfant avant 20 ans (Mendoza Victorino *et al.*, 2009). Entre 1974 et 2009, alors que la

part des adolescentes a diminué dans la population, leur rôle dans la fécondité a augmenté. Les femmes âgées de 20 à 24 ans sont désormais celles qui contribuent le plus à la fécondité (Romo et Sanchez, 2009). La pratique de l'espacement des naissances s'est développée, mais la vie féconde est souvent interrompue par une stérilisation alors que les femmes sont encore jeunes.

Ces changements ont touché quasiment tous les secteurs de la société; aussi la politique démographique est-elle considérée comme un succès. Toutefois, les différences selon le lieu de résidence, le niveau scolaire, l'activité économique ou encore l'origine restent importantes, même si elles se sont réduites au cours du temps (Romo et Sanchez, 2009). Ainsi, en 2005, le nombre moyen d'enfants par femme est de 1,6 à Mexico et de 2,6 dans l'État de Guerrero ou dans celui du Chiapas. La prévalence contraceptive chez les femmes vivant en couple est maximale dans la capitale (80%) et minimale au Chiapas (55%).

2.3. LES PROCESSUS DE LA RÉVOLUTION CONTRACEPTIVE

Depuis les années 1970, de plus en plus de personnes ont été sensibles à l'intérêt de limiter le nombre de leurs enfants, et la grande majorité des hommes et des femmes est maintenant favorable à la planification familiale, même s'il reste de fortes différences sociales (Cacique, 2008). La généralisation du souhait de limiter sa descendance et l'adoption d'une pratique contraceptive ne résultent pas de processus identiques pour tous les secteurs de la population.

2.3.1. Des transitions liées à la « modernisation », d'autres induites par la pauvreté et la politique démographique

Les pionnières qui ont amorcé les changements avant la diffusion massive de la contraception par le gouvernement, ainsi que des femmes aux caractéristiques similaires, urbaines, scolarisées et bénéficiant des progrès économiques et sociaux du pays, qui n'avaient pas osé adopter la planification familiale tant qu'elle était illégale ou avaient moins de ressources pour la mettre en pratique avec succès, ont assuré une rapide progression de la prévalence contraceptive. La politique de population, en légalisant la planification familiale et en facilitant l'accès à la contraception, a répondu à leurs aspirations (Figuroa Perea, Hita Dussel et Aguilar Ganado, 1992).

Au fil du temps, la structure sociale du pays s'est fortement modifiée, notamment quant aux caractéristiques susceptibles d'influencer les comportements reproductif et contraceptif. La société s'est urbanisée, la scolarisation et l'emploi féminin se sont développés (Coubès, Cosio-Zavala et Zenteno, 2005). Ainsi, la diffusion de la planification familiale est également due à une extension de la population ayant des caractéristiques socioéconomiques et des aspirations proches de celles des pionnières.

Cependant, toute la population n'adhère pas spontanément aux changements promus par la politique démographique. Dès lors, la question est de savoir quels sont les processus de changements pour ces populations souvent moins favorisées économiquement et socialement. Celles-ci ont souffert des crises successives de l'économie mexicaine et ont connu des processus de paupérisation. Et cela, dans un contexte où l'évolution économique et sociale transforme les modes de vie et les pratiques éducatives et marginalise parents et enfants exclus des changements. Ces populations subissent la modernité sans pleinement en profiter, leurs conditions de vie ne s'améliorant pas avec le temps. La réduction de leur fécondité s'inscrit dans un processus de transition induit par la pauvreté (Cosio-Zavala, 1996). Au-delà de l'argument économique, la nostalgie de la famille nombreuse et de sa richesse affective a progressivement été balayée par l'aspiration à une ascension sociale ou, au moins, à une amélioration de la qualité de vie. Si l'intérêt de l'enfant est au centre du désir de limiter la descendance, certaines de ces femmes revendiquent aussi le souhait d'avoir du temps pour elles, pour se former, pour travailler, que ce soit pour des raisons économiques ou pour leur épanouissement (Brugeilles, 1998).

Les programmes de planification familiale et leur gratuité ont joué un rôle déterminant pour une partie de cette population qui, sans eux, n'aurait peut-être pas envisagé de réduire sa fécondité ou n'aurait pas eu accès à l'information et aux méthodes (Cosio-Zavala, 1994 et 1996). Le développement de la médicalisation de la grossesse et surtout de l'accouchement va favoriser les contacts avec le monde médical et l'acceptation de la contraception (Amaral et Potter, 2009 ; Cosio-Zavala, 1994 ; Lerner, Quesnel et Samuel, 1999). En effet, lors des consultations, ces femmes sont confrontées à des normes sociales et biomédicales différentes de celles de leur milieu. Issus des classes moyennes supérieures et des classes aisées, nombre de médecins sont convaincus de la nécessité de limiter la fécondité. Ils adhèrent aux arguments malthusiens classiques pour les échelles planétaire et mexicaine : surpopulation, problèmes alimentaires, difficultés d'accès à l'eau potable, entrave au développement socioéconomique du

pays⁹. On trouve chez eux le souci des couples pionniers d'accorder du temps, de l'attention à chaque enfant. Conscients de la précarité de certaines de leurs patientes du secteur public, ils voient le besoin de limiter la descendance de ces femmes afin d'améliorer leur niveau de vie comme une évidence pour offrir de meilleures conditions de vie matérielle, mais aussi psychoaffective aux familles. Nombre de médecins plébiscitent donc idéologiquement et humainement le projet gouvernemental (Brugeilles, 1998). De plus, ceux qui travaillent dans les infrastructures de santé publique sont tenus, par contrat, de mettre en œuvre les programmes. Les femmes usagères des établissements publics de santé rencontrent des médecins, le plus souvent des hommes, convaincus des bienfaits et de la nécessité de la planification familiale et contraints, pour ceux qui exercent dans le secteur public, d'appliquer des programmes qu'ils remettent très peu en question, les ayant intégrés comme une routine lors de leurs formation et socialisation professionnelles (Figueroa Perea, 1990; Figueroa Perea *et al.*, 1992; Gautier et Quesnel, 1993; Brugeilles, 1998).

2.3.2. De l'art de convaincre les patientes : arguments et pratiques médicales

Les changements de comportements résulteront ainsi en partie des interactions entre les institutions de santé publiques et les médecins porteurs de nouvelles normes de comportements, d'une part, et leurs patientes parfois assez réticentes à abandonner les anciens schémas, d'autre part. Dès lors, les médecins élaboreront un corpus d'arguments afin de les convaincre : ils utilisent des motifs économiques, insistant sur les meilleures conditions de vie matérielle des « petites familles », mais aussi psychologiques et affectifs, mettant alors l'accent sur la qualité de la relation avec l'enfant et son importance pour son développement. Ils avancent aussi la qualité de la relation conjugale mise en péril par une progéniture qui accapare la mère et la fatigue prématurément, allant parfois jusqu'à jouer sur l'angoisse de l'abandon du mari. La démonstration peut être étayée par de faux arguments étymologiques face à des femmes peu instruites, « *Casados* » (mariés) devenant « *Casa dos* », la « maison de deux », des deux conjoints qui ne doivent pas négliger leur relation¹⁰. Cependant, les

9. Les médecins sont initiés à ces thématiques par les livres de médecine qui traitent de la question de la surpopulation et du développement (Gautier et Quesnel, 1993).

10. Il s'agit en fait du participe passé du verbe « *casar* », marier, qui se forme comme celui de tous les verbes en « ar » par l'ajout au radical de la terminaison « ado ».

arguments les plus fréquemment donnés relèvent de la santé et de l'expertise médicale. Au fil du temps, ils ont formé une norme biomédicale intégrée par l'ensemble du corps médical : les nombreuses grossesses ont un impact négatif sur la santé de l'enfant et de la mère. Pour ne pas compromettre la santé des femmes et de leur progéniture, il convient de respecter « les temps de la maternité ». L'âge approprié pour procréer est compris entre 20 ans et 30-35 ans (De Barbieri, 1994). Avant 20 ans, la maternité est présentée comme un risque pour la santé et l'avenir social des adolescentes ; après 35 ans, elle met en péril la santé de la femme et celle du bébé. Les intervalles intergénésiques ne doivent pas être trop courts : deux ou trois ans semble une durée appropriée. De fait, l'observance de ces « temps de la maternité » restreint le nombre d'enfants (Figueroa Perea, 1990 ; Gautier et Quesnel, 1993 ; Brugeilles, 1998).

L'enjeu est parfois pour le médecin de simplement convaincre la patiente d'accepter une contraception, soit qu'il fasse l'impasse sur la question globale du nombre d'enfants, soit que sa patiente soit déjà convaincue. Différentes analyses ont mis en évidence que les médecins n'offraient pas forcément une information complète afin que les femmes puissent choisir en toute connaissance de cause une méthode, mais qu'ils enseignaient quelles méthodes devaient être choisies selon leurs propres critères d'efficacité (Figueroa Perea, 1990 ; Gautier et Quesnel, 1993 ; Brugeilles, 1998). Si la connaissance de l'existence des méthodes contraceptives est excellente aujourd'hui, 97,4 % des femmes en âge procréatif connaissant au moins une méthode contraceptive en 2006, l'analyse plus fine de cette connaissance montre qu'elle reste très imparfaite, de nombreuses femmes ne sachant pas précisément quelles sont les modalités d'utilisation de ces méthodes. De plus, le bilan de la qualité de l'information¹¹ reçue par les utilisatrices de méthodes contraceptives est assez médiocre : selon l'Enquête nationale démographique de 2006, 41 % des utilisatrices ont reçu une information complète sur la méthode qu'elles utilisent, 29 % une information partielle et 30 % pas d'information du tout (Mendoza Victorino *et al.*, 2009).

11. L'indicateur de qualité de l'information prend en considération les éléments suivants : l'utilisatrice a reçu des informations sur d'autres méthodes possibles et des explications sur les effets secondaires. On lui a dit de revenir si elle avait un problème, on lui a consacré le temps nécessaire pour bien lui expliquer la méthode et lever tous ses doutes.

De fait, l'évolution de la pratique des différentes méthodes reflète les choix politiques. Avant la légalisation de la contraception, la pilule était la méthode la plus facile d'accès, puis elle a été privilégiée dans le cadre des programmes de planification familiale. En parallèle, surtout en milieu rural, une offre importante de stérilisation est développée. L'utilisation de la pilule est rapidement jugée peu adaptée aux patientes du secteur public, qui sont considérées comme incapables de l'utiliser correctement. L'automédication étant possible, les médecins soulignent aussi l'inutilité de leur rôle pour une telle prescription. Ainsi, dans un second temps, les institutions publiques de santé ont délaissé la pilule au profit du stérilet, tout en continuant à promouvoir la stérilisation. Le stérilet est présenté comme la méthode idéale pour espacer les naissances de façon fiable et sans risque. La stérilisation, complètement banalisée dans le contexte américain (Marcil-Gratton et Lapierre-Adamcyk, 1989), présente aussi très peu de contre-indications et apparaît idéale pour clore la période reproductive. Pour les médecins, ces deux méthodes présentent l'avantage de limiter les « interventions » de la patiente, ce qui garantit leur efficacité.

De plus, adossées aux directives gouvernementales, un certain nombre de pratiques médicales sont devenues des normes de conduites permettant d'atteindre les objectifs des programmes de planification familiale. Respectant les recommandations stratégiques, les stérilets sont souvent posés au moment des accouchements. Les stérilisations aussi sont très fréquemment effectuées à ce moment-là¹². En 1987, 34 % des femmes ont adopté une contraception pendant la période post-partum ; leur proportion est de 58 % en 2006. Cette pratique est très développée surtout pour la stérilisation (78 % en 2006) et le stérilet (58 % ; Mendoza Victorino *et al.*, 2009). Dans ce contexte, les médecins assimilent parfois la pose d'un stérilet à un acte médical qui relève de leur décision : il s'agit implicitement de prévenir le risque d'une trop forte fécondité. Ils reconnaissent placer des stérilets et parfois en informer les femmes ensuite (Brugeilles, 1998 et 2000). Par ailleurs, il est commun au Mexique de considérer qu'une femme ne peut pas subir plus de trois césariennes et qu'une femme qui a

12. Cette stratégie est très contestable. La pose du stérilet après l'accouchement est loin de faire l'unanimité ; elle s'avère parfois dangereuse et inefficace en cas d'expulsion du stérilet. Selon les manuels de l'International Planned Parenthood, il faut attendre un an après une naissance pour que la mère soit dans des conditions psychologiques adéquates pour une prise de décision concernant une stérilisation. Pour plus de précisions, se référer à Figueroa Perea (1990). Cependant, les femmes préfèrent parfois « coupler » les deux opérations afin de réduire les temps d'hospitalisation.

accouché par césarienne peut difficilement accoucher normalement par la suite. Dans cette logique, après trois césariennes, les femmes sont automatiquement stérilisées pour des « raisons médicales ». L'explosion du nombre de césariennes n'est probablement pas étrangère à ces pratiques : 43 % des grossesses se terminent par une césarienne selon l'Enquête nationale démographique de 2009.

Soulignons que l'offre de contraceptifs n'est pas homogène dans l'ensemble du pays ; les territoires sont plus ou moins dotés en infrastructures médicales, certains connaissant un véritable déficit, et les conditions locales peuvent favoriser telle ou telle stratégie. Une comparaison entre des régions défavorisées du Brésil et du Mexique a ainsi montré des niveaux de stérilisation plus faibles au Mexique en raison du manque d'infrastructures médicales (Amaral et Potter, 2009). De plus, l'accès à la médecine privée ou publique définit aussi une offre différente même s'il y a perméabilité entre les deux types de pratiques, de nombreux médecins exerçant dans les deux secteurs.

2.3.3. Des femmes et des couples face aux médiateurs institutionnels

Devant cette offre, les femmes et les couples disposent néanmoins de possibilités, plus ou moins grandes, de négociation (Brugeilles, 1998). En dehors de son accessibilité (coût, disponibilité), les raisons d'acceptation ou de refus d'une méthode contraceptive sont de différents ordres, en partie liés les uns aux autres : physiologique, psychologique, éthique, pratique (capacité de mise en œuvre). Des entretiens menés en 1994 en Basse-Californie (Brugeilles, 1998 et 2000) auprès de femmes font apparaître une forte suspicion face à la pilule. De très nombreux effets secondaires lui sont attribués : nausées, prise de poids, taches sur le visage, perte de libido, grossesses à cause des oublis... Le manque de suivi médical et par conséquent la difficulté de trouver une pilule adaptée, qui ne provoque pas de malaise, limitent son usage, jugé trop contraignant. Il y a finalement convergence sur cette méthode entre patientes et médecins. Ce n'est pas le cas en ce qui concerne le stérilet. Les entretiens font apparaître un rejet du stérilet qui s'appuie sur des arguments psychologiques, les femmes refusant la présence d'un corps étranger dans l'utérus, et sur des arguments éthiques, les femmes repoussant une méthode micro-abortive. Le stérilet est jugé inefficace et de nombreuses rumeurs circulent sur des enfants nés malgré sa présence. Il est aussi inducteur d'effets secondaires, saignements, maux de ventre, et les femmes se plaignent des conditions de pose. La

stérilisation devient alors la seule solution acceptable. Complètement banalisée et acceptée socialement, elle présente l'avantage de résoudre, à faible coût, le problème définitivement, ce qui explique son succès. Cependant, il est difficile de déterminer la part de résignation ou de contrainte dans son acceptation, les femmes ayant complètement intégré les normes médicales et ne les remettant pas en question. Les entretiens font apparaître des craintes à l'égard d'un éventuel nouveau désir de maternité et les stérilisations ne relevant pas pleinement de la volonté des femmes semblent toujours exister, l'accès à certains programmes d'aide sociale étant par exemple assujéti à l'opération (Gautier, 2008). Par ailleurs, si les pratiques médicales sont en général acceptées, certaines femmes désertent les services publics de santé afin d'éviter la confrontation avec les médecins (Lerner, Quesnel et Samuel, 1999). Ainsi se pose toujours la question du respect des droits reproductifs (Gautier, 2000).

Le rôle des conjoints est encore peu documenté même si les études sur la santé de la reproduction au masculin se sont développées récemment (Figuroa Perea, Jimenez et Tena, 2006). Ainsi, il est difficile de savoir si les changements sont liés à une individuation ou à une conjugalité croissante de la gestion de la vie reproductive et, dans ce cas, quelle est la dynamique décisionnelle. Force est de constater que les revendications liées au développement de la contraception dans les pays occidentaux – liberté et autonomie sexuelle des femmes – sont assez peu évoquées par les médecins comme par les femmes, pionnières ou non. Néanmoins, même si ce n'est pas dans l'optique d'une plus grande liberté, les femmes peuvent prendre leur décision seules. Pendant longtemps, l'idée commune était que les hommes s'intéressaient peu à « ces questions ». D'ailleurs, certains médecins préfèrent dialoguer avec les femmes en excluant les maris, considérés comme des freins. D'autres au contraire privilégient la discussion en triade afin d'obtenir le consentement du mari et parfois de s'en faire un allié. Dans les faits, au moment des accouchements dans le secteur public, les pères sont le plus souvent absents. Les occasions de dialogue médecin-conjoint sont donc limitées. Cependant, des enquêtes montrent que les hommes sont favorables à la planification familiale et pensent que les choix reproductifs appartiennent aux deux conjoints (Cacique, 2008). Les hommes ont une bonne connaissance des pratiques contraceptives, même quand elles sont mises en œuvre exclusivement par leur femme (Brugeilles et Samuel, 2005 ; Cacique, 2008). Dans la majorité des couples, il y a consensus sur les choix reproductifs, mais, quand il y a divergence, les positions de l'homme dictent plus souvent la pratique du couple (Cacique, 2008).

La révolution contraceptive mexicaine relève donc de la confrontation entre offre et demande de planification familiale qui passe par des interactions articulées autour de trois ensembles de rapports inégalitaires : des rapports sociaux de classes, des rapports entre population « savante » et population profane et des rapports sociaux de sexe, qui ont généré de nouvelles normes et pratiques. Elle résulte aussi de rapports sociaux de sexe au sein des couples. De plus, étant donné les contrastes socioéconomiques, mais aussi culturels, propres au Mexique, ces rapports sociaux s'inscrivent dans des contextes très différents. La présence de populations amérindiennes par exemple doit être considérée afin de comprendre les processus d'évolution, puisqu'elle constitue un environnement particulier (Gautier, 2006 et 2008).

2.3.4. Les limites des stratégies adoptées

Dans un tel contexte, la précocité de la maternité et le peu d'utilisation de la contraception avant la maternité sont cohérents. Plusieurs situations expliquent le maintien d'une forte fécondité chez les jeunes femmes : une grossesse peut intervenir chez une célibataire ou chez une jeune femme en union, la première situation s'observant plus fréquemment dans les classes sociales favorisées chez des jeunes qui prolongent leurs études, la seconde dans les classes sociales défavorisées où l'on entre en union plus précocement (Stern et Menkes, 2008). Quelle que soit leur situation matrimoniale, les jeunes femmes éprouvent des difficultés pour accéder à la contraception. Si les adolescentes et les femmes de 20 à 24 ans connaissent l'existence de la contraception, respectivement 96 % et 97 % peuvent citer une méthode, beaucoup ignorent les conditions concrètes de leur utilisation : 44 % des adolescentes et 62 % des 20 à 24 ans seulement connaissent la fréquence de prise de la pilule, elles sont respectivement 49 % et 59 % à savoir où se place un stérilet. Celles qui utilisent une contraception ont souvent reçu une information sommaire : 32 % des adolescentes ont reçu une information complète et 48 % pas du tout d'information. Les proportions sont respectivement de 37 % et de 42 % pour les 20 à 24 ans. Malgré la diffusion de la contraception, 36 % des adolescentes en union ne l'utilisent pas, alors qu'elles ne souhaitent pas tomber enceintes ; c'est aussi le cas de 24 % des femmes en union âgées de 20 à 24 ans. La proportion est de 12 % pour l'ensemble des femmes en union (Mendoza Victorino *et al.*, 2009).

Cette situation résulte incontestablement des choix stratégiques des programmes de planification familiale qui se focalisent sur les femmes en couple et plus particulièrement sur les mères, notamment pendant la période

du post-partum, malgré l'affirmation récurrente dans les textes du CONAPO de la nécessité d'entreprendre des actions spécifiques pour les adolescents et la présentation de la fécondité adolescente comme un problème sanitaire et social. Dès lors se pose la question de la légitimité, d'une part, de la sexualité des jeunes célibataires et, d'autre part, de la rupture avec le schéma traditionnel de constitution des familles. Non remises en question par les pionnières, ces normes semblent encore en vigueur, la finalité de l'union, cadre idéal de la sexualité, étant toujours de fonder une famille rapidement. Dans certains milieux, la valorisation de la maternité en l'absence d'autres perspectives contribue à cette pérennité (Stern, 2007), dans un contexte de très forte banalisation des grossesses juvéniles (Brugailles, 2008).

CONCLUSION

Comprendre l'évolution des pratiques et des normes reproductives et contraceptives au Mexique impose de considérer différentes échelles d'analyse, internationale et nationale, institutionnelle et individuelle, ainsi que de mobiliser plusieurs paradigmes.

Quelle que soit la période, les débats à l'échelle mondiale, mais aussi l'action des institutions internationales ou étrangères, étasuniennes principalement, ont participé à l'évolution des idéologies liées aux questions démographiques ainsi qu'à la définition mexicaine de la planification familiale et des programmes nationaux. Leur influence sur les idées et les principes est relayée concrètement par leur implication dans l'offre de contraceptifs à travers des structures associatives, des aides financières, des dons de méthodes contraceptives et probablement l'exportation d'une culture médicale banalisant le recours à la stérilisation.

Cette dynamique internationale est ainsi entrée en synergie avec des transformations idéologiques, socioéconomiques, mais aussi culturelles, intérieures au pays, qui ont donné lieu à des changements institutionnels : la mise en place de la politique démographique évidemment, qui a pour conséquences des modifications profondes des pratiques des institutions de santé et du corps médical, avec certainement des différences entre secteurs privé et public même s'il y a une perméabilité, des changements de l'institution scolaire – du moins théoriquement – avec l'obligation de participer à l'information sur la planification familiale ; des évolutions au sein de l'institution religieuse catholique, permettant des aménagements

entre foi et limitation des naissances. Ces changements, portés par des individus, ont influé sur les comportements d'une proportion de la population croissante avec le temps.

Quels que soient les secteurs de la population, la planification familiale est effectivement conditionnée par les trois dimensions définies par Coale (1973) et reprises par Lesthaeghe et Vanderhoeft (1999) : avec le temps, limiter la fécondité relève d'un choix conscient, légitime, avantageux, et des méthodes efficaces sont accessibles à une population de plus en plus nombreuse. Dès lors, la question est de savoir ce qui explique ces évolutions.

Dans un mouvement de modernisation socioéconomique de la société, des groupes sociaux favorisés ont remis en question certaines normes et pratiques traditionnelles concernant le fatalisme et le respect de la volonté divine, la valeur et le rôle des enfants et des femmes, les attentes et les relations au sein du couple et des familles. Dans d'autres secteurs sociaux, la limitation des naissances est apparue comme la solution adéquate pour faire face aux nouvelles conditions de vie, qui imposent notamment de nouvelles pratiques éducatives et qui sont souvent marquées par des difficultés économiques. Quel que soit le milieu, les nouvelles attitudes ont été favorisées par une évolution de la culture, dans une dynamique de globalisation, qui a donné à voir d'autres modèles, par des canaux de communication nationaux et internationaux et à travers des interactions sociales interpersonnelles selon des processus décrits par Bongaarts et Cotts-Watkins (1996). Ces attitudes ont suscité des échanges d'idées et d'informations, une évaluation positive des nouveaux comportements et leur validation sociale en premier lieu dans les classes favorisées, les familles très nombreuses étant de plus en plus associées à l'appartenance à un milieu populaire. Notons que ces interactions sociales ont pu être et sont encore parfois un frein au changement : la faible stigmatisation des grossesses adolescentes entre pairs favorise certainement ce phénomène.

Parmi ces interactions, l'analyse de celles qui, au sein des institutions médicales, mettent face à face des médecins et des femmes ou des couples est incontournable pour comprendre les évolutions. Le paradigme institutionnel proposé par McNicoll (1982) est essentiel pour bien saisir la situation mexicaine. En effet, l'offre de planification familiale dans le cadre de la politique démographique explique en grande partie les comportements procréatifs et contraceptifs. Cette offre est définie par des conditions matérielles – existence des infrastructures médicales et dotations en moyens, en

personnel –, mais aussi par des normes biomédicales et sociales. Ces normes résultent d'une culture médicale influencée par des interactions interpersonnelles marquées par des rapports sociaux de classes, de médecins à patients et entre sexes. Dès lors, il est important de comprendre les positions et les systèmes, y compris de contraintes, dans lesquels se trouvent les médecins. Notons à ce propos que le fait que de nombreux médecins, comme plusieurs politiques, soient convaincus de l'intérêt de la planification familiale est un facteur incontestable de réussite de la politique : il ne s'agit pas d'un placage d'une volonté internationale, mais au contraire d'une appropriation des nouvelles valeurs et normes par des fragments influents de la population. Il est aussi important de comprendre la demande, les motivations des femmes et des couples et d'analyser les processus d'acceptation, ou de refus, de la planification familiale et concrètement de l'utilisation de méthodes contraceptives qui reposent sur des facteurs physiologiques, psychologiques, éthiques, d'accessibilité et de faisabilité à l'échelle des femmes, mais aussi dans une dimension relationnelle avec leur conjoint. Les négociations, entre offre et demande, semblent dominées par le corps médical qui, par ses pratiques et ses normes biomédicales, influence largement les trajectoires procréatives et contraceptives.

La révolution contraceptive mexicaine est riche d'enseignements. Par la diversité des processus en jeu, elle permet de démontrer la complémentarité des approches théoriques d'analyse des comportements reproductifs : théorie de la transition démographique classique et revisitée (Coale, 1973), transition de crise et pauvreté (Lesthaeghe, 1989 ; Cosio-Zavala, 1996), paradigme institutionnel (McNicoll, 1982), de l'interaction sociale (Bongaarts et Cotts-Watkins, 1996) ou encore modèle « R.W.A. » proposé par Lesthaeghe et Vanderhoeft (1999). L'approche culturaliste (Cleland et Wilson, 1987), considérant la mosaïque de contextes au Mexique, est également pertinente. Les nombreuses recherches menées à ce jour n'épuisent pas le sujet, notamment l'influence des processus de socialisation primaire, mais aussi tout au long de la vie, ainsi que celle des rapports sociaux de sexes utiles pour comprendre les enjeux relationnels de la contraception.

BIBLIOGRAPHIE

- Abrantes, R. et B. Pelcastre (2008). «La reforma del sector salud en México y la política de salud reproductiva : ¿agendas contradictorias o complementarias?», dans S. Lerner et I. Szasz (dir.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, tome II, México, El Colegio de México, p. 255-301.
- Alba, F. (1984). *La población de México : evolución y dilemas*, El Colegio de México.
- Amaral, E. et J. Potter (2009). «Políticas de población, programas gubernamentales y fecundidad : una comparación entre el Brasil y México», *Notas de Población*, n° 87, p. 9-33.
- Aparicio, R. (2008). «Necesidades no satisfechas de anticoncepción : ¿una limitante para el ejercicio de los derechos reproductivos?», dans S. Lerner et I. Szasz (dir.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en Mexico*, tome I, México, El Colegio de México, p. 217-258.
- Bongaarts, J. et R.G. Potter (1983). *Fertility, Biology and Behaviour : An Analysis of the Proximate Determinants*, New York, Academic Press.
- Bongaarts, J. et S. Cotts-Watkins (1996). «Social interactions and contemporary fertility transitions», *Population and Development Review*, vol. 4, n° 22, p. 639-682.
- Bronfman, M. et E. Lopez (1986). «Les politiques de population au Mexique», dans Journées démographiques de l'ORSTOM, *La transition démographique dans le monde contemporain en développement*, Paris.
- Brugilles, C. (1998). *La fécondité et les comportements reproductifs à la frontière Mexique-États-Unis*, Thèse, Paris, Université de la Sorbonne nouvelle.
- Brugilles, C. (2000). «Confrontation de l'offre et de la demande de services de planification familiale au Mexique», dans G. Cresson et F.X. Schweyer (dir.), *Les usagers du système de soins*, Rennes, Éditions de l'École nationale de la santé publique, p. 213-227.
- Brugilles, C. (2004). «La politique démographique au Mexique (1974-2000)», dans A. Gautier, *Les politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales*. Éditions du CEPED, p. 115-163.
- Brugilles, C. (2005). «Tendencias de la práctica anticonceptiva en México : tres generaciones de mujeres», dans M.-L. Coubès, M.E. Zavala de Cosio et R. Zenteno (dir.), *Cambio demográfico y social en el México del siglo XX : Una perspectiva de historias de vida*, México, M.A. Porrúa y El Colegio de la Frontera Norte, México, p. 121-157.
- Brugilles, C. (2008). «Rôles féminins, rôles masculins, le regard des adolescentes lycéennes de Tijuana (Basse-Californie, Mexique)», *Cahiers des Amériques latines*, n° 59, p. 161-184.
- Brugilles, C. et S. Samuel (2005). «Formation des couples et fécondité au Mexique», dans K. Vignikin Kokou et P. Vimard (dir.), *Familles au Nord, Familles au Sud*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, p. 361-387.

- Cabrera, G. (1994). «El estado mexicano y las políticas de población», dans F. Alba et G. Cabrera (dir.), *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, México, El Colegio de México, p. 345-370.
- Cacique, I. (2008). «Actitudes hacia la reproducción y control de la fecundidad en las parejas mexicanas», dans S. Lerner et I. Szasz (dir.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, Tome II, México, El Colegio de México, p. 47-94.
- Caldwell, J.C. (1982). «The wealth flows theory of fertility decline», dans C. Hohn et R. Mackensen (dir.), *Determinants of Fertility Trends: Theories re-examined*, Liège, Ordina, p. 169-187.
- Cervantes Carson, A. (1993). «México : políticas de población, derechos humanos y democratización de los espacios sociales», dans IV Conferencia Latinoamericana de Población, *La transición demográfica en América Latina y El Caribe*, México, sección paralela, mimeo, p. 363- 420.
- Chasteland, J.-C. (2006). «La croissance de la population mondiale et la communauté internationale de 1950 à nos jours», dans G. Caselli, J. Vallin et G. Wunsch (dir.), *Histoires des idées et politiques de population*, Paris, INED, p. 833-888.
- Cleland, J. et C. Wilson (1987). «Demand theories of fertility transition: an iclonastic view», *Population Studies*, vol. 41, n° 1, p. 5-30.
- Coale, A.J. (1973). *La transition démographique reconsidérée*, International Population Conference, vol. 1, Liège, International Union for the Scientific Study of Population.
- Conseil national de la population – CONAPO (1984). *Bases Jurídicas de la Población de Mexico*.
- Conseil national de la population – CONAPO (2010). *La Situación Demográfica de México 2009*.
- Cosío-Zavala, M.E. (1988). *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*, Thèse de doctorat d'État, Université de Paris V, René Descartes.
- Cosío-Zavala, M.E. (1994). *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*, Paris, L'Harmattan, IHEAL.
- Cosío-Zavala, M.E. (1996). «Malthusianisme de la pauvreté au Mexique», dans H. Leridon (dir.), *Populations: l'état des connaissances*, Paris, La Découverte, p. 255-256.
- Cosío-Zavala, M.E. (2005). «Las tendencias de la fecundidad en los grupos de generaciones urbanas y rurales según el sexo», dans M.-L. Coubès, M.E. Cosío-Zavala et R. Zenteno (dir.), *Cambio demográfico y social en el México del siglo XX: Una perspectiva de historias de vida*, México, M.A. Porrúa y El Colegio de la Frontera Norte, p. 97-109.
- Cosío-Zavala, M.E. (2006). «Politiques de population au Mexique», dans G. Caselli, J. Vallin et G. Wunsch (dir.), *Histoires des idées et politiques de population*, Paris, INED, p. 625-646.

- Coubès, M.-L., M.E. Cosio-Zavala et R. Zenteno (2005). *Cambio demográfico y social en el México del siglo XX: Una perspectiva de historias de vida*, México, M.A. Porrúa y El Colegio de la Frontera Norte.
- Davis, K. et J. Blake (1956). «Social structure and fertility: An analytic framework», *Economic Development and Cultural Change*, n° 4, p. 211-235.
- De Barbieri, M.T. (1994). «Genero y políticas de población. Una reflexión», dans *Políticas de población en Centroamérica, el Caribe y México*, México INAP, PROLAP, UNAM, p. 277-294.
- Figuroa Perea, J.G. (1990). «Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva», *IV Reunión nacional de investigación demográfica*, México, p. 110-116.
- Figuroa Perea, J.G. (1993). *Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud, algunos apuntes sobre la experiencia mexicana*, mimeo.
- Figuroa Perea, J.G. (1994). «Apuntes para un estudio multidisciplinario de la esterilización feminine», *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 9, n° 25, p. 105-127.
- Figuroa Perea, J.G., H.G. Hita Dussel et B.M. Aguilar Ganado (1992). *Algunas referencias sobre reproducción, derechos humanos y políticas de planificación familiar*, mimeo.
- Figuroa, J.G., L. Jimenez et O. Tena (2006). «Algunos elementos del comportamiento reproductivo de los varones», dans J.G. Figuroa Perea, L. Jimenez et O. Tena (dir.), *Ser padres, esposos e hijos: practicas y valoraciones de varones mexicanos*, México, El Colegio de México, p. 9-53.
- Gautier, A. (2000). «Les droits reproductifs, une nouvelle génération de droits ?», *Autrepart*, n° 15, p. 167-180.
- Gautier, A. (2006). «Les droits reproductifs selon le personnel sanitaire au Yucatan», *Prochoix*, vol. 37, octobre, p. 49-64.
- Gautier, A. (2008). «Transformation de l'identité maya et planification familiale au Yucatan», *Démographie et Cultures*, Actes du colloque de Québec de l'Association internationale des démographes de langue française. <<http://www.erudit.org/livre/aidelf/2008/index.htm>>.
- Gautier, A. et A. Quesnel (1993). *Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatan*, Paris, Éditions de l'ORSTOM, coll. «Études et thèses».
- Gomez de Leon, J. et C. Rabell Romero (dir.) (2001). *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, México, Consejo Nacional de Población, Fondo de Cultura económica.
- Guillaume, A. et S. Lerner (2007). *L'avortement en Amérique latine et dans la Caraïbe / El aborto en América Latina y en el Caribe / Abortion in Latin America and the Caribbean*. Paris, CEPED, coll. «Les Numériques». <http://www.ceped.org/cdrom/avortement_ameriquelatine_2007/>.

- Hernandez D. (2001). «Anticoncepción en Mexico», dans J. Gomez de Leon et C. Rabell Romero (dir.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, México, Consejo Nacional de Población, Fondo de Cultura económica, p. 271-306
- Juarez, F. et J. Quilodran (1990). «Mujeres pioneras del cambio reproductivo en México», *Revista Mexicana de Sociología*, vol. LII, n° 1, enero-marzo, p. 33-49.
- Juarez, F. et J. Quilodran (2009). «Las pioneras del cambio reproductivo: un análisis partiendo de sus propios relatos», *Notas de Población*, n° 87, CEPAL, p. 63-94.
- Juarez, F., J. Quilodran et M.E. Cosio Zavala (1989). *Les tendances récentes de la fécondité au Mexique*, Document de recherche n° 63, Paris, CREDAL.
- Landry, A. (1934). *La révolution démographique*, Paris, INED [rééd. 1982].
- Lerner, S., A. Quesnel et O. Samuel (1999). «Intégration des femmes au système biomédical par constitution de la descendance. Une étude de cas en milieu rural mexicain», *Sciences sociales et santé*, vol. 17, n° 1, mars, p. 67-103.
- Lerner, S. et I. Szasz (dir.) (2008). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t. I et II, México, El Colegio de México.
- Lesthaeghe, R. (1989). «Social organization, economic crisis and the future of fertility control in Africa», dans R. Lesthaeghe (dir.), *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*, Berkeley, University of California Press, p. 475-505.
- Lesthaeghe, R. et C. Vanderhoeft (1999). «Une conceptualisation des transitions vers de nouvelles formes de comportements», dans *Chaire Quetelet 1997, Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant/L'Harmattan, p. 279-306.
- Marcil-Gratton, N. et É. Lapierre-Adamcyk (1989). «L'Amérique du Nord à l'heure de la troisième révolution contraceptive: la montée spectaculaire de la stérilisation au premier rang des méthodes utilisées», *Espace, Population, Sociétés*, vol. 2, p. 239-248.
- McNicoll, G. (1982). «Institutional determinants of fertility change», dans C. Hohn et R. Mackensen (dir.), *Determinants of Fertility Trends: Theories Re-examined*, Liège, Ordina, p. 147-168.
- Mendoza Victorino, D., M. Danchez Castillo, M.F. Hernandez Lopez et M.E. Mendoza Garcia (2009). «35 años de planificación familiar en México», dans CONAPO, *La Situación Demográfica de México 2009*. <<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2009/03.pdf>>.
- Palma, Y. et J.L. Palma (2000). «Mexico», dans S. Forman et R. Ghosh (dir.), *Promoting Reproductive Health*, Londres Lynne Rienner, p. 111-145.
- Palma Cabrera, Y., J.G. Figueroa Perea et A. Cervantes (1990). «Dinámica del uso de métodos anticonceptivos en México», *Revista Mexicana de Sociología*, vol. LII, n° 1, p. 51-81.

- Romo, R. et M. Sanchez (2009). «El descenso de la fecundidad en México 1974-2009: a 35 años de la puesta en marcha de la nueva política de población», dans CONAPO, *La Situación Demográfica de México 2009*. <<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2009/02.pdf>>.
- Stern, C. (2007). «Esteriotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes grupos socio-culturales en México», *Estudios sociológicos*, vol. XXV, Colegio de México, p. 105-127.
- Stern, C. et C. Menkes (2008). «Embarazo adolescente y estratificación social», dans S. Lerner et I. Szasz (dir.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t. I, p. 347-396.
- Stern, C. et J.G. Figueroa (dir.) (2001). *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, México, El Colegio de México.
- Tuiran, R. (1988). «Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción», *Memoria de la reunión sobre avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México*. Dirección general de planificación familiar, Secretaría de Salud, México, p. 45-58.
- Tuiran, R. (1990). «La esterilización anticonceptiva en México: satisfacción e insatisfacción entre las mujeres que optaron por este método», *IV Reunión nacional de investigación demográfica*, México, p. 119-137.
- Urbina Fuentes, M., Y. Palma Cabrera, J.G. Figueroa Perea et P. Castro Morales (1984). «Fecundidad, anticoncepción y planificación familiar en México», *Comercio exterior*, vol. 34, n° 7, México, p. 647-666.

P A R T I E



JEUNES, CONTRACEPTION ET PRÉVENTION

LA PILULE CONTRACEPTIVE CHEZ LES ÉTUDIANTES EN FRANCE ET AU QUÉBEC

Joseph Josy LÉVY
Jean-Marc SAMSON
Catherine GARNIER
Philippe TREMBLAY
Évelyne LASSERRE

Si, pendant des siècles, le contrôle des naissances a reposé sur des méthodes incertaines quant à leur usage et à leur efficacité, les avancées technologiques et médicales apparues depuis la moitié du xx^e siècle ont radicalement transformé les stratégies contraceptives en proposant une panoplie de méthodes de plus en plus diversifiées.

Ces méthodes font appel à des procédures chirurgicales (vasectomie et ligature des trompes), à des méthodes mécaniques (condom, diaphragme et stérilet), mais surtout à des produits synthétiques hormonaux qui ont révolutionné la contraception avec la mise au point de pilules contraceptives. On trouve ainsi sur le marché de nombreuses marques

de pilules, basées sur des minidosages, faisant appel à des combinaisons d'hormones diverses (progestérones et œstrogènes, antiandrogènes comme la cyprotérone) qui agissent en empêchant l'ovulation et en modifiant le mucus cervical pour entraver la pénétration du sperme et l'implantation de l'ovule. Certaines de ces pilules permettent aussi de traiter l'acné ou de régulariser le cycle menstruel.

Depuis quelques années aussi, la contraception d'urgence tend à augmenter. Ce type de contraception est employé pour éviter une grossesse après une relation sexuelle non protégée, un bris du préservatif ou un oubli de la prise de la pilule contraceptive. À cette fin, les femmes peuvent employer un comprimé le plus rapidement possible après le rapport, car son efficacité diminue avec les jours, passant de 95 % avant 24 heures à autour de 60 % entre 48 et 72 heures. Ces pilules, à base hormonale, bloquent l'ovulation ou l'implantation d'un ovule fécondé dans l'utérus. Elles sont en vente en France dans les pharmacies, sans ordonnance et anonymement, dans les centres de planning familial et dans les infirmeries d'établissements scolaires. Le recours à la contraception d'urgence s'est aussi développé dans le contexte québécois. On y a accès dans les pharmacies, les centres de planning familial et les infirmeries d'établissements scolaires ainsi que dans les cliniques d'urgence et les CSSS.

On assiste ainsi à une médicalisation croissante de la contraception qui tend à se diffuser dans tous les groupes sociaux, avec des variations selon l'âge, l'état matrimonial et le nombre d'enfants (Leridon *et al.*, 2002). L'usage des contraceptifs se généralise en particulier parmi les jeunes adultes, comme le montrent les études sociodémographiques réalisées en France et au Québec, mais les comparaisons entre les populations de ces deux pays quant aux représentations, aux usages, aux effets secondaires et aux motivations sont absentes. Nous tenterons de cerner ici certaines de ces configurations parmi les étudiantes françaises et québécoises.

1. LES SCÉNARIOS CONTRACEPTIFS

1.1. LES SCÉNARIOS CONTRACEPTIFS CHEZ LES JEUNES FRANÇAISES

Plusieurs recherches ont été effectuées entre 1990 et 2009, quant aux usages des contraceptifs chez les Françaises âgées de 18 ans à 29 ans. Dans les années 1990, parmi les femmes de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans, respectivement 68,8 % et 67,9 % utilisaient une méthode contraceptive,

essentiellement la pilule (respectivement 58,6 % pour les 20-24 ans et 50,3 % pour les 25-29 ans), suivie du stérilet (respectivement 2,9 % et 7,7 %), alors que les autres méthodes (abstinence, préservatif, méthode locale, retrait) étaient beaucoup plus secondaires et employées par moins de 7,7 % des répondantes (MES, 1998).

Au début des années 2000, parmi les répondantes âgées de 18-19 ans, 20-24 ans et 25-29 ans, respectivement 36,7 %, 20,7 % et 23,6 % n'avaient pas employé de méthodes contraceptives. La pilule était la méthode la plus répandue (respectivement, 53,9 %, 68,3 % et 56,7 %), suivie des préservatifs (respectivement 9,2 %, 8,6 % et 7,7 %) et des DIU (0,9 % chez les 20-24 ans et 7,5 % chez les 25-29 ans), alors que les autres méthodes sont utilisées par moins de 4 % des répondantes (ANAES, 2004).

Les enquêtes plus récentes indiquent l'amplification de ces tendances avec la prédominance de la pilule et l'effacement des autres méthodes (Moreau *et al.*, 2007). Ainsi, parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans, 78,8 % avaient employé la pilule, 20,1 % le préservatif et 0,8 % les implants, alors que chez les 20 à 24 ans ces pourcentages étaient de 87,8 % pour la pilule, de 9,7 % pour le préservatif, de 1,1 % pour le stérilet et de 0,9 % pour les implants.

Les enquêtes indiquent une augmentation du recours à la contraception d'urgence, passant, au courant de la vie, de 12,2 % à 30,3 % pour les 15-19 ans et de 16 % à 31,8 % pour les 20-24 ans entre 2000 et 2005. Selon les chiffres rapportés par Moreau *et al.* (2007), la proportion des femmes qui ont eu recours à ce type de contraception en 2005 s'établissait à 19,1 % parmi les moins de 20 ans et à 9,4 % parmi les 20-24 ans. Les usages des contraceptifs médicaux et non médicaux varient selon certaines caractéristiques sociodémographiques comme la région d'habitation, l'emploi, le niveau d'éducation et la pratique religieuse (Moreau *et al.*, 2007), mais les études ne tiennent pas compte spécifiquement des femmes qui fréquentent les établissements universitaires en France.

1.2. LES SCÉNARIOS CONTRACEPTIFS CHEZ LES JEUNES QUÉBÉCOISES

L'évolution de la contraception au Québec parmi la population des jeunes adultes suit les mêmes lignes de force. Ainsi, l'enquête de 1984 sur les conduites contraceptives des jeunes Québécoises de 20 à 29 ans (Balakrishnan, Krotki et Lapierre-Adamcyk, 1985) révèle que la contraception débute

pour la majorité avant l'âge de 20 ans, avec l'usage de la pilule et du condom comme moyens privilégiés, les autres méthodes étant plus secondaires, une tendance qui se maintient dans le temps.

Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 (ESCC, cycle 3.1), parmi les 15-24 ans ayant eu des relations sexuelles dans les douze derniers mois, 71,9 % des femmes avaient employé la contraception orale, 50,8 % le condom, alors que les autres méthodes (injections contraceptives, autres méthodes, diaphragme) n'avaient été employées que par une minorité de répondantes, soit moins de 3 % (Guillemette et Bossé, 2009).

Ces études suggèrent donc la présence de scénarios contraceptifs où domine soit le recours à une seule méthode, en particulier la pilule, soit le recours à une double contraception (pilule-condom), qui permet de se protéger à la fois des grossesses non désirées, des ITSS et du VIH/sida (Otis *et al.*, 1997). Quant à la contraception d'urgence, son emploi au moins une fois au cours de la vie se retrouve rapporté par 32 % des jeunes femmes fréquentant les cégeps (Lambert *et al.*, 2007).

1.3. L'OBSERVANCE CONTRACEPTIVE ET LES EFFETS INDÉSIRABLES

Les études consacrées à l'observance de la prescription contraceptive indiquent qu'elle n'est pas toujours rigoureuse. En France, plus de 20 % des femmes oublieraient de prendre leur pilule au moins une fois par mois (Gall et Jouannic, 2007), et ce pourcentage serait encore plus élevé chez les 15 à 30 ans (28 %). À la suite de cet oubli, plusieurs stratégies peuvent être employées par l'ensemble de la population, dont les plus fréquentes sont de reprendre la pilule le lendemain (43 %), de prendre deux pilules le lendemain (21 %), de prendre immédiatement la pilule dès que l'oubli est constaté ou dans les 12 heures (15 %), de recourir à un autre moyen contraceptif ou au préservatif (17 %). Les autres stratégies sont moins fréquentes et consistent à se renseigner auprès du médecin ou du pharmacien (4 %), à reprendre la pilule après les menstruations (3 %), à éviter les rapports (3 %) ou à recourir à d'autres stratégies non définies (3 %).

Une autre étude effectuée auprès de femmes fréquentant des cabinets de médecine générale dans les Hauts-de-Seine met en évidence certains des facteurs sociodémographiques qui modulent l'oubli. Celui-ci est plus fréquent chez les femmes de moins de 20 ans (88 %), les célibataires (58 %), celles qui avaient trois enfants (60 %), les cadres supérieurs (64 %)

et les étudiantes (61 %), celles qui prenaient leur pilule le midi (67 %) ou le soir (56 %), celles qui avaient une moins bonne tolérance (79 %) (Marie *et al.*, 2008).

Quant aux effets des contraceptifs oraux, les études ne se sont pas penchées explicitement sur cette question en tenant compte des groupes d'âge. Toutefois, selon une recherche française (Bajos *et al.*, 2004 ; Moreau *et al.*, 2007), plus de la moitié des femmes expérimentent des symptômes liés à l'usage de la pilule. Parmi les plus fréquents, Bajos et ses collaborateurs (2004) rapportent, entre autres, la présence de maux de tête (43 %) et de douleurs aux seins (17 %) ressentis par les femmes de leur échantillon, alors que l'étude de Moreau et de ses collaborateurs (2004), plus précise, note le gain de poids (25,2 %), des menstruations douloureuses (20,7 %), des enflures aux jambes (20,9 %) et des pertes sanguines menstruelles importantes (15,6 %). Les autres effets sont moins fréquents : nausées ou vomissements (4,3 %), douleurs à la poitrine (11,8 %), fréquence réduite de périodes menstruelles (7,7 %), ménorragies (5,3 %). Peu de ces effets varient en fonction de la durée de l'usage, de la composition des pilules, du dosage et de la génération. Les pilules composées seulement de progestine étaient associées à de plus hauts taux de ménorragies et à des fréquences de périodes menstruelles réduites. Pour le Québec, des données de ce type ne semblent pas disponibles.

Dans la perspective ouverte par les travaux sur la contraception et les effets indésirables, la présente étude exploratoire vise à comparer les attitudes et les pratiques de jeunes femmes françaises et québécoises au regard de la contraception, de ses motivations et de ses répercussions afin de dégager les convergences et les divergences dans ce domaine.

2. LA MÉTHODOLOGIE

2.1. LE QUESTIONNAIRE

C'est dans le cadre d'une recherche internationale France-Québec portant sur les représentations et les usages des médicaments que les données sur la contraception ont été recueillies en 2006 et 2007. Deux questionnaires ont été proposés à des étudiants français et québécois inscrits dans différentes universités (voir plus loin), mais seules les réponses des femmes des deux sociétés seront considérées ici.

Dans le premier questionnaire qui portait sur les représentations des médicaments et sur les attitudes à leur égard, deux questions portaient spécifiquement sur la contraception : la première visait à cerner leur attitude face à la publicité destinée aux jeunes en matière de contraception à laquelle il fallait répondre sur une échelle de Lickert en cinq points allant de *tout à fait d'accord* à *pas du tout d'accord*. Pour la seconde question, qui portait sur l'accessibilité de la contraception d'urgence, la même échelle a été utilisée.

Quant au second questionnaire, axé sur les pratiques associées aux médicaments *prescrits durant les six derniers mois*, il comprenait plusieurs questions sur les usages contraceptifs. La première portait sur l'utilisation de la pilule contraceptive (oui/non) et était suivie d'une question ouverte portant sur la marque de la pilule contraceptive. Suivait une question sur les motifs de la prise de la pilule contraceptive dont une liste était présentée aux répondantes : comme moyen contraceptif, pour régulariser le cycle menstruel, pour atténuer les crampes menstruelles, contre l'acné, pour espacer les menstruations. Les réponses étaient dichotomiques (oui/non). Une troisième question visait à déterminer si la pilule contraceptive était prise toujours au même moment de la journée sur une échelle de Lickert en cinq points allant de *toujours* à *jamais*.

La question ouverte suivante visait à préciser quelles stratégies étaient utilisées en cas d'oubli de prise de la pilule. Cinq types de réponses ont été catégorisées : prendre immédiatement la pilule lorsque l'oubli est constaté ; prendre deux pilules le lendemain, utiliser le condom ou privilégier l'abstinence sexuelle ; lire la notice accompagnant le contraceptif, consulter son gynécologue, son médecin ou son pharmacien ; sauter la pilule oubliée ou prendre la pilule du lendemain. La cinquième catégorie regroupait des réponses inclassables dans les autres catégories ou les « je ne sais pas ».

Une autre question portait sur les difficultés éprouvées à la suite de la prise de la pilule contraceptive (oui/non) ainsi que sur le type d'effets éprouvés : gain de poids, nausées, gonflement des seins, pertes sanguines, grossesse non désirée, autres difficultés. La question suivante s'intéressait au changement de moyens contraceptifs et voulait savoir si, mis à part la pilule, les femmes avaient recours à d'autres moyens contraceptifs (anneaux, cape cervicale, condom féminin, condom masculin, contraceptifs injectables, température, retrait, glaire cervicale, diaphragme, spermicides, stérilet, autres moyens) ou à aucun autre moyen.

À ces questions portant essentiellement sur la pilule contraceptive venaient s'ajouter les variables d'ordre sociodémographique (origine nationale, statut civil, croyance religieuse, pratique religieuse, emploi) ainsi que d'autres questions qui pouvaient influencer le rapport aux contraceptifs (évaluation de l'état de santé, estime personnelle et responsabilité de ses actions). Les analyses comprenaient des tests d'association (χ^2) et des *t*-tests afin de dégager les différences significatives entre les femmes de chaque pays. Les analyses ont été effectuées en utilisant le programme SPSS pour Mac.

2.2. LE PROFIL DES RÉPONDANTES

2.2.1. Le profil des répondantes au premier questionnaire

Pour ce questionnaire, 268 femmes québécoises étudiantes (Université du Québec à Chicoutimi, Université du Québec à Montréal, Université du Québec en Outaouais, Université Laval) et inscrites dans plusieurs disciplines (éducation, éducation et sciences de la santé, pharmacie, sciences de la gestion, sociologie) ont répondu aux questions. En France, 241 femmes inscrites dans des universités situées dans plusieurs régions (Université Victor-Segalen à Bordeaux, Université Le Mirail à Toulouse, Université Claude-Bernard à Lyon, Universités de Paris, Grande École de commerce Audencia à Nantes) et dans des disciplines diverses (commerce, éducation, médecine, physique, psychologie et santé publique) ont répondu au questionnaire.

Les répondantes québécoises étaient significativement plus âgées ($M = 22,39$ ans) que les Françaises ($M = 20,54$ ans; $t = 4,426$; $dl = 503$; $p = 0,0001$). L'état civil variait significativement. Au Québec, on comptait 73,9 % de célibataires, contre 87 % en France; 24,6 % étaient mariées ou avaient un conjoint de fait, un pourcentage plus élevé que celui enregistré pour la France (12,6 %; $\chi^2 = 13,73$; $dl = 2$; $p = 0,001$). Plus de Québécoises (68 %) étaient sur le marché du travail que de Françaises (26,9 %; $\chi^2 = 84,68$; $dl = 2$; $p = 0,001$).

Les deux groupes se distinguaient sur le plan religieux. Parmi les Québécoises, 5,24 % mentionnaient une pratique religieuse élevée ou très élevée, alors que parmi les Françaises ce pourcentage était de 18,1 %; 21 % des Québécoises évaluaient leur pratique religieuse comme moyenne, contre 28,4 % des Françaises; 73,8 % des Québécoises évaluaient leur pratique comme faible ou très faible et ce pourcentage était de 53,4 % en

France ($\chi^2 = 20,34$; $dl = 2$; $p = 0,001$). Le niveau de croyance variait aussi de manière significative. Parmi les Québécoises, 56,2 % disaient être peu ou pas du tout croyantes, contre 34,2 % des Françaises ($\chi^2 = 4,489$; $dl = 2$; $p = 0,028$).

L'évaluation de l'état de santé était semblable, 90,6 % des Québécoises considérant leur santé comme bonne ou très bonne et ce pourcentage étant de 84,3 % chez les Françaises. Quant à l'estime de soi, elle était significativement plus élevée chez les Québécoises (élevée-très élevée : 50 %), comparativement à 21,7 % chez les Françaises ($\chi^2 = 42,54$; $dl = 2$; $p = 0,0001$). Quant à la prise de responsabilité de leurs actions, les deux groupes de répondantes ne se distinguaient pas de façon significative, 98,5 % des Québécoises rapportant assumer très fortement leurs actions, un pourcentage comparable à celui noté chez les Françaises (97,4 %).

2.2.2. Le profil des répondantes au second questionnaire

Pour le deuxième questionnaire, on compte 143 étudiantes québécoises et 239 étudiantes françaises. Ces femmes sont issues des mêmes universités et étudient dans les mêmes disciplines que celles du premier questionnaire.

Les répondantes ne se différençaient pas significativement en fonction de l'âge (Québécoises = 22,07 ans; Françaises = 21,87 ans) ou de l'état civil (célibataires québécoises : 78,3 %; célibataires françaises : 79,8 %). Plus de Québécoises (67 %) étaient sur le marché du travail que de Françaises (37,1 %; $\chi^2 = 31,984$; $dl = 2$, $p = 0,001$).

Les deux groupes continuaient de se différencier sur le plan de la pratique religieuse. Parmi les Québécoises, 2,7 % rapportaient une pratique religieuse élevée ou très élevée, alors que parmi les Françaises ce pourcentage était de 15 %; 20,5 % de Québécoises évaluaient leur pratique religieuse comme moyenne, contre 26,5 % des Françaises; 76,8 % des Québécoises évaluaient leur pratique comme faible ou très faible, et ce pourcentage était de 58,4 % en France ($\chi^2 = 13,352$; $dl = 2$; $p = 0,001$). Cependant, le niveau de croyance ne variait plus entre les groupes. Parmi les Québécoises, 60,1 % se disaient peu ou pas du tout croyantes, contre 65,5 % des Françaises.

L'évaluation de l'état de santé était semblable, 87,9 % des Québécoises considérant leur santé comme bonne ou très bonne et ce pourcentage étant de 81 % chez les Françaises. Quant à l'estime de soi,

elle restait significativement plus élevée chez les Québécoises (élevée-très élevée: 51,8 %) que chez les Françaises (26,2 %; $\chi^2 = 27,332$; $dl = 2$; $p = 0,0001$). Quant à la prise de responsabilité de leurs actions, les deux groupes de répondantes ne se différenciaient pas significativement entre eux (100 % contre 97 %).

3. LES RÉSULTATS

3.1. L'ACCEPTATION DE LA PUBLICITÉ EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION

À la question portant sur l'acceptation de la publicité destinée aux jeunes en matière de contraception¹, une très forte proportion de répondantes se disent d'accord avec cette stratégie (82,2 % au Québec et 88,4 % en France), et on n'observe pas de différence entre les femmes de ces deux pays. On ne remarque pas non plus de différence significative selon l'âge, ni en France ni au Québec, même si dans ce pays on note que les plus âgées semblent moins d'accord avec la publicité faite pour la contraception auprès des jeunes. Par contre, le niveau de croyance religieuse joue chez les étudiantes du Québec. Ainsi, 74,5 % des étudiantes qui se disent beaucoup ou moyennement croyantes sont moins d'accord avec la publicité pour la contraception faite auprès des jeunes, comparativement à 89,1 % des répondantes qui sont un peu ou pas du tout croyantes ($\chi^2 = 8,942$; $dl = 2$; $p = 0,011$). On ne constate pas de différence selon le statut civil, mais la pratique religieuse est significativement associée à l'acceptation de la publicité pour les étudiantes françaises. En effet, les étudiantes françaises plus pratiquantes sont moins favorables à la publicité pour la contraception faite auprès des jeunes ($\chi^2 = 19,94$; $dl = 4$; $p < 0,001$). Parmi les femmes qui ont une pratique religieuse élevée ou très élevée, ce pourcentage est de 66,7 %. Il monte à 97 % parmi celles qui ont une pratique religieuse moyenne et à 93,5 % pour celles qui ont une pratique faible ou très faible. Quant aux autres variables, elles ne modulent pas significativement l'acceptation ou non de la publicité en matière de contraception.

1. La publicité sur la contraception en France a été introduite récemment, alors qu'elle est plus ancienne au Québec.

3.2. L'ACCESSIBILITÉ DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE

À la question «*Selon vous, la contraception d'urgence est-elle suffisamment accessible ?*», les femmes se distinguent selon leur origine : 81,1 % des femmes québécoises considèrent que cette forme de contraception est tout à fait ou très accessible, tandis que ce pourcentage est plus faible dans le cas des Françaises, soit 40,9 % ($\chi^2 = 87,98$; $dl = 2$; $p < 0,001$). On constate aussi des variations selon les groupes d'âge pour le Québec. Ainsi, les femmes plus jeunes (19 ans et moins) sont d'avis que la contraception d'urgence est moins accessible. Ce pourcentage passe de 67,9 % dans ce groupe d'âge à 84,1 % pour les 20-24 ans et à 84,2 % chez les 25 ans et plus ($\chi^2 = 10,274$; $dl = 4$; $p = 0,036$). Chez les étudiantes françaises, le fait d'être ou non sur le marché du travail module les réponses à cette question. Ainsi, 32,8 % de celles qui sont sur le marché du travail considèrent que l'accessibilité est tout à fait ou très facile, alors que ce pourcentage est de 44,3 % chez celles qui ne travaillent pas ($\chi^2 = 8,749$; $dl = 2$; $p = 0,013$). Les autres variables ne modulent pas les réponses à cette question.

3.3. L'UTILISATION DE LA PILULE CONTRACEPTIVE

Dans le second questionnaire qui portait entre autres sur les pratiques entourant les médicaments et comprenant des questions sur la prise de la pilule contraceptive, à la question «*Avez-vous déjà utilisé la pilule contraceptive ?*», 94,4 % des étudiantes du Québec ont répondu par l'affirmative, contre 78,2 % des étudiantes de France, une différence statistiquement significative ($\chi^2 = 17,64$; $dl = 1$; $p < 0,001$). Les variables considérées ne jouent pas, sauf, en France, pour la pratique religieuse. Ainsi, chez les Françaises, 37,5 % de celles qui disent avoir une pratique religieuse très élevée ou élevée prennent la pilule, comparativement à 71,4 % pour celles qui disent avoir une pratique moyenne et à 89,4 % pour celles qui ont une pratique faible ou très faible ($\chi^2 = 20,11$; $dl = 2$; $p < 0,001$). Le fait d'être sur le marché du travail est aussi associé à une prise plus fréquente de pilules contraceptives (88,6 %), et ce pourcentage est plus faible parmi celles qui ne sont pas sur le marché du travail (71,4 % ; $\chi^2 = 9,35$; $dl = 1$; $p = 0,002$). Les autres variables ne modulent pas l'utilisation des contraceptifs.

Une question ouverte portait sur les marques de pilules contraceptives utilisées et respectivement 178 occurrences au Québec et 264 occurrences en France ont été rapportées. Ce nombre, plus élevé que celui des répondantes, renvoie à la mention de plus d'une marque chez certaines

répondantes. Le nombre des marques de contraceptifs oraux varie entre les deux sociétés et il est plus élevé dans le contexte français (28) que québécois (11). La distribution des marques de contraceptifs au Québec, selon leur fréquence, apparaît au tableau 6.1. Deux marques sont les plus employées, Alesse et Tri-Cyclen, deux contraceptifs de troisième génération, suivis de Diane 35 et de Marvelon, aussi de troisième génération, qui représentent 86 % des marques de pilules utilisées. Les autres marques, moins employées, appartiennent dans la grande majorité aux contraceptifs de troisième génération qui sont considérés, à cause de l'utilisation « d'un nouveau progestatif [comme] ayant moins d'effets androgéniques (prise de poids, pilosité, acné) [...] supposées être mieux tolérées par les femmes » (Bajos *et al.*, 2004, p. 480).

Tableau 6.1

Distribution des marques de contraceptifs au Québec

Marque	Nombre d'occurrences	Pourcentage	Génération
Alesse	68	38	3 ^e
Tri-Cyclen	36	20	3 ^e
Diane 35	29	16	3 ^e
Marvelon	21	12	3 ^e
Yasmin	7	4	3 ^e
Cyclen	6	3	3 ^e
Truqilar	4	2	3 ^e
Ortho 7/7/7	2	1	3 ^e
Micronor	1	1	2 ^e
Brevicon	1	1	1 ^{re}
Autre	1	1	–
Total	178	100	–

Pour la France, les marques étant plus nombreuses, la distribution est beaucoup plus étendue, les quatre premières marques (Trinordiol, Diane 35, Minidril et Jasmine) sont des contraceptifs de deuxième et de troisième génération correspondant à 38,56 % du total. Les générations de contraceptifs sont aussi plus diversifiées qu'au Québec, avec 67,5 % des marques de troisième génération et 21,4 % de deuxième génération.

Tableau 6.2.

Distribution des marques de contraceptifs en France

Marque	Nombre d'occurrences	Pourcentage	Génération
Trinordiol	30	11,3	2 ^e
Diane 35	26	9,8	3 ^e
Minidril	26	9,8	2 ^e
Jasmine	20	7,6	3 ^e
Méliane	15	5,6	3 ^e
Adepal	15	5,6	2 ^e
Daily Gé	14	5,3	2 ^e
Mélodia	13	5,3	3 ^e
Harmonet	11	4,1	3 ^e
Minesse	11	4,11	3 ^e
Cycléane	10	4,1	3 ^e
Ludéal Gé	8	3,03	2 ^e

Marque	Nombre d'occurrences	Pourcentage	Génération
Varnoline	8	3,03	3 ^e
Holgyème	7	2,6	3 ^e
Mercilon	7	2,6	3 ^e
Triafémi	7	2,6	3 ^e
Cerazette	7	2,6	3 ^e
Evepar	5	1,9	3 ^e
Jasminelle	4	1,5	3 ^e
Biogaran	3	1,1	3 ^e
Microval	3	1,1	2 ^e
Miniphase	3	1,1	1 ^{re}
Moneva	3	1,1	3 ^e
Tricilest	3	1,1	3 ^e

Marque	Nombre d'occurrences	Pourcentage	Génération
Efezial	2	0,7	3 ^e
Phaeva	1	0,3	3 ^e
Triella	1	0,3	1 ^{re}
Autre	1	0,3	3 ^e
Total	264	100	3^e

3.4. LES AUTRES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Quant à la question portant sur l'usage d'autres moyens contraceptifs que la pilule, 124 femmes du Québec (soit 86,7 % du total) ont répondu à cette question, et ce pourcentage est nettement plus bas chez les étudiantes françaises (67,8 %). Parmi celles qui ont donné une réponse, on constate ainsi qu'à part le condom, significativement plus employé chez les Québécoises (71 % %) que chez les Françaises (53,7 %), les autres moyens contraceptifs sont utilisés par une minorité de répondantes et il n'existe pas de différences significatives entre ces deux groupes. Les variables sociodémographiques et autres ne modulent pas ces résultats.

Tableau 6.3

Autres moyens contraceptifs

Autres moyens contraceptifs	Québec	France
Préservatif	71 % (88)	53,7 % (87)
Stérilet	4,8 % (6)	4,3 % (7)
Contraception naturelle	4 % (5)	5,6 % (9)
Condom féminin	-	3,7 % (6)
Cape cervicale	-	0,6 % (1)
Diaphragme	-	1,2 % (2)
Anneaux contraceptifs	1,6 % (2)	4,9 % (8)
Autres moyens (spermicides, timbres hormonaux, autres)	5,6 % (7)	6,6 % (19)
Aucun autre moyen	12,9 % (16)	18,5 % (30)

3.5. LES MOTIFS DE LA PRISE DE LA PILULE

Pour la presque totalité des étudiantes (voir le tableau 6.4), la pilule est d'abord utilisée comme contraceptif, mais d'autres motifs sont aussi rapportés. La régularisation du cycle menstruel est invoquée par plus d'étudiantes au Québec (59,3 %) qu'en France (31,8 %), et cette différence est significative ($\chi^2 = 23,52$; $dl = 1$; $p < 0,001$). Par contre, pour l'atténuation des crampes menstruelles, les écarts disparaissent. La pilule est aussi prise pour traiter l'acné dans les deux groupes et les étudiantes québécoises sont un peu plus enclines à indiquer ce motif. Elles sont par contre significativement

plus nombreuses que les étudiantes françaises à mentionner prendre la pilule pour espacer les menstruations ($\chi^2 = 15,89$; $dl = 1$; $p < 0,001$). L'état civil au Québec intervient aussi sur cette variable, les femmes célibataires (64,2%) rapportant plus fréquemment prendre la pilule que les femmes mariées ou en union de fait (42,9% ; $\chi^2 = 4,17$; $dl = 1$; $p = 0,041$) pour régulariser les menstruations. Quant à l'estime de soi, elle module la prise de la pilule pour la régularisation du cycle menstruel. Dans ces deux populations, les répondantes qui ont une estime de soi faible ou très faible sont significativement plus enclines à avoir recours à la pilule (respectivement 75,0% pour les Québécoises et 39,3% pour les Françaises) que celles qui ont une estime de soi moyenne (respectivement 70,9% et 36,3%) ou élevée ou très élevée (respectivement 49,3% et 14,3%); Québécoises ($\chi^2 = 6,774$; $dl = 2$; $p = 0,034$); Françaises ($\chi^2 = 7,64$; $dl = 2$; $p = 0,022$).

Tableau 6.4

Motifs sous-jacents à la prise de la pilule

Motifs	Québec	France
Contraception	92,6% (125)	90,5% (162)
Régularisation du cycle menstruel	59,3% (80)	31,8% (57)
Atténuation des crampes menstruelles	34,1% (46)	28,5% (31)
Traitement de l'acné	28,9% (39)	21,8% (39)
Espacement des menstruations	14,1% (19)	2,2% (4)

La grande majorité des répondantes (respectivement 82,1% des étudiantes québécoises et 88,1% des Françaises) indiquent prendre toujours ou souvent leur pilule contraceptive au même moment de la journée. Une minorité d'entre elles (respectivement 11,9% et 8,0%) le font irrégulièrement, et les autres (respectivement 6,0% et 4,0%) la prennent rarement ou jamais au même moment.

3.6. LES STRATÉGIES EN CAS D'OUBLI DE PRISE DE LA PILULE

Une question ouverte portait sur les stratégies utilisées ou à utiliser en cas d'oubli de prise de la pilule. Les étudiantes recourent à des stratégies diverses (voir tableau 6.5) qui diffèrent significativement selon les sociétés ($\chi^2 = 43,12$; $dl = 4$; $p < 0,001$). La stratégie la plus fréquemment utilisée

par les répondantes québécoises (44,2 %) est de prendre immédiatement la pilule oubliée, une solution nettement moins favorisée par les Françaises (26,6 %), qui privilégient pour leur part l'abstinence ou l'utilisation d'un autre moyen contraceptif (27,8 %), contrairement aux Québécoises (6,2 %). Prendre deux pilules le lendemain est une solution envisagée par 39,5 % des étudiantes du Québec et par 21,9 % des étudiantes de France. Sauter une pilule est aussi une stratégie plus prisée par les Françaises (13,0 %) que par les Québécoises (8,5 %). Les Françaises sont aussi plus enclines (10,7 %) que les Québécoises (1,6 %) à lire la notice pharmaceutique et à consulter les intervenants en santé ou les pharmaciens pour savoir quoi faire.

Tableau 6.5
Stratégies utilisées en cas d'oubli de prise de la pilule

Stratégies	Québec	France
Prendre immédiatement la pilule oubliée	46,0 % (58)	26,6 % (45)
Prendre deux pilules le lendemain	40,5 % (51)	21,9 % (37)
Éviter les relations ou utiliser un autre moyen contraceptif	6,4 % (8)	21,9 % (49)
« Sauter » la pilule	5,6 % (7)	13,0 % (15)
Lire la notice, consulter les intervenants en santé ou le pharmacien	1,6 % (2)	10,7 % (17)

3.7. LES DIFFICULTÉS RELATIVES À LA PRISE DE LA PILULE CONTRACEPTIVE

Quant aux difficultés ressenties après la prise de la pilule contraceptive (voir le tableau 6.6), elles sont rapportées respectivement par 43,2 % des étudiantes québécoises et 50,6 % des Françaises. Les gains de poids touchent 17,4 % des Québécoises et 23,3 % des Françaises, alors que les maux de tête sont mentionnés par respectivement 17,4 % des Québécoises et presque autant de Françaises, soit 16,5 %. Il en est de même pour les pertes sanguines entre les menstruations, signalées autant par les étudiantes du Québec (12,9 %) que par celles de la France (19,3 %). Toutefois, les nausées sont significativement plus fréquentes au Québec (15,9 %) qu'en France (8,5 % ; $\chi^2 = 3,99$; $dl = 1$; $p = 0,046$) et le gonflement des seins est significativement moins fréquent au Québec (8,3 %) qu'en France (20,5 % ; $\chi^2 = 8,57$; $dl = 1$; $p = 0,003$). Les variables sociodémographiques

et autres n'interviennent pas sur l'occurrence de ces difficultés à l'exception du gonflement des seins, moins fréquent chez les femmes célibataires québécoises (4,9 %) que chez les femmes mariées ou les conjointes de fait (21,4 %; $\chi^2 = 7,86$; $dl = 1$; $p = 0,005$). On note aussi, chez une minorité, la survenue d'une grossesse. Chez les étudiantes qui ont ressenti des effets, un peu plus du tiers (38,6 %) des Québécoises et presque la moitié des Françaises ont changé de contraceptifs, mais aucune variable sociodémographique ou autre n'est déterminante dans ce changement.

Tableau 6.6

Difficultés relatives à la prise de la pilule contraceptive

Difficultés	Québec	France
Gain de poids	17,4 % (23)	23,3 % (41)
Maux de tête	17,4 % (23)	16,5 % (29)
Nausées	15,9 % (21)	8,5 % (15)
Pertes sanguines entre les menstruations	12,9 % (17)	19,3 % (34)
Gonflement des seins	8,3 % (11)	20,5 % (36)
Grossesse	1,5 % (2)	2,3 % (4)
Autres difficultés	11,4 % (15)	11,4 % (20)

4. UNE DISCUSSION

Sans examiner tous les enjeux de la problématique de la contraception chez les étudiantes, cette étude comparative entre la France et le Québec permet de cerner certains des écarts et des convergences dans les attitudes et les pratiques touchant la pilule contraceptive. En ce qui a trait à l'acceptation de la publicité sur la contraception orientée vers les jeunes, on constate que les étudiantes des deux sociétés y sont très fortement favorables. Cela suggère que l'accès à l'information sur la contraception est considéré aujourd'hui comme allant de soi, reflétant ainsi l'évolution des normes sociales quant à la sexualité et à la contraception, des problématiques de plus en plus discutées dans l'espace public où les valeurs de responsabilité et d'autonomie sont prônées. Cette acceptation ne varie pas en fonction des variables sociodémographiques retenues, sauf pour les dimensions religieuses (croyances au Québec et pratiques en France), les répondantes plus religieuses étant moins enclines à accepter ce type de

publicité, qui rencontre des obstacles dans son expression. Dans le contexte canadien, la publicité sur la contraception se heurte aux contraintes législatives et administratives qui interdisent la publicité sur les médicaments, même si les sondages d'opinion indiquent à cet égard que la population canadienne est favorable à la diffusion de messages publicitaires auxquels s'opposent cependant les organismes représentant les médecins et les pharmaciens, de même que les associations de consommateurs (Lévy, Merrigan et Garnier, 2009). Ceux-ci avancent plusieurs raisons pour expliquer cette position (augmentation des coûts, absence d'impartialité dans la présentation de l'information, motivations strictement financières, banalisation de l'usage des médicaments considérés comme toute autre marchandise). Les exemples de ce type de répercussions renvoient ainsi aux contournements des lois dans le cas de la publicité sur Diane 35, médicament présenté comme un traitement de l'acné malgré ses effets secondaires importants, ou de la publicité sur le contraceptif Alesse qui met en scène des jeunes femmes modernes et *cool* sans soulever la question de la prévention des ITSS et du VIH/sida (Mintzes et Barraldí, 2001). D'autres publicités sur Alesse (présentation de la marque mais sans référence à la contraception ou référence à la contraception sans mention de la marque ou de l'emballage) ont été, chacune séparément, considérées comme conformes à la loi sur les médicaments, montrant ainsi l'usage de stratégies de détournement par les agences de publicité (Mintzes, 2006). Dans le cas français, depuis 1991, à la suite de l'épidémie du VIH/sida, la publicité sur les préservatifs et les autres contraceptifs a été autorisée mais à certaines conditions, entre autres lorsque les produits ne sont pas soumis au remboursement par la sécurité sociale.

L'accessibilité de la contraception d'urgence est perçue comme plus grande par les étudiantes québécoises que par les étudiantes françaises et peu de variables modulent cette appréciation. Parmi les Québécoises, la perception de l'accessibilité augmente avec l'âge, tandis qu'en France elle diminue lorsque les étudiantes ont un emploi. Il est difficile, en l'absence d'autres données, de cerner les raisons de ces différences entre les pays qui peuvent être dues à des variations dans les connaissances des services disponibles et aux obstacles rencontrés. Au Québec, comme le souligne le manuel d'autoformation sur la contraception orale d'urgence à l'intention des pharmaciens du Québec, «[d]e façon générale, il semble que les femmes jeunes connaissent plus la COU que les femmes plus âgées, mais qu'elles ne l'utilisent pas plus lorsqu'elle est indiquée» (2002, p. 14). La contraception d'urgence, gratuite pour les femmes de 18 ans et moins et pour

les étudiantes à temps plein de 25 ans et moins, est en vente sans ordonnance mais avec consultation obligatoire d'un pharmacien. Or, malgré l'entente de gratuité, il semble selon une étude réalisée en 2004 que cette politique n'était pas toujours suivie et que bon nombre de pharmacies facturaient des frais de consultation (Fédération du Québec pour le planning des naissances, 2004). Cette situation peut expliquer les variations dans les perceptions en fonction de l'âge, les plus jeunes pouvant être plus réticentes à contacter le pharmacien dans ces conditions. Pour la France, les recherches indiquent que les femmes de 15 à 24 ans ont un niveau très élevé de connaissances (93 %) sur la contraception d'urgence et sa disponibilité sans ordonnance (INPES, 2007). De plus, cette contraception est gratuite pour les mineures (dans les pharmacies, auprès des infirmières scolaires, dans les centres de planification). Pourtant, malgré ces politiques progressistes, les pharmacies restent réticentes à dispenser la contraception d'urgence, comme l'indique l'étude de Delotte et ses collaborateurs (2008), près de 40 % des pharmacies choisies aléatoirement dans la ville de Nice refusant de la fournir à des mineures. Ces données suggèrent donc la présence d'obstacles encore importants dans l'accès à la contraception d'urgence dont les étudiantes semblent se faire l'écho.

Si l'on considère à présent les scénarios contraceptifs, on constate, comme les autres recherches récentes le rapportent tant au Québec (Guillemette et Bossé, 2009) qu'en France (Moreau *et al.*, 2007), que la pilule contraceptive reste la méthode la plus répandue, bien que ce recours semble plus limité en France où, par ailleurs, la pratique religieuse et l'insertion dans le marché du travail influencent l'usage de la pilule. Il se peut aussi que, les répondantes françaises étant un peu plus jeunes, elles n'aient pas encore commencé leur vie sexuelle. Les plus pratiquantes sont les moins enclines à en favoriser l'emploi, tout comme celles qui ne travaillent pas. Quant aux autres moyens contraceptifs, le condom est nettement plus employé parmi les étudiantes québécoises que chez les Françaises. Il est difficile d'après nos données de savoir s'il s'agit d'un usage successif ou simultané. Dans ce dernier cas, cette configuration suggère que les étudiantes ont recours à une double contraception afin non seulement d'éviter les grossesses, mais aussi de prévenir les ITSS et le VIH/sida, bien que dans le cas français cette stratégie semble moins répandue et se rapproche de celle qui est présente chez les 20 à 24 ans (pilule : 80,8 %, préservatif : 32 % ; Lydié et Léon, 2006). Les données québécoises rejoignent les résultats d'autres recherches rapportant ce type de comportements (Guillemette et Bossé, 2009). Par ailleurs, les pourcentages recueillis indiquent

l'effacement des autres méthodes contraceptives, employées par une minorité de répondantes. Si les scénarios contraceptifs des étudiantes des deux pays mettent en évidence la prédominance de la pilule contraceptive, on constate cependant la présence d'une diversification moins grande des marques contraceptives. En France, on trouve presque trois fois plus de marques qu'au Québec, de même que des différences dans la répartition des générations de contraceptifs. Au Québec, ce sont surtout les contraceptifs de troisième génération qui dominent, alors qu'en France, même s'ils constituent la majorité, ceux de la deuxième génération continuent d'être employés. Cette répartition se rapproche de celle rapportée par Bajos et ses collaborateurs (2004) parmi les 20 à 24 ans, soit 60 % de pilules de première ou de deuxième génération et 40 % de troisième génération. Ces contrastes pourraient être dus aux modes de remboursement des médicaments dans les deux systèmes de santé. Ainsi, en France, les contraceptifs de troisième génération n'étaient pas remboursés jusqu'à récemment, d'où des disparités dans les usages qui seraient liées, d'une part, aux différences socioéconomiques (préoccupations à l'égard des effets secondaires et des moyens financiers disponibles) ou aux «logiques de prescription» associées aux catégories de médecins (gynécologues ou généralistes; Bajos *et al.*, 2004). Au Québec, à l'opposé, la distinction entre les générations de contraceptifs n'existe pas et ils sont donc couverts de la même manière pour leur remboursement.

Si les motifs sous-jacents à l'utilisation de la pilule contraceptive sont semblables, leur distribution présente pour certains des variations significatives. La finalité contraceptive est prédominante pour les deux groupes, qui ne diffèrent pas non plus quant aux motifs liés à l'atténuation des crampes menstruelles ou au traitement de l'acné. Par contre, la régularisation du cycle menstruel ou l'espacement des menstruations constitue un motif plus important chez les étudiantes québécoises que chez les Françaises. En l'absence de données médicales comparatives, il est difficile d'évaluer les raisons de telles différences. Renvoient-elles à une distribution différentielle des symptômes ou à un recours à des stratégies diagnostiques et de traitement variables selon les pays? D'autres études pourraient jeter un éclairage sur cette question, tout comme sur celle touchant la relation entre l'estime de soi et le recours à la pilule pour la régulation du cycle menstruel dans les deux groupes d'étudiantes. Si la très grande majorité des répondantes disent prendre toujours la pilule au même moment de la journée, en cas d'oubli les stratégies utilisées autorapportées présentent des différences. La plus fréquente pour les deux groupes est de prendre

la pilule sitôt l'oubli constaté, mais cette pratique est beaucoup plus fréquente dans le cas des Québécoises, qui sont aussi plus enclines à prendre deux pilules le lendemain, alors que les Françaises recourent à l'abstinence ou à un autre moyen contraceptif ou qu'elles consultent la notice pharmaceutique ou les intervenants en santé. Une minorité d'étudiantes dans les deux groupes se contentent de sauter la prise de la pilule. Cette distribution rejoint grosso modo l'ordre des stratégies dégagé dans les recherches sur la contraception en France (Gall et Jouannic, 2007) même si les pourcentages diffèrent. On constate aussi que les femmes québécoises privilégient moins la consultation des instances médicales que les Françaises, ce qui peut être un indice d'une plus grande autonomie dans les prises de décision entourant la contraception ou d'une évaluation moindre des risques médicaux qui lui sont associés.

Quant aux effets secondaires ressentis à la suite de l'usage des contraceptifs que rapportent près de la moitié des répondantes, plusieurs sont semblables dans les deux populations, notamment le gain de poids, le plus cité dans les études françaises (Moreau *et al.*, 2007). Les maux de tête, quoique présents, sont moins mentionnés. Les pertes sanguines entre les menstruations sont aussi notées, de façon semblable, par les deux groupes, rejoignant le pourcentage relevé en France. Deux symptômes distinguent ces populations : les nausées sont deux fois plus rapportées au Québec qu'en France, alors que c'est le contraire pour le gonflement des seins. Il se peut que les différences dans les types de pilules puissent intervenir sur ces distributions. Une minorité de répondantes rapportent aussi l'occurrence d'une grossesse non désirée, un pourcentage qui diffère peu entre les deux groupes et qui se situe dans la fourchette indiquée par l'indice de Pearl, lequel mesure l'efficacité des méthodes contraceptives par le nombre de grossesses non désirées survenues chez 100 femmes employant ce type de contraception pendant un an. Devant les effets ressentis, les étudiantes françaises sont plus enclines à changer de contraceptif, une stratégie qui peut être liée à la disponibilité plus grande de marques d'anovulants, permettant ainsi une prescription plus adaptée aux demandes des femmes.

CONCLUSION

Malgré les limites inhérentes à cette recherche (représentativité de la population, nombre de questions, variables sociodémographiques et psychosociales limitées, scénarios sexuels, etc.), celle-ci permet de mettre en

évidence les variations dans les attitudes et la perception de la publicité et de l'accessibilité à la contraception d'urgence, ainsi que, dans une certaine mesure, dans les scénarios contraceptifs parmi les étudiantes du Québec et de la France. Les deux groupes sont ainsi favorables à la publicité sur la contraception orientée vers les jeunes mais diffèrent quant à la perception de l'accessibilité à la contraception d'urgence. Pour les Françaises, en effet, les obstacles à son obtention semblent être plus prononcés, ce qui peut être lié aux résistances des pharmacies à distribuer ce type de produit. La pilule constitue le moyen contraceptif le plus répandu, alors que les autres méthodes, mis à part le préservatif, sont pratiquement abandonnées, confirmant ainsi la médicalisation poussée de la contraception et le recours à une double contraception encore limitée dans le cas français, ce qui peut jouer dans la transmission des ITSS et du VIH/sida. Cette médicalisation semble cependant se baser sur des modèles pharmacologiques différents, puisque les Québécoises ont surtout recours à des contraceptifs de troisième génération, alors qu'en France les contraceptifs de deuxième génération occupent encore une part importante dans le choix. Le registre des marques au Québec est aussi plus fermé, alors qu'il reste très large en France, ce qui suggère que les modes de prescription, les stratégies des compagnies pharmaceutiques et les réglementations liées aux remboursements obéissent à des normes et à des cultures médicales nationales qu'il serait intéressant de mieux cerner.

La prise des anovulants renvoie à des motifs variés, dont certains divergent entre les deux groupes, les Québécoises invoquant plus souvent la régulation du cycle menstruel ou l'espacement des menstruations. Cela suggère que ces problématiques n'ont pas la même prévalence dans les deux sociétés et que leur construction psychosociale et leur signification présentent sans doute des différences, une thématique que des recherches ultérieures pourraient explorer. Les stratégies privilégiées en cas d'oubli montrent aussi des différences entre les deux groupes, les Québécoises préférant prendre immédiatement la pilule oubliée ou deux pilules le lendemain, alors que les Françaises sont plus enclines à recourir à l'abstinence ou à un autre contraceptif ou à s'adresser aux spécialistes du domaine médico-pharmaceutique pour connaître la manière de procéder. Ces scénarios demanderaient à être mieux cernés en interrogeant les femmes sur la fréquence des oublis depuis le début de la contraception, sur les raisons qui les motivent et sur les relations qu'elles entretiennent avec les intervenants en santé. En dernier lieu, les effets ressentis après la prise des contraceptifs mettent en évidence l'occurrence différentielle de certains

symptômes (nausées ou gonflements des seins), ce qui pourrait être dû aux variations dans les types d'anovulants. Il conviendrait de ce point de vue d'analyser de façon plus précise les posologies afin de mieux cerner les répercussions de l'usage des anovulants sur la santé des femmes. En France, les étudiantes, devant les effets ressentis, semblent être aussi plus enclines à changer de contraceptif, ce qui peut refléter le plus grand choix qui leur est offert dans ce domaine comparativement à celui des Québécoises, plus restreint. Cette étude exploratoire suggère l'intérêt de prolonger ce type d'étude comparative afin de mieux comprendre quels sont les systèmes de représentations socioculturelles, de relations et de pratiques qui modulent la médicalisation de la contraception et ses effets.

BIBLIOGRAPHIE

- ANAES (2004). *Recommandations pour la pratique clinique. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme*. <Rapport_contraception_vvd-2006_10_27_12_57_59_515.pdf>. Consulté le 26 décembre 2010.
- Bajos, N., P. Oustry, H. Leridon, J. Bouyer, N. Job-Spira, D. Hassoun et l'équipe Cocon (2004). «Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France», *Population*, vol. 59, n^{os} 3-4, p. 479-502.
- Balakrishnan, T.R., K. Krotki et É. Lapierre-Adamcyk (1985). «Contraceptive use in Canada 1984», *Family Planning Perspectives*, vol. 17, n^o 5, p. 209-215.
- Delotte, J., C. Molinard, C. Trastour, I. Boucoiran et A. Bongain (2008). «Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises», *Gynécologie obstétrique et fertilité*, vol. 36, n^o 1, p. 63-66.
- Fédération du Québec pour le planning des naissances (2004). *À notre santé... sexuelle et reproductive*. Bulletin n^o 4, novembre. <www.fqpn.qc.ca/contenu/pdf/FQPN_bulletin_04.pdf>. Consulté le 29 décembre 2010.
- Gall, B. et É. Jouannic (2007). *Les Français et la contraception*, INPES. <www.choisirscontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf>. Consulté le 28 décembre 2010.
- Guillemette, A. et M.-A. Bossé (2009). *Activités sexuelles, contraception et protection dans Lanaudière*, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.
- INPES (2007). *Contraception : que savent les Français ? Enquête BVA*, Saint-Denis, INPES.
- Lambert, G., É. Lacombe, L.-R. Frigault, C. Tremblay et F. Tremblay (2007). «*JE PASSE LE TEST*» – *Rapport d'étape : octobre 2005 à novembre 2006. Intervention auprès des étudiantes et étudiants des cégeps de Montréal. Enquête santé sexuelle et offre de dépistage sur prélèvement urinaire*. Agence de la

- santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2007. <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfitss/Cegep_rapport_etape.pdf>. Consulté le 28 décembre 2010.
- Leridon, H., P. Oustry, N. Bajos et l'équipe Cocon (2002). «La médicalisation croissante de la contraception en France», *Population et sociétés*, n° 381, p. 1-4.
- Lévy, J.J., P. Merrigan, et C. Garnier (2009). «Médias, publicité et médicaments», dans C. Thoër, B. Lebouché, J.J. Lévy et V. Sironi (dir.), *Médias, médicaments et espaces publics*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 29-49.
- Lydié, N. et C. Léon (2006), «Contraception, pilule du lendemain et IVG», dans P. Guilbert et A. Gautier (dir.), *Baromètre Santé 2005. Premiers résultats*, Saint-Denis, INPES, coll. «Baromètres santé». <http://www.previh-anrs.fr/spip.php?article2#ancr1>. Consulté le 27 décembre 2010.
- Marie, P., S. Champollion et R. Ourabah (2008). «Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule?», *Exercer*, n° 80, p. 13-16.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – MES (1998). *La contraception en France: un bilan de 30 ans d'application de la loi Neuwirth*. 27^e rapport sur la situation démographique en France.
- Mintzes, B. (2006). *Publicité directe aux consommateurs des médicaments d'ordonnance au Canada. Quelles en sont les conséquences sur la santé publique?*, Conseil canadien de la santé. <www.healthcouncilcanada.ca>. Consulté le 29 décembre 2010.
- Mintzes, B. et R. Barraldi (2001). *Direct-to-consumer Prescription Drug Advertising: When public Health Is No Longer a Priority*, DES Action Canada. <www.whp-apsf.ca/en/documents/dtca_priority.html>. Consulté le 29 décembre 2010.
- Moreau, C., J. Trussell, F. Gilbert, N. Bajos et J. Bouyer (2007). «Oral contraceptive tolerance: Does the type of pill matter? Results from a population based survey in France», *Obstetrics & Gynecology*, vol. 109, n° 6, p. 1277-1285.
- Moreau, C., N. Lydié, J. Warszawski et N. Bajos (2007). «Activité sexuelle, IST, contraception: une situation stabilisée», dans F. Beck, P. Guilbert et N. Gautier (dir.), *Baromètre santé 2005*, Paris, Éditions INPES.
- Ordre des pharmaciens du Québec (2002). *Manuel d'autoformation à l'intention des pharmaciennes et pharmaciens du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.
- Otis, J., J.J. Lévy, J.-M. Samson, A. Fugère et F. Pilote (1997). «Double contraception et autres contraceptifs à la première relation sexuelle parmi les étudiantes des cégeps francophones du Québec», *Revue sexologique*, vol. 5, n° 1, p. 71-95.

COMPRENDRE LES CONDITIONS DE VIE ET LES FACTEURS EN JEU DANS LA PRISE DE RISQUES SEXUELS DES JEUNES EN DIFFICULTÉ

Bilan de trois études qualitatives

Hélène MANSEAU

Martin BLAIS

Philippe-Benoit CÔTÉ

Marie-Andrée PROVENCHER

Parmi les populations dans lesquelles les questions de la contraception et de la prophylaxie se posent avec acuité, les jeunes en difficulté¹ forment un groupe qui doit faire face à des conditions de vie précaires marquées

1. L'expression «jeune en difficulté» renvoie à un groupe hétérogène de jeunes vivant différentes réalités qui les placent en situation de risque (Cousineau, 2007, p. 49). Nous utilisons ce concept pour décrire les jeunes pris en charge par les centres jeunesse en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse ou de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, ainsi que les jeunes en situation de rue. Ces trois

par la pauvreté, l'instabilité résidentielle et la vulnérabilité émotionnelle et psychologique (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2006). Les modèles développés pour comprendre la vulnérabilité des jeunes en difficulté montrent la pertinence de tenir compte tant des caractéristiques personnelles que des conditions de vie qui contribuent à les façonner, à en favoriser le développement ou à en freiner l'expression (ASPC, 2006; Cousineau, 2007). Lorsque les conditions de vie dans lesquelles les individus évoluent restreignent et contraignent leurs choix, il faut leur accorder un poids accru, soit parce qu'elles empêchent le développement ou l'expression de certaines caractéristiques individuelles qui permettraient une action allant à l'encontre des normes prescrites, soit parce qu'elles façonnent certaines normes chez l'individu ou en forcent l'intériorisation, par exemple au prix de la survie. La prise en compte de ces conditions de vie permet de mettre en contexte des caractéristiques qui semblent, de prime abord, propres à l'individu.

Ces conditions se reflètent dans des indicateurs de santé sexuelle, en particulier sur le plan de la contraception, qui témoignent de la vulnérabilité des jeunes en difficulté. Ainsi, ils présentent des taux d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) plus élevés que les jeunes de la population générale. La prévalence des cas de chlamydia génitale chez les jeunes en situation de rue est estimée à 11 %, alors qu'elle est de moins de 1 % chez ceux de la population générale. Quant aux infections gonococciques, elle est évaluée à 3,1 %, une proportion de 20 à 30 fois plus élevée que chez les jeunes de la population générale (ASPC, 2006). Les adolescents en centre jeunesse présentent également des taux élevés d'ITSS, variant de 2 % à 30 % selon les études et selon les ITSS considérées (Cloutier *et al.*, 1994; Lambert *et al.*, 2010; Godin *et al.*, 1994; Pauzé *et al.*, 2004), alors que des données similaires chez des jeunes du même âge suggèrent des taux de l'ordre de 1,3 % à 2,6 % (Cloutier *et al.*, 1994; Fernet, Imbleau et Pilote, 2002). Les données disponibles permettent aussi de conclure à une prévalence plus élevée de grossesses chez les jeunes

catégories ne sont pas exclusives et recourent nombre de réalités communes (difficultés familiales, abandon, toxicomanie, décrochage scolaire, précarité socioéconomique, etc.). Les jeunes pris en charge par les centres jeunesse font l'objet d'un ordre de la Cour parce qu'ils ont commis des délits ou parce que l'État estime qu'ils nécessitent une protection, car leurs parents ne peuvent en prendre soin (maltraitance, négligence, déchéance parentale). Quant à l'expression « jeune en situation de rue », elle s'applique aux jeunes qui passent un temps considérable dans la rue, qui vivent dans des conditions marginales ou précaires et qui participent de façon active à la vie de la rue (Kelly et Caputo, 2007, p. 728).

filles en difficulté que parmi celles de la population générale. En effet, 60,1 % des jeunes filles en situation de rue âgées de 14 à 25 ans (Haley *et al.*, 2006), et de 27,1 % à 34 % des adolescentes en centre jeunesse (Lambert *et al.*, 2010; Pauzé *et al.* 2004; Toupin *et al.*, 2004) rapportent au moins un épisode de grossesse passé, alors que les données québécoises suggèrent que le taux de grossesses adolescentes se situe aux environs de 1,7 % (MSSS, 2007).

Ces taux plus élevés d'ITSS et de grossesses sont en partie le reflet d'un recours inconstant ou moins fréquent aux stratégies prophylactiques et contraceptives. En effet, près des deux tiers des jeunes en situation de rue rapportent un usage fluctuant du condom (Marshall *et al.*, 2009) et plus de 40 % d'entre eux ont déclaré ne pas avoir utilisé de condom lors de leur dernière relation sexuelle (ASPC, 2006), comparativement à 25 % des jeunes Canadiens de la population générale âgés de 15 à 19 ans (Rotermann, 2008). Pour ce qui est des adolescents en centre jeunesse, de 18 % à 40 % rapportent avoir des activités sexuelles non protégées (Cloutier *et al.*, 1994; Lambert *et al.*, 2010), comparativement à 15 % de ceux de la population générale (Cloutier *et al.*, 1994). Ces données suggèrent que l'usage généralisé du condom, avec tout type de partenaires et pour tout type de rapport sexuel, n'est pas inscrit dans les habitudes des jeunes, *a fortiori* dans celles des jeunes en difficulté.

En ce qui concerne les stratégies contraceptives, une proportion non négligeable de jeunes filles en situation de rue se fient sur des méthodes peu efficaces pour prévenir les grossesses (21,5 % rapportent utiliser le coït interrompu occasionnellement et 12,7 % le font toujours ou régulièrement; Haley *et al.*, 2006). Pour leur part, les jeunes en centre jeunesse rapportent avoir moins recours à une méthode anticonceptionnelle que les jeunes de la population générale (Toupin *et al.*, 2004). La consommation de substances constitue aussi un facteur de risque fréquemment associé aux échecs prophylactiques et contraceptifs. Elle apparaît élevée chez les jeunes en difficulté (ASPC, 2006; Laventure, Déry et Pauzé, 2008; Toupin *et al.*, 2004), incluant le contexte des relations sexuelles (Lambert *et al.*, 2010), et elle rend difficiles la négociation et l'usage du condom (Haley *et al.*, 2006; Marshall, 2008).

Devant les enjeux de la grossesse et de la parentalité, l'étude de Haley, Denis et Roy (2005) montre que les jeunes filles en situation de rue s'entendent pour dire que leur milieu de vie est incompatible avec la poursuite d'une grossesse. Néanmoins, une minorité d'entre elles considèrent

que la grossesse peut être perçue comme un agent de changement positif qui permet de combler un vide affectif. Ces jeunes filles précisent d'ailleurs que l'arrêt de l'usage du condom est possible dans une relation amoureuse stable, une fois les risques de contracter des ITSS dépassés (Haley, Denis et Roy, 2005). Dans ces conditions, en l'absence de contraception, le risque de grossesse dans une relation stable apparaît acceptable pour ces jeunes filles.

Les conditions relationnelles dans lesquelles se négocie l'usage d'une stratégie de réduction des risques de grossesse ou d'ITSS viennent moduler l'impact des caractéristiques individuelles. La confiance et la familiarité qui lient les jeunes à leurs partenaires sont des motifs fréquemment invoqués pour justifier la prise de risques (DeMatteo *et al.*, 1999). Les jeunes en situation de rue utilisent d'ailleurs plus souvent le condom avec leurs partenaires sexuels occasionnels qu'avec leurs partenaires sexuels principaux (Marshall *et al.*, 2009 ; Bailey, Camlin et Ennett, 1998). Des relations marquées par des rapports de pouvoir et de coercition sont aussi fréquentes chez les jeunes en situation de rue (ASPC, 2006) et chez les jeunes en centre jeunesse (Manseau *et al.*, 2007). Or, cette coercition a un impact négatif sur l'image que les jeunes filles entretiennent d'elles-mêmes (Collin-Vézina *et al.*, 2006), ainsi que sur leur capacité perçue à communiquer sur la contraception et la prophylaxie (Hovsepian *et al.*, 2008).

Les conditions de résidence des jeunes en difficulté constitueraient, elles aussi, un obstacle à l'usage d'une méthode contraceptive ou prophylactique. Chez les jeunes en situation de rue, l'instabilité résidentielle contribuerait à l'inconstance de l'usage du condom (Marshall, 2008 ; Marshall *et al.*, 2009), notamment à cause de l'imprévisibilité des rencontres sexuelles (Manseau *et al.*, 2007), et elle serait incompatible avec la régularité qu'exige l'usage de la contraception orale (Haley *et al.*, 2006). L'importance des comportements préventifs serait aussi reléguée au second plan lorsque les besoins de base et la survie sont en jeu (Manseau *et al.*, 2007). Les conditions d'entreposage des condoms seraient aussi touchées en situation de rue, où des objets coupants dans les sacs peuvent les endommager, tout comme le froid hivernal (Haley, Denis et Roy, 2005). À ces conditions de résidence, on peut ajouter l'accès différentiel, selon les milieux, aux ressources en santé sexuelle. Ainsi, un accès restreint ou difficile aux services qui distribuent des condoms et qui offrent des services de santé est associé à un usage inconstant du condom chez les jeunes en situation de rue

(Marshall *et al.*, 2009). Chez les jeunes en centre jeunesse, l'accès à de telles ressources varie considérablement selon les centres ou les familles dans lesquels ils sont hébergés (Marchand, 2009).

À partir d'un bilan de trois études qualitatives, nous décrirons les facteurs et les conditions de vie que les jeunes en difficulté associent à l'usage de méthodes contraceptives et prophylactiques. Ces études visaient à dégager des pistes d'intervention adaptées à leur situation, telle qu'ils la décrivent et la commentent.

1. LA MÉTHODOLOGIE

Trois études qualitatives ont été réalisées à partir d'entrevues non dirigées, dont l'un des objectifs communs visait à mieux comprendre le point de vue de jeunes en difficulté sur les risques de grossesses ou de paternités précoces et d'ITSS encourus. Les entrevues étaient notamment orientées vers deux questions : «*Quelles sont pour vous les significations d'une grossesse et d'une paternité ?*» et «*Dans quels contextes ces situations de grossesse et de paternité se sont-elles produites pour vous ?*» À ces questions se greffaient des sous-questions concernant leurs trajectoires contraceptives, prophylactiques et amoureuses. Pour terminer, on demandait aux jeunes rencontrés : «*Que recommanderiez-vous pour une éducation sexuelle en fonction de votre situation ?*» La durée des entrevues variait de 45 à 90 minutes. Précisons que les trois études ont été menées à des temps différents : la première chez les adolescentes en centre jeunesse s'est terminée en 1997, la seconde auprès des adolescents dans les mêmes institutions s'est achevée en 2002 et la collecte des données auprès des jeunes en situation de rue a eu lieu entre 2007 et 2009.

Les trois groupes étudiés comprenaient respectivement vingt adolescentes enceintes hébergées en centre jeunesse (âge moyen = 15,8 ans), 24 adolescents en centre jeunesse ayant vécu un épisode de paternité (âge moyen = 16,4 ans) et quarante-deux jeunes en situation de rue (18 jeunes femmes et 22 jeunes hommes ; âge moyen = 23 ans).

Le matériel recueilli a fait l'objet d'une codification exhaustive, mot à mot, phrase par phrase, dans un logiciel de traitement de données qualitatives. Dans un premier temps, les témoignages retranscrits ont été découpés et classés par thèmes. Dans un deuxième temps, les idées principales (noyaux de sens) allant dans une même direction ont été regroupées

pour former de grandes catégories conceptuelles significantes, définies, selon Glaser et Strauss (1967), comme des entités conceptuelles qui permettent de saisir le sens des messages livrés par plusieurs sujets et qui permettent éventuellement de contribuer à l'élaboration d'une théorisation nouvelle sur la question. Pour soutenir la mise en contexte des témoignages, nous avons établi des proportions chiffrées indiquant, pour chaque catégorie conceptuelle, le nombre de participants dont le témoignage allait dans le sens général de la conceptualisation finale. Ces catégories conceptuelles ont servi de base à l'élaboration des principes pour favoriser des actions ancrées et concertées, axées sur la santé génésique.

2. L'ANALYSE DES TÉMOIGNAGES

Dans cette section sont présentés les éléments des témoignages des trois groupes de jeunes qui apparaissent les plus prégnants pour comprendre les différents contextes dans lesquels ils sont les plus susceptibles de rencontrer des obstacles dans leur usage des méthodes contraceptives et prophylactiques. Il ne s'agit pas ici d'établir avec précision les raisons qui font qu'ils utilisent ou non ces méthodes, mais d'identifier les tendances qui se dégagent de leurs propos afin d'être en mesure de proposer des services qui soient adaptés à leurs représentations et à leurs contextes de vie intime.

2.1. VINGT ADOLESCENTES ENCEINTES EN CENTRE JEUNESSE ET LEUR RAPPORT À LA CONTRACEPTION

Les adolescentes enceintes ont des représentations négatives d'elles-mêmes que la grossesse semble atténuer. Les sentiments de détresse liés à leur vie semblent avoir contribué à inhiber le recours à la contraception et elles éprouvent également des difficultés à communiquer et à recourir à des ressources quand elles sont confrontées à des questions de contraception, de grossesse et de protection sexuelle.

2.1.1. Des images négatives de soi rendent la contraception inutile par moments

Leur discours fait état d'un manque important de confiance en elles-mêmes, qu'elles associent notamment aux difficultés familiales et d'adaptation qu'elles disent vivre. Dans plusieurs cas, elles rapportent se sentir infertiles, et ce sentiment, étroitement associé à un sentiment de nullité, les amène

à considérer la contraception comme inutile ou accessoire. Dix-huit jeunes femmes ont tenu des propos qui exprimaient des indices sérieux de mal de vivre et de détresse. Des phrases telles que « *j'étais sûre que je ne pouvais pas être enceinte* » ou « *ça n'arrive qu'aux autres* » sont fréquentes dans leur discours. Ce type de croyances (nullité, infertilité), dans les circonstances où elles sont tombées enceintes, les aurait amenées à renoncer à la contraception.

2.1.2. La grossesse des adolescentes: un événement non planifié, mais inespéré, qui promet un renouveau

Plusieurs des adolescentes rencontrées manifestent une grande difficulté à résister aux pressions exercées par leurs partenaires amoureux. Elles manifestent également une vision romantique de l'amour qui, selon leurs propos, leur fait perdre de vue la contraception ou la protection contre les ITSS; douze témoignages vont dans ce sens. Quinze d'entre elles rapportent qu'elles se sentent manipulées sur le plan sexuel et qu'elles éprouvent de la difficulté à faire respecter leurs valeurs à l'égard de la sexualité. Ce qui ressort cependant avec le plus d'acuité des témoignages des jeunes femmes enceintes rencontrées, c'est que, pour dix-neuf d'entre elles, les images positives d'elles-mêmes ne sont évoquées que lorsqu'elles parlent de leur grossesse en cours. Pour seize des vingt jeunes femmes, la grossesse apparaît comme un événement réparateur et un espoir de renouveau dans une vie qu'elles considèrent comme très difficile, voire comme un échec. Leur besoin d'amour semble se projeter sur l'enfant à naître et elles ont le sentiment de pouvoir mieux le maîtriser dans le contexte mère-enfant que dans celui des relations amoureuses et sexuelles.

2.1.3. Des difficultés à faire face aux problèmes liés à la contraception

Une autre catégorie conceptuelle qui apparaît résumer les propos d'un bon nombre des adolescentes interviewées concerne leurs difficultés à reconnaître et à gérer les problèmes liés à la contraception. Elles éprouvent, dans dix-sept cas sur vingt, des difficultés majeures à échanger sur les thèmes de la grossesse et de l'avortement avec leur entourage immédiat, que ce soient les éducateurs, la famille, leur partenaire ou leurs amis. De plus, quatre jeunes femmes sur vingt précisent qu'elles sont devenues enceintes à la suite d'une utilisation inadéquate du condom, s'estimant peu aptes à prévenir ce genre de situations.

Elles ont aussi exprimé des propos qui suggèrent un manque de connaissances et d'habiletés pour trouver et utiliser adéquatement les ressources en matière de santé sexuelle, telles que les cliniques jeunesse, les organismes de planification des naissances ou de dépistage et de traitement des ITSS, ou encore les organismes communautaires offrant des ressources en prévention.

2.2. VINGT-QUATRE ADOLESCENTS EN CENTRE JEUNESSE AYANT CONNU UN ÉPISODE DE PATERNITÉ ET LEUR RAPPORT À LA CONTRACEPTION

Les adolescents rencontrés en centre jeunesse avaient cumulé trente-sept épisodes où ils ont cru devenir pères et disaient ne pas être prêts à assumer ce rôle. Ils ont peine à communiquer avec leurs partenaires sexuelles et amoureuses et rapportent ne pas utiliser le condom régulièrement, principalement en raison du fait qu'il « *gâcherait le plaisir* ». Leurs stratégies de protection sont limitées par certaines fausses croyances concernant le type de partenaires fréquentées et une méconnaissance des risques encourus qui se manifestent dans des pratiques courantes. Ils considèrent aussi souvent que leurs partenaires sexuelles auraient dû prendre seules la responsabilité de mieux se protéger sur le plan sexuel.

2.2.1. Des paternités non assumées

Des épisodes où leur partenaire leur a annoncé qu'ils pouvaient être le père d'un enfant à naître, il en est résulté sept paternités que quatre adolescents disent ne pas avoir reconnues. Sept jeunes hommes précisent que leur partenaire a subi une interruption volontaire de grossesse et deux autres font état d'un avortement spontané. Les autres ne connaissaient pas exactement l'issue des grossesses qui leur ont été annoncées. Vingt des vingt-quatre jeunes hommes ont souligné ne pas s'estimer prêts ni se sentir capables de devenir père à ce moment de leur vie. Ils précisent ressentir « *de la frustration* » ou encore de la colère : « *J'étais juste en beau maudit.* »

2.2.2. Une vie amoureuse et sexuelle où la communication sur la contraception et la grossesse fait souvent défaut et où les fausses croyances peuvent dominer

Les adolescents rencontrés font état de nombreux échecs amoureux et de difficultés de communication sur la sexualité, et ce, malgré une valorisation importante des rapports sexuels pour l'ensemble des répondants. Ces

relations seraient aussi marquées par une absence de communication dans plusieurs cas, en particulier sur la contraception et la prophylaxie, ainsi que sur les grossesses qui ont été portées à leur attention.

Ceux qui ont cru devenir pères ont une perception limitée des risques et des conséquences en matière de sexualité. On retrouve aussi chez eux des stéréotypes sexistes, tels que le clivage qu'ils établissent entre les «*bonnes filles*» présumées, avec qui ils ne se protègent pas, et les «*mauvaises filles*», avec qui il faudrait utiliser un condom. Plusieurs jeunes hommes rencontrés veulent prouver à ce point leur virilité qu'ils considèrent que le condom nuit à leurs performances sexuelles: «*Je me dépêche à agir avant qu'elles [mes partenaires] me parlent des condoms.*»

Pour dix-neuf adolescents, le recours à la contraception et l'utilisation du condom dépendent de leur intuition ou du fait d'avoir eu une mauvaise expérience. Douze adolescents sur vingt-quatre disent qu'ils n'ont pas utilisé de condom parce qu'ils n'en avaient pas au moment où ils en avaient besoin ou parce que cette préoccupation s'est effacée dans le feu de l'action: «*Une fois que je suis dans l'action, j'y pense plus au condom.*» Malgré cela, plusieurs entretiennent l'idée qu'ils font preuve de vigilance relativement aux risques encourus, que ce soit par leurs habitudes de recourir au dépistage ou par leur choix de partenaire. Dans dix cas sur vingt-quatre, des énoncés comme «*on se connaît, on se fait confiance*» sont courants.

2.2.3. Le condom: l'envers du plaisir

Les propos des adolescents sur le condom permettent d'avancer que celui-ci est perçu comme l'envers du plaisir par plusieurs. Pour quatorze d'entre eux, le condom «*gâche le rapport sexuel*», «*enlève le fun*» et «*diminue les sensations*».

2.3. QUARANTE-DEUX JEUNES EN SITUATION DE RUE ET LEUR RAPPORT À LA CONTRACEPTION

Le discours des jeunes qui ont vécu dans la rue permet de constater qu'ils sont beaucoup plus conscients des risques sexuels que ceux rencontrés en centre jeunesse. Toutefois, ils n'adoptent pas systématiquement des comportements sexuels sécuritaires, notamment en raison de leurs conditions de vie dans la rue qui sont marquées par la précarité et l'impératif de survie.

2.3.1. Un discours prônant la contraception et la prophylaxie difficilement applicable dans la rue

Vingt-six des quarante-deux jeunes en situation de rue rapportent des occasions nombreuses où ils ont eu des rapports sexuels sans utiliser une méthode contraceptive et prophylactique. D'après leurs témoignages, ces situations sont surtout associées aux conditions de vie dans la rue où les stratégies contraceptives et prophylactiques sont difficilement applicables. À cet effet, douze d'entre eux rapportent l'importance du facteur chance pour expliquer l'absence de grossesse ou d'ITSS : « *Je me trouve chanceuse de ne pas avoir contracté d'infections, car c'est tellement facile de "pogner de quoi" dans la rue, les jeunes couchent tous entre eux. Y'a beaucoup de jeunes de la rue qui ont de quoi.* » Dans huit autres cas, une période de vie en couple minimise l'importance de se protéger. Le fait de connaître son partenaire semble aussi être perçu comme une forme d'immunité aux risques sexuels.

2.3.2. Le faible souci de soi et le besoin urgent d'argent ou de drogue

Dans sept cas sur quarante-deux, la prise de risques sexuels apparaît associée à un faible souci de soi, au peu d'importance accordé à sa vie ou à l'idée « *de ne pas penser à son affaire* » avant d'agir. Les jeunes qui se sont engagés dans la prostitution et qui se sont retrouvés dans une urgence financière ont rapporté avoir parfois cédé à des demandes de clients qui leur offraient davantage d'argent à condition de ne pas utiliser le condom. Le lien entre la dépendance à la drogue et la prise de risques est aussi souligné par six répondants : « *Si tu veux un client tout de suite pour ta drogue, tu laisses faire le condom, sinon tu attends deux ou trois heures pour en trouver un autre.* »

Seuls quatre jeunes en situation de rue mentionnent que leur consommation de drogue ou d'alcool a été un obstacle à la contraception. Toutefois, les entrevues permettent de constater que leur dépendance à la drogue ou à l'alcool occasionne des difficultés dans toutes les sphères de leur vie, en particulier sur le plan de leurs interactions sociales. Trente-trois jeunes sur quarante-deux rapportent que cette consommation revêt une grande importance dans le milieu de la rue, tant dans le processus d'insertion que dans celui de la sortie. À la différence des deux autres groupes de jeunes rencontrés, la consommation semble moins directement associée, du moins

dans leur discours, à la prise de risques sexuels. La peur des grossesses et des ITSS, qui est souvent évoquée, ne semble pas suffisante pour les encourager à se protéger.

2.3.3. La grossesse dans la rue n'est pas une bonne idée, mais elle peut motiver à se reprendre en main

Parmi les jeunes en situation de rue qui ont abordé le thème de la maternité et de la paternité, neuf jeunes femmes avaient déjà connu une expérience de grossesse et contracté une ITSS. Seulement trois des jeunes hommes en situation de rue ont révélé avoir vécu une paternité. Ceux qui ont été confrontés à ces situations estiment que le fait de vivre dans la rue est un contexte défavorable pour mettre au monde ou éduquer un enfant. Ceux qui ont dû faire face aux conséquences d'un rapport non protégé semblent plus enclins à avoir eu recours à une méthode contraceptive ou prophylactique par la suite.

Si la grossesse est décrite par un certain nombre d'entre eux comme un événement à éviter, elle est aussi envisagée de façon positive dans d'autres entrevues. Pour sept jeunes qui ont vécu l'expérience de la grossesse ou de la parentalité (quatre jeunes femmes et trois jeunes hommes, deux ayant un enfant et un autre dont la partenaire est enceinte), cet événement est aussi décrit comme une source de bonheur, une motivation pour rompre avec un passé difficile ou une occasion de se reprendre en main et de changer de style de vie, pour éviter, par exemple, que les services sociaux ne leur retirent l'enfant.

2.3.4. Des jeunes informés des ressources existantes, mais qui craignent le jugement des intervenants

Les jeunes en situation de rue semblent bien informés des ressources disponibles pour se procurer des condoms et des contraceptifs et ils se disent d'ailleurs assez satisfaits des services qu'ils reçoivent à cet égard. Toutefois, ils restent peu enclins à y recourir de peur d'être jugés. C'est surtout le cas de ceux qui s'adonnent à la prostitution. Plusieurs avouent aussi leur peur de passer des tests de dépistage, craignant d'être accablés par une mauvaise nouvelle dans un contexte où ils luttent pour leur survie.

3. UNE DISCUSSION ET DES COMPARAISONS ENTRE LES TROIS GROUPES

En continuité avec les résultats des travaux de recherche (ASPC, 2006; Cloutier *et al.*, 1994; Lambert *et al.*, 2010; Marshall *et al.*, 2009), les jeunes que nous avons rencontrés rapportent un usage inconstant des méthodes contraceptives et prophylactiques en raison de leurs conditions de vie marquées par la précarité. Cette étude met en évidence les points de convergences et de divergences de l'utilisation non systématique de ces stratégies parmi trois groupes de jeunes en difficulté (jeunes femmes en centre jeunesse, jeunes hommes en centre jeunesse et jeunes en situation de rue). À la suite de nos analyses, les dimensions suivantes apparaissent particulièrement pertinentes pour penser le développement d'interventions auprès des jeunes en difficulté. On note ainsi : 1) l'utilisation problématique du condom à cause de conditions de vie peu propices à un emploi généralisé ; 2) des niveaux variables de connaissances et de mise en pratique des stratégies de réduction des risques ; 3) des difficultés de communication sur la contraception et la prophylaxie ; et 4) des représentations négatives de soi qui contribuent aux risques de grossesse et d'ITSS.

3.1. L'UTILISATION PROBLÉMATIQUE DU CONDOM À CAUSE DE CONDITIONS DE VIE PEU PROPICES À UN EMPLOI GÉNÉRALISÉ

Pour les trois groupes étudiés, la disponibilité du condom au moment des relations sexuelles semble poser problème, ce qui influe sur son usage généralisé. Comme le montrent d'autres travaux (Marshall, 2008 ; Marshall *et al.*, 2009), cette difficulté peut être liée à la fréquence irrégulière des rapports sexuels, mais aussi à la difficulté de les planifier. En effet, on remarque que les sorties à l'extérieur de l'établissement ne sont pas systématiques chez les jeunes en centre jeunesse, tandis que les jeunes en situation de rue ne peuvent pas nécessairement planifier le moment où ils rencontreront un ou une partenaire et où ils auront une intimité suffisante pour avoir un rapport sexuel.

À la disponibilité des condoms s'ajoute la difficulté de les utiliser adéquatement. Des adolescentes en centre jeunesse ont ainsi précisé qu'elles étaient difficilement capables de s'assurer que le condom était placé de manière adéquate et certaines ont estimé qu'elles étaient devenues enceintes à la suite d'une rupture de condom. De leur côté, les adolescents en centre jeunesse considèrent manquer d'habiletés pour utiliser en tout temps et avec aisance le condom.

Pour les jeunes en situation de rue, même si la protection leur apparaît nécessaire, elle est loin d'être généralisée. La négociation du condom apparaît associée à des impératifs tels que l'urgence de trouver de l'argent, soit pour survivre, soit pour payer sa consommation de drogues, un constat déjà mis en évidence dans d'autres recherches (Marshall, 2008 ; Marshall *et al.*, 2009). L'usage du condom est alors décrit comme étant monnayable, une activité sexuelle protégée rapportant moins d'argent qu'une activité sexuelle non protégée. Il nécessiterait une plus grande sélectivité des clients, ce qui impliquerait de laisser passer un certain nombre d'occasions avant de trouver un client qui désire, ou à tout le moins accepte, l'utilisation du condom. Pour d'autres jeunes, au contraire, l'implication dans la prostitution est associée à une motivation plus grande à utiliser le condom. Il semble néanmoins que l'impératif de survie module cette motivation et sa traduction comportementale. Dans ces circonstances, à moins d'avoir pris l'habitude de garder sur soi des condoms, il semble peu probable que ces jeunes prennent le risque de renoncer à une occasion de rencontre sexuelle pour s'en procurer. Néanmoins, comme le soulignent Haley, Denis et Roy (2005), même lorsqu'ils en ont une réserve, les conditions de conservation (au fond d'un sac avec d'autres objets, à l'extérieur, subissant les rudesses de l'hiver, etc.) sont susceptibles de les endommager.

3.2 DES NIVEAUX VARIABLES DE CONNAISSANCES ET DE MISE EN PRATIQUE DES STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES RISQUES

Dans les trois groupes rencontrés, de fausses croyances ou des connaissances erronées sont notables dans les discours de plusieurs jeunes, ce qui rejoint les conclusions d'autres travaux sur cette question (Haley, Denis et Roy, 2005 ; Haley *et al.*, 2006). Se sentant souvent infertiles, les adolescentes en centre jeunesse ne manifestent pas le besoin de se protéger tout le temps. Quant aux adolescents en centre jeunesse, ils se protègent en fonction du moment et de leur intuition, prenant ainsi des risques importants de contracter une ITSS ou de procréer, alors qu'ils ne se sentent pas prêts à assumer une telle responsabilité. Pour leur part, les jeunes en situation de rue semblent plus conscients des dangers encourus et surtout de la nécessité de se protéger. Néanmoins, en raison de leurs conditions de vie précaires, ils prennent de nombreux risques qu'ils jugent pourtant dangereux pour leur santé. Ces constats suggèrent que les conditions qui

favorisent l'acquisition de connaissances et d'habiletés prophylactiques et contraceptives ainsi que leur mise en pratique ne sont que partiellement réunies chez les jeunes en difficulté.

3.3. DES DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION SUR LA CONTRACEPTION ET LA PROPHYLAXIE

Dans ces trois groupes, des difficultés de communication sur la contraception et la prophylaxie sont présentes, bien qu'elles surviennent dans des contextes parfois différents. Comme le révèlent les conclusions d'Hovsepien et ses collaborateurs (2008), les jeunes femmes en centre jeunesse ont du mal à faire connaître à leurs partenaires sexuels leurs points de vue sur la contraception et la prophylaxie. Elles se sentent aussi souvent non respectées et manipulées sur les plans sexuel et amoureux. Quant aux adolescents en centre jeunesse, ils mentionnent ne pas aborder la question de la protection par peur, dans certains cas, que leurs partenaires ne leur imposent l'usage du condom. L'absence de communication se conjugue chez eux au transfert des responsabilités contraceptives aux partenaires.

Quant aux ressources disponibles, les adolescentes en centre jeunesse disent ne pas y recourir fréquemment. Pour les adolescents en centre jeunesse, le discours sur les ressources en contraception se limite principalement à évoquer le recours à la pilule du lendemain et aux cliniques d'avortement en cas de grossesse. Aucun des adolescents rencontrés en centre jeunesse n'a fait mention de la fréquentation d'une clinique en contraception ou de consultations préventives pour établir des stratégies spécifiques de prévention de grossesse ou d'ITSS. Pour leur part, les jeunes en situation de rue fréquentent des ressources spécialisées en itinérance et s'en disent plutôt satisfaits. Ils invoquent toutefois la crainte d'être jugés et stigmatisés en raison de leur situation, en particulier les jeunes qui pratiquent la prostitution.

Ce contraste dans la fréquentation des ressources entre les adolescents en centre jeunesse et les jeunes en situation de rue peut être associé à leurs conditions de vie différentes. Ceux qui sont en centre jeunesse peuvent avoir accès, sur place, à la plupart des services de santé, y compris la santé sexuelle. Pour leur part, les jeunes en situation de rue doivent recourir à une multiplicité d'organismes qui viennent en aide aux personnes itinérantes et, de ce fait, le répertoire des ressources disponibles est susceptible d'être plus vaste. Ces écarts peuvent aussi s'expliquer par des différences dans les périodes dans lesquelles ont été conduites les trois séries

d'entrevues et qui se sont accompagnées de changements dans les modes de prestation de services au fil des ans, l'étude sur les adolescentes en centre jeunesse ayant été réalisée plus de dix ans avant celle menée auprès des jeunes en situation de rue.

3.4. DES REPRÉSENTATIONS NÉGATIVES DE SOI QUI CONTRIBUENT AUX RISQUES DE GROSSESSE ET D'ITSS

Les témoignages font apparaître des représentations de soi qui, dans certains cas, semblent contribuer à la prise de risques et qui rendent envisageable, voire souhaitable, l'occurrence d'une grossesse.

Chez les jeunes femmes en centre jeunesse, des indices importants du mal de vivre et de détresse contribueraient à réduire l'estime de soi et à banaliser la perception de la gravité des ITSS ou d'une grossesse non planifiée. Ces indices se conjuguent à l'espoir que la grossesse leur permettra de se reprendre en main, de changer de vie et d'échapper à ces conditions de vie difficiles. Comme l'ont montré Haley, Denis et Roy (2005), cet espoir est aussi invoqué par certains jeunes en situation de rue et il semble contribuer, chez eux aussi, à diminuer la perception de la sévérité des conséquences des conduites sexuelles non protégées. Toutefois, les jeunes en situation de rue expriment surtout que cette réalité est à éviter compte tenu de leurs conditions de vie et des difficultés auxquelles ils sont exposés dans leur environnement.

Les jeunes hommes en centre jeunesse se démarquent des deux groupes par des représentations qui ne laissent que peu de place à la parentalité dans leur vie. Cette dernière est plutôt envisagée comme un événement qui les obligerait, certes, à changer de vie. Or, ce changement n'est pas, comme pour les deux autres groupes, perçu positivement. Il est plutôt décrit comme la fin obligée d'une période centrée sur le divertissement et l'exploration sexuelle, les contraignant ainsi à prendre des responsabilités qu'ils ne se disent pas prêts à assumer.

4. DES PISTES D'INTERVENTION

À partir de cette analyse, plusieurs pistes d'intervention ont été proposées. Pour les jeunes femmes en centre jeunesse, la création d'un programme favorisant un entraînement à un concept de soi positif a été privilégiée. C'est ainsi qu'est né le programme «Entraînement à l'amour-propre»

(Manseau *et al.*, 2000, 2001, 2002), qui vise essentiellement à favoriser chez les adolescentes une plus grande autonomie sexuelle. Ce programme, à la fois clinique et éducatif, poursuit les objectifs suivants : améliorer l'estime personnelle des adolescentes, les amener à réfléchir sur leurs valeurs à l'égard de la sexualité, développer des habiletés de communication lors d'interactions sexuelles pour faire respecter ses valeurs et promouvoir un usage généralisé du condom. Des ateliers ont aussi été prévus pour favoriser parmi ces jeunes filles l'utilisation de ressources en contraception et en cas de grossesse.

Pour les jeunes hommes en centre jeunesse, le programme « Amour et sexualité chez l'adolescent » (Manseau et Blais, 2007), qui vise à les amener à établir des rapports intimes moins chaotiques et sexistes, a été mis au point. Il préconise le développement de moyens et d'outils qui leur permet d'améliorer leurs habiletés de communication et de réfléchir sur l'expression de leur masculinité et sur leurs besoins véritables. Ce programme cherche également à amener les jeunes hommes à mieux s'informer sur les conséquences associées à la prise de risques sexuels. L'entraînement à des habiletés érotiques favorisant une meilleure utilisation du condom a aussi été développé.

Quant aux jeunes en situation de rue, il est essentiel de les conscientiser à l'importance de la contraception en situation de survie, de les informer des méthodes contraceptives et prophylactiques et de les sensibiliser, notamment par l'intermédiaire des intervenants qui gravitent autour d'eux, à l'importance de négocier le condom, surtout en contexte de prostitution. Une campagne de prévention du passage à l'injection de drogues chez les jeunes en situation de rue, qui s'est inscrite dans un partenariat entre différentes ressources ciblant cette population, a déjà été utilisée auprès de ce groupe et a montré des résultats intéressants (Roy *et al.*, 2007). Dans ce contexte, il pourrait être pertinent de s'inspirer de cette stratégie de prévention pour intervenir auprès de ces jeunes en prônant l'utilisation généralisée de la protection sexuelle. Il est donc essentiel de continuer à rendre accessibles des services de distribution de condoms et de prévention pour les jeunes en difficulté, qu'ils résident en centre jeunesse ou qu'ils vivent dans la rue.

Sur le plan politique, il est nécessaire que des directives claires pour l'éducation sexuelle des jeunes en difficulté soient élaborées et que des programmes ciblés soient implantés. Pour qu'une telle implantation soit

réalisable, il faut que des actions soient menées en aval afin de favoriser des conditions de vie propices à l'acquisition de connaissances et au développement d'habiletés contraceptives et prophylactiques. Une telle stratégie permettrait de sortir d'une logique d'intervention en silo pour épouser une stratégie combinant des actions ciblant tant l'individu que ses conditions de vie (Cousineau, 2007).

CONCLUSION

La comparaison des discours de ces trois études qualitatives, réalisées en trois temps différents, met en relief des situations et des représentations sur la sexualité, la grossesse, la contraception et la santé qui peuvent dépendre de plusieurs facteurs autres que le statut des jeunes, comme le moment où les recherches ont été conduites. Nous nous sommes tenus à l'essentiel des propos des jeunes, ce qui ne rend pas compte exhaustivement de tous les facteurs qui entourent leurs rapports à la prise de risques sexuels. Notre analyse montre cependant que les jeunes en situation de rue, plus âgés, sont plus conscients des dangers associés aux risques sexuels et ils ont aussi plus souvent recours à des organismes de prévention susceptibles de leur fournir des condoms et d'autres moyens de protection que les jeunes des autres groupes. Dans l'ensemble, si les organismes de prévention sont jugés favorablement par les jeunes en situation de rue, cette évaluation ne semble pas assurer qu'ils se protègent davantage. Il faudrait donc réfléchir à des mécanismes de soutien pour les rejoindre efficacement en privilégiant une approche sensible à leurs réalités, notamment par le recours à des interventions de proximité.

En conclusion, il est nécessaire de préciser que les efforts déployés dans le cadre de programmes d'intervention auprès des jeunes en difficulté sont malaisés à évaluer, puisque ce sont des populations difficilement accessibles une fois qu'elles ont quitté le centre jeunesse ou à cause de leur situation d'instabilité résidentielle. Si les recherches qualitatives présentées ici comportent aussi plusieurs limites (échantillons restreints, analyses complexes, comparaisons difficiles, etc.), elles permettent du moins de contextualiser le rapport à la contraception et à la prophylaxie parmi les jeunes et de mettre en évidence le chemin qu'il reste à parcourir pour favoriser leur santé sexuelle sur le plan des interventions.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de santé publique du Canada (2006). *Infections transmises sexuellement chez les jeunes de la rue au Canada : constatations découlant d'une surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada 1999-2003*, Ottawa, Agence de santé publique du Canada.
- Association canadienne pour la santé adolescente (2006). « Connaissances, attitudes et comportements en sexualité d'adolescents et de mères d'adolescents au Canada », *Pro Ado*, vol. 15, nos 1-2, p. 3-19.
- Bailey, S.L., C.S. Camlin et S.T. Ennett (1998). « Substance use and risky sexual behavior among homeless and runaway youth », *Journal of Adolescent Health*, vol. 23, n° 6, p. 378-388.
- Cloutier, R., L. Champoux, C. Jacques et C. Lancop (1994). « *Nos ados et les autres* » : étude comparative des adolescents des centres jeunesse du Québec et des élèves du secondaire, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.
- Collin-Vézina, D., M. Hébert, H. Manseau, M. Blais et M. Fernet (2006). « Self-concept and dating violence in 220 adolescent girls in the Child Protective System », *Child and Youth Care Forum*, vol. 35, p. 319-326.
- Cousineau, M.-M. (2007). « Prévention autour des jeunes en difficultés : reconnaître la complexité et attaquer les intersections », *Revue de l'IPC*, vol. 1, p. 45-68.
- DeMatteo, D., C. Major, B. Block, R. Coates, M. Fearon et E. Goldberg (1999). « Toronto street youth and HIV/AIDS : Prevalence, demographics, and risks », *Journal of Adolescent Health*, vol. 25, n° 5, p. 358-366.
- Fernet, M., M. Imbleau et F. Pilote (2002). « Sexualité et mesures préventives contre les MTS et la grossesse », dans Institut de la statistique du Québec (dir.), *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, gouvernement du Québec, p. 273-291.
- Glaser, B.G. et A.L. Strauss (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine Publ.
- Godin, G., F. Michaud, C. Fortin et D. Desruisseaux (1994). *Étude sur les comportements associés à la transmission des MTS et du SIDA chez les jeunes et les jeunes mères en difficulté d'adaptation en CRJDA et CRJMDA. Rapport de recherche*, Québec, Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé, École des sciences infirmières, Université Laval.
- Haley, N., V. Denis et É. Roy (2005). *Étude sur la grossesse et la contraception chez les jeunes filles de la rue*, Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.
- Haley, N., É. Roy, P. Leclerc et J.-F. Boudreau (2006). *La grossesse et la contraception chez les jeunes filles de la rue de Montréal*, Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

- Hovsepian, S.L., M. Blais, H. Manseau, J. Otis et M.-É. Girard (2008). «Prior victimization and sexual and contraceptive self-efficacy among adolescent females under child protective services care», *Health Education & Behavior*, vol. 37, n° 1, p. 65-83.
- Kelly, K. et T. Caputo (2007). «Health and street/ homeless youth», *Journal of Health Psychology*, vol. 12, n° 5, p. 726-736.
- Lambert, G., N. Haley, S. Jean, C. Tremblay, J.-Y. Frappier, J. Otis et É. Roy (2010). *Sexe, drogue et autres questions de santé : étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec. Rapport synthèse*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec.
- Laventure, M., M. Déry et R. Pauzé (2008). «Profils de consommation d'adolescents, garçons et filles, desservis par des centres jeunesse», *Drogues, santé et société*, vol. 7, n° 2, p. 9-45.
- Manseau, H. et M. Blais (2007). *Amour et sexualité chez l'adolescent : programme qualitatif d'éducation sexuelle pour jeunes hommes*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Manseau, H., F. Lemetayer, M. Blais et P.-B. Côté (2007). «Vie et sexualité dans la rue : comprendre pour mieux intervenir auprès des jeunes», dans S. Roy et R. Hurtubise (dir.), *L'itinérance en questions*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 57-76.
- Manseau, H., M. Blais, D. Brouillette et Centre jeunesse de Laval (2000, 2001, 2002). *Entraînement à l'amour-propre*, Laval/Montréal, Centre jeunesse de Laval/Université du Québec à Montréal.
- Manseau, M., M. Fernet, M. Hébert, D. Colin-Vézina et M. Blais (2007). «Risk factors of dating violence (DV) among teenagers under child protective service», *International Journal of Social Welfare*, vol. 16, p. 236-242.
- Marchand, V. (2009). *Évaluation des besoins des adolescents et de leur famille d'accueil en matière d'éducation à la sexualité*, Mémoire de maîtrise en sexologie, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Marshall, B.D.L. (2008). «The contextual determinants of sexually transmissible infections among street-involved youth in North America», *Culture, Health & Sexuality*, vol. 10, n° 8, p. 787-799.
- Marshall, B.D.L., T. Kerr, J.A. Shoveller, J. Qi, J.S.G. Montaner et E. Wood (2009). «Structural factors associated with an increased risk of HIV and sexually transmitted infection transmission among street-involved youth», *BMC Public Health*, vol. 9, n° 7, p. 1-9.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). *La grossesse à l'adolescence*. <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sociaux/grossesseadolescence.php#chiffres>. Consulté en octobre 2007>.

- Pauzé, R., J. Toupin, M. Déry, H. Mercier, J. Joly et M. Cyr (2004). *Portrait des jeunes de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps*, Québec, Université de Sherbrooke. Bibliothèque nationale du Québec.
- Rotermann, M. (2008). «Tendances du comportement sexuel et de l'utilisation du condom à l'adolescence. Rapports sur la santé», *Statistique Canada*, vol. 19, n° 3, p. 1-5.
- Roy, É., V. Denis, N. Gutiérrez, N. Haley et C. Morissette (2007). *Projet de prévention du passage à l'injection de drogues chez les jeunes de la rue. Rapport sur l'évaluation du processus de la campagne de prévention*, Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.
- Toupin, J., R. Pauzé, J.-Y. Frappier, R. Cloutier et J. Boudreau (2004). *La santé mentale et physique des adolescents québécois des centres jeunesse : une étude cas-témoin*, Canada, Rapport financé dans le cadre du programme Initiative sur la santé de la population canadienne.

LE PROGRAMME DE PRÉVENTION DE LA SANTÉ SEXUELLE ET DE LA CONTRACEPTION AUPRÈS DE FEMMES ET D'HOMMES MIGRANTS DANS LE CANTON DE VAUD (SUISSE)

Myrian Carbajal MENDOZA

Le constat que la santé des migrants et migrantes est moins bonne que celle des autochtones a déjà été mis en évidence par différentes études menées en Suisse (Chimienti *et al.*, 2001 ; Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2002). D'une manière générale, les études montrent que l'appartenance aux strates socioéconomiques inférieures apparaît comme un facteur défavorable pour l'état de santé (Observatoire suisse de la santé, 2008). Une étude de l'OFSP sur l'état de santé des différents groupes de la population étrangère en Suisse (France, Allemagne, Autriche, Italie, Portugal, Turquie, ex-Yougoslavie, Sri Lanka) met en évidence qu'une forte proportion de ces personnes présente un niveau socioéconomique bas, à l'exception des ressortissantes et ressortissants allemands, autrichiens et français. Ceux-ci affichent un état de santé et des comportements proches

de ceux de la population de nationalité suisse (Gabadinho et Wanner, 2007). L'Observatoire suisse de la santé (2008) indique que, parmi les migrantes et migrants, les personnes originaires d'Europe méridionale, du Portugal, d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine ayant immigré en Suisse au cours des vingt dernières années, que ce soit pour des raisons économiques, familiales ou en quête d'asile politique, sont le plus défavorisées sur le plan socioéconomique.

Dans le canton de Vaud, Profa – planning familial, en collaboration avec Point fixe (prévention sida), gère le programme Migration et Intimité. Ce programme a pour but de prévenir les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH/sida, auprès des femmes et hommes des communautés migrantes de l'Amérique latine et de l'Afrique subsaharienne (Carbajal et Pasquier, 2006a; 2008). Ce programme né grâce au financement de la Commission cantonale de prévention du Service de la santé publique du canton de Vaud poursuivait dans un premier temps l'amélioration de l'information et de l'accessibilité à la contraception des femmes migrantes¹.

En effet, si la Suisse a un taux d'interruption de grossesse (IG) relativement bas (6,4 ‰ en 2009; OFS, 2010) en comparaison avec d'autres pays européens, il y a de grandes différences entre le recours aux IG de la part des Suissesses et celui des femmes migrantes. Les femmes étrangères (qui représentaient 29% des femmes de 15 à 44 ans) étaient

-
1. Durant la première période allant d'août 2003 à août 2004, une étude qualitative a été réalisée et a fait l'objet d'une publication (Carbajal, 2007). Cette étude a porté sur les représentations sociales et les interruptions des grossesses des femmes latino-américaines. Depuis août 2004 jusqu'à la fin juillet 2006, plusieurs actions de prévention et de promotion de la santé sexuelle ont été mises en œuvre (ateliers de sensibilisation et d'information en santé sexuelle et reproductive pour femmes et hommes migrants, conception du matériel d'information, d'éducation et de communication en santé sexuelle et reproductive [SSR] adapté aux caractéristiques, aux besoins et au contexte propre des migrantes et migrants – dont une pièce de théâtre en langue espagnole, sensibilisation des professionnels de la santé aux situations spécifiques des migrants). Depuis août 2006, le programme Migration et Intimité s'est associé à Point fixe (prévention sida). Ces deux institutions travaillent ensemble et mettent leurs compétences et leurs ressources en commun pour développer des actions dans le cadre de ce programme (voir Carbajal et Pasquier, 2006; 2008).
 2. Le taux se réfère aux femmes âgées de 15 à 44 ans qui ont recours à une IG durant une année. À noter que ce chiffre surestime le taux d'IG au sein de la population résidant en Suisse, étant donné qu'il inclut, dans le numérateur, les IG effectuées chez les femmes vivant à l'étranger ou chez des femmes qui n'entrent pas dans la catégorie des femmes en âge de procréer (15-44 ans) (OFS, mars 2007).

surreprésentées dans ces statistiques (50 % des IG ont été réalisées par elles) (OFS, 2007). Dans le canton de Vaud, l'analyse de ces statistiques met en évidence le fait que les femmes issues de certaines nationalités recourent davantage à l'IG que les Suissesses : les migrantes venues d'Afrique subsaharienne et d'Afrique du Nord ont le taux d'IG le plus élevé (respectivement 46 ‰ et 36,2 ‰). Viennent ensuite les Sud-Américaines (35‰), les ressortissantes des pays d'ex-Yougoslavie (16,7 ‰) (Balthasar et Spencer, 2008).

Comment comprendre ces différences ? Comment améliorer la santé sexuelle des femmes migrantes ? Comment envisager le travail de promotion de la santé sexuelle auprès des populations migrantes ?

L'objectif de l'article est de présenter une activité de prévention réalisée dans le cadre du programme Migration et Intimité. À cette fin, nous allons dans un premier temps mettre en évidence les enjeux, barrières et résistances qui existent sur le plan de la protection/contraception, et ce, à l'aide des résultats des différentes recherches menées dans le domaine. Nous présenterons ensuite l'activité de prévention proprement dite, les Ateliers de sensibilisation en matière de santé sexuelle et reproductive pour femmes et hommes migrants (Carbajal et Pasquier, 2006b). Finalement, nous mettrons en évidence les avantages, les limites et les questions que cette activité soulève pour les professionnels de la santé sexuelle.

1. LA PROTECTION/CONTRACEPTION : ENJEUX, RÉSISTANCES ET BARRIÈRES

L'apparition de la pilule contraceptive à partir des années 1960 a non seulement permis la « libération » de l'activité sexuelle des contraintes procréatives, mais elle a dressé la responsabilité et la pratique de la contraception sous le contrôle des femmes (Giami et Spencer, 2004). Au milieu des années 1980, l'irruption de l'épidémie de l'infection au VIH a bouleversé la sexualité. Le préservatif, moins utilisé en tant que contraceptif, a gagné en importance comme moyen de prévention lors de situations à risque (nouveaux partenaires ou personnes qui ont de multiples partenaires). Le recours au préservatif est devenu massif lors des premiers rapports sexuels (Beltzer et Bajos, 2008). Dès lors, le préservatif apparaît comme faisant partie intégrante des codes d'entrée dans la sexualité.

Malgré le fait que la protection/contraception soit facilement accessible en Suisse et que le début de la vie sexuelle se fasse de plus en plus avec un moyen de protection/contraception (le préservatif et par la suite la pilule) (Narring *et al.*, 2002), une partie de la population migrante (et autochtone) n'a pas systématiquement recours aux moyens de protection/contraception. Les obstacles sont énumérés dans les paragraphes qui suivent.

La contraception (notamment hormonale) peut être ressentie comme une « contrainte » antinaturelle, comme un médicament (Bajos, Guillaume et Kontula, 2004). Cette représentation est en lien avec une perception et un vécu différents des jeunes générations féminines par rapport à leurs aînées. Pour ces dernières, qui se sont battues pour avoir le droit à la contraception, l'apparition des méthodes contraceptives hormonales (la pilule, le stérilet) représente avant tout la possibilité de maîtriser leur fécondité. Par conséquent, les effets secondaires de ces méthodes et l'obligation de la prescription médicale n'apparaissent pas comme des éléments démotivants leur utilisation. En revanche, pour certaines jeunes femmes, ces aspects gardent un caractère contraignant et moins acceptable. Celles-ci ont vécu leur sexualité à l'ère de la contraception moderne où le droit au bien-être sexuel apparaît légitime (Bajos, Ferrand et Hassoun, 2002). Cette méfiance vis-à-vis de l'utilisation des méthodes de contraception se retrouve aussi dans les représentations des femmes migrantes latino-américaines (Carbajal, 2007). Leurs témoignages ont mis en évidence, entre autres, la présence d'une certaine méfiance. Cette attitude révèle non seulement l'existence d'informations lacunaires ou de connaissances partielles sur les différents moyens contraceptifs (leur fonctionnement, la gamme existante, l'utilisation correcte, les effets secondaires, l'accessibilité, le prix), mais aussi l'existence de questions et de rumeurs qui entourent les méthodes contraceptives. Par exemple, la pilule et l'injection Depo-Provera sont associées au risque de stérilité, les dispositifs intra-utérins (DIU) au risque que l'enfant naisse avec le dispositif ou sa marque sur la tête, la pilule au risque d'avoir des jumeaux, des triplés, des enfants handicapés, etc. ; l'utilisation du préservatif est associée aux relations occasionnelles (prostitution et infidélité). Ces représentations constituent des barrières pour le choix d'un moyen de protection/contraception, pour une utilisation correcte ou pour une utilisation continue.

Le sentiment de légitimité ou d'illégitimité de la sexualité (se sentir ou non autorisé à avoir une vie sexuelle) peut constituer un encouragement ou un frein à l'utilisation d'un moyen de protection/contraception. C'est dans les pays où la tolérance sociale vis-à-vis de la sexualité des jeunes

est la plus importante que le taux de contraception est le plus élevé et que celui de l'avortement des IST est le plus bas : « [...] une revue de la littérature internationale a montré que l'esprit de tolérance qui prévaut dans la manière dont sont conduites les actions d'éducation sexuelle (que ce soit à l'école ou au sein des familles) apparaît plus déterminante que le contenu lui-même (Health Education Authority, 1999) » (Kontula, 2004, p. 121). Turki, Ferrand et Bajos (2002) se sont intéressés à la manière dont les femmes migrantes ou issues de l'immigration maghrébine, qui ne sont pas en couple et qui vivent en France, gèrent leur situation de « double référence culturelle ». Les résultats de cette étude mettent en évidence, entre autres, que c'est moins le rapport à la contraception et aux différentes méthodes qui relèverait d'une spécificité culturelle que les conditions dans lesquelles l'usage de la contraception peut être fait : par exemple, la prise de la pilule dévoile l'existence d'une sexualité hors mariage. Or cette manière de vivre la sexualité constitue une rupture avec le premier et principal tabou familial : la virginité. Ce faisant, certaines de ces femmes, tout en portant des sentiments de culpabilité, ressentiront comme illégitime la manière de vivre leur sexualité, ce qui aura des conséquences sur l'utilisation d'un moyen de contraception (choix, continuité, arrêt, discontinuité).

Dans le contexte latino-américain, si les jeunes hommes sont encouragés par leur famille et par la société dès leur plus jeune âge à adopter une sexualité hétérosexuelle (Rani, Figueroa et Ainsle, 2003), une majorité des jeunes filles (venant, entre autres, de la République dominicaine, du Guatemala, du Nicaragua et du Pérou ; celles venant du nord du Brésil et de la Colombie sont en nombre inférieur) gardent en principe leur virginité jusqu'au mariage et ne quittent le foyer parental que pour se marier, pour étudier ou pour émigrer (Ali et Cleland, 2005 ; Carbajal, 2007 ; Chant, 1992 ; Chant et Radcliffe, 1992 ; Cosío-Zavala, 2007). Celles qui vivent librement leur sexualité sont assimilées au chaos et au danger (et donc à la séductrice, à la prostituée en opposition à la femme vierge ou à la mère) (Carbajal, 2007 ; Fuller, 1993). Dans ce cadre, l'éducation sexuelle ne fait pas partie de la plupart des programmes scolaires (Morris, 1994 ; Pick de Weiss *et al.*, 1994) et la sexualité constitue encore un thème tabou dans la famille (Geldstein, Infesta Dominguez et Delpino, 2000 ; Necchi, Shufer et Méndez Ribas, 2000).

Les aspects liés à l'offre et au conseil contraceptifs peuvent aussi représenter des barrières à l'utilisation de la protection/contraception. La confidentialité est une condition importante pour que les personnes consultent. Les questions de coût de la contraception et de l'accessibilité

à des services de planning familial prennent également toute leur importance. En outre, le fait de parler de sexualité ne va pas de soi, surtout pour les personnes migrantes issues des milieux où la sexualité constitue un thème tabou. Dans ce contexte se pose notamment la question du conseil contraceptif. Celui-ci, en tant que mise en relation entre professionnels de la santé et utilisatrices et utilisateurs potentiels, joue un rôle important dans l'acceptation, dans le renforcement ou dans l'affaiblissement des représentations des utilisatrices et utilisateurs concernant les méthodes contraceptives et donc dans l'utilisation d'un moyen de contraception (Perrin *et al.*, 2007). Or les professionnels de la santé (conseillères en planification familiale, sages-femmes, médecins, etc.) qui donnent des conseils liés aux contraceptifs aux utilisatrices/utilisateurs ou utilisatrices/utilisateurs potentiels sont elles et eux aussi imprégnés des représentations sociales concernant les méthodes contraceptives. Les résultats de l'étude de Perrin et ses collaborateurs (2007) soulignent que les professionnels de la santé ont majoritairement des représentations favorables de la contraception. Cependant, une minorité est défavorable à la contraception (contraception non naturelle ou regret qu'elle soit presque exclusivement à la charge des femmes). Cette étude révèle également que le personnel de la santé a des représentations sociales collectives des catégories des utilisatrices et utilisateurs ainsi que des méthodes de contraception spécifiques qui leur correspondent : par exemple, les jeunes sont associés aux contraceptifs comme la pilule, le préservatif, la pilule d'urgence, les implants hormonaux ou les injections hormonales ; quant aux adultes, considérés comme responsables et disciplinés et avec des partenaires stables, le dispositif intra-utérin leur correspond le mieux.

Finalement, l'utilisation d'un moyen de protection/contraception repose sur l'acceptation du partenaire, voire sur la négociation avec celui-ci. Cette négociation, loin d'être anodine, reflète en dernière instance le type des rapports entre hommes et femmes. Elle met en évidence les images, les rôles et les attentes à l'égard de chaque sexe dans le domaine de la sexualité. Amsellen-Manguy (2008) soutient que, lors de la négociation avec leur partenaire, les jeunes filles ne sont pas toujours en position de faire prévaloir leur point de vue : ainsi, selon elles, le fait de sortir un préservatif pourrait être interprété comme une « une fille qui ne veut que du sexe » ou encore comme un manque de confiance en son partenaire. En outre, si le partenaire afin de ne pas mettre le préservatif met l'accent sur son plaisir, les filles se sentiront plus démunies face à la négociation car, pour elles, il est important de réussir à donner du plaisir à leur

partenaire, parfois au détriment de leur plaisir personnel. D'ailleurs, une fois les premières caresses intimes échangées, pour ne pas passer pour des «allumeuses», elles se sentent obligées de donner suite au rapport sexuel (Amsellen-Manguy, 2008). De même, l'étude de Carbajal auprès des femmes latino-américaines a mis en évidence les relations asymétriques des hommes et des femmes dans le domaine de la sexualité: «“Quand la femme tombe enceinte, l'homme laisse toute la responsabilité à la femme” [...] “Les hommes ne sont pas fidèles parce qu'ils aiment les femmes”, “Mais les femmes aiment aussi les hommes mais nous, nous avons plus de respect pour nos enfants, pour notre maison, pour notre éducation et nous nous abstenons aux choses mais eux, ils ne s'abstiennent pas. La femme est le centre du foyer”» (Carbajal, 2007, p. 255). Ces relations asymétriques débouchent sur des difficultés à négocier l'utilisation d'un moyen de protection/contraception. «“Je prenais les pilules en cachette parce que mon mari ne voulait pas que je les prenne et il les jetait dès qu'il les voyait”, “mon mari n'était jamais d'accord que j'utilise une contraception, il me disait ‘tu veux me tromper ou quoi?’”» (Carbajal, 2007, p. 256).

2. LES ATELIERS DE PRÉVENTION: UNE MANIÈRE D'AGIR SUR LES RÉSISTANCES ET LES BARRIÈRES À L'ÉGARD DES MOYENS DE PROTECTION/CONTRACEPTION

C'est à partir de janvier 2005 que Migration et Intimité réalise en partenariat avec différentes associations ou institutions du réseau socio-sanitaire vaudois³ des ateliers de sensibilisation et d'information en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) pour femmes et hommes migrants. Ces espaces d'échanges se réalisent dans le cadre des activités courantes de ces associations (cours de français, soirées thématiques, rencontres communautaires, cours de formation pour médiatrices et médiateurs de santé, etc.). Jusqu'à juillet 2008, un total de 27 ateliers ont été réalisés avec une participation d'environ 330 personnes (femmes et hommes) de différentes nationalités (brésilienne, équatorienne, camerounaise, bosniaque, nigérienne, sri-lankaise, etc.).

3. Par exemple: Appartenances-Espace hommes, Bourse à Travail (BAT), Établissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM), centre pour mineurs et centre de formation), Caritas Nyon, Forum des étrangers et étrangères de Lausanne (FEEL), etc.

Ces ateliers sont des moments d'échange des savoirs, des connaissances et des expériences autour des thématiques liées à la SSR entre migrants et professionnels de la santé sexuelle (conseillère en planning familial et éducatrice-formatrice en SSR de Profa). La méthodologie de l'atelier a été choisie parce qu'elle met l'accent sur la dynamique participative et la dimension d'horizontalité entre les personnes participantes et les animatrices ou animateurs de la santé sexuelle. L'approche qui sous-tend cette méthodologie est celle qui considère les personnes migrantes comme des acteurs sociaux qui peuvent agir, choisir et qui possèdent des ressources. Cela implique pour les migrantes et les migrants de prendre la parole, autrement dit d'avoir confiance en elles et eux et d'en parler ; il s'agit pour les professionnels d'écouter, de motiver la prise de parole, de laisser faire ou de savoir encadrer quand le moment le demande et de transmettre des messages tout en suivant une structure (voir l'annexe, p. 217).

Le fait de réunir une population hétérogène sous le thème de la sexualité soulève plusieurs questions. Ces personnes, en fonction de leur appartenance culturelle, de la proximité ou de la distance de leur culture d'origine avec la culture dominante, se retrouvent au sein d'univers normatifs hétérogènes. Elles se retrouvent également au sein d'univers genrés où les rôles sexuels dans les pratiques contraceptives diffèrent en fonction du sexe. Finalement, ces personnes sont loin de constituer un groupe homogène, car leurs parcours migratoires, leurs conditions de séjour et leurs caractéristiques socioéconomiques sont différents. Les ateliers de sensibilisation en matière de santé sexuelle et reproductive pour femmes et hommes migrants doivent tenir compte de cette variété des logiques qui s'entrecroisent (culture d'origine, genre, condition sociale et économique, religion) (Arroyo *et al.*, 1997 ; Lagrange *et al.*, 1997).

Comment tenir compte de cette diversité ? Comme nous l'avons indiqué, les ateliers se réalisent en partenariat avec différentes associations ou institutions du réseau sociosanitaire vaudois. Celles-ci ont déjà réalisé certains choix concernant la mixité ou non-mixité des personnes migrantes en fonction de leur sexe et de leur nationalité. Ainsi, certaines associations sont non mixtes (uniquement pour les femmes) ; d'autres attirent plus les migrants latino-américains, certaines s'adressent aux migrants africains, quelques-unes attirent davantage les migrantes et migrants bosniaques, chinois, etc. Les compétences interculturelles des professionnels de la santé sexuelle (l'équipe d'animation) permettent de gérer cette diversité. Ces professionnels parlent différentes langues (espagnol, portugais, anglais)

et ont une expérience de migration et d'interculturalité (par un mariage, un séjour prolongé de travail ou de volontariat, etc.). Cette équipe est aussi appuyée par la ou le responsable de l'association ou institution partenaire.

2.1. AGIR SUR LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES ET SUR LES RAPPORTS SOCIAUX DE SEXE

Les ateliers cherchent, d'une part, à promouvoir l'utilisation du préservatif, de la pilule d'urgence et de la contraception ; d'autre part, il s'agit de promouvoir un dialogue sur les relations hommes-femmes dans le domaine de la sexualité. Ces ateliers s'organisent autour des trois thèmes: le préservatif⁴, la négociation de l'utilisation du préservatif (ou d'un moyen de contraception) et la pilule d'urgence (voir l'annexe).

Le préservatif est le seul moyen qui permet de se protéger contre une grossesse non désirée et contre des IST. Il est facilement accessible tant sur le plan financier que sur le plan de sa disponibilité. Il permet la participation de l'homme et de la femme autrement dit, dans la mesure où son utilisation survient au moment du rapport sexuel, il implique que les deux partenaires participent et consentent à son utilisation. Comme Giami et Spencer (2004) l'affirment: «L'usage du préservatif revient à réintroduire un geste et un objet technique visibles au moment de l'acte sexuel. Son utilisation – ou sa non-utilisation – ne peut être dissimulée et elle doit donc être négociée par les partenaires, explicitement ou implicitement» (p. 382).

L'utilisation du préservatif suscite des réticences non seulement du côté des hommes, mais également de celui des femmes: l'utilisation du préservatif est non seulement associé aux relations occasionnelles ou aux IST, mais aussi à la diminution du plaisir.

À cet égard, plusieurs femmes participant aux ateliers ont exprimé que l'utilisation du préservatif représentait pour elles des inflammations et des douleurs dans le rapport sexuel:

4. Les thématiques de ces ateliers ont évolué. Une thématique qui a été ajoutée est celle de la contraception en général. Voir Carbajal et Pasquier (2008), *Ateliers de sensibilisation en matière de santé sexuelle et reproductive pour femmes et hommes migrants. Guide d'animation. Contraception: une histoire à deux. Comment en parler et la choisir avec son/sa partenaire*, Lausanne, Fondation Profa.

«... ce n'est pas la même satisfaction» (A, 5), «J'ai ma belle-sœur qui me disait que le préservatif lui donnait beaucoup d'inflammations... elle disait que cela lui dérangeait...» (A, 5), «les femmes, douleurs, malaise... c'est mieux la pilule» (A, 3), «Il y a des femmes qui disent que le préservatif leur dérange et qu'il est douloureux... oui, c'est douloureux...» (A, 3), «je te le dis par expérience c'est douloureux... il n'y a pas de lubrification... sèche» (A, 3).

Sous forme de travail individuel et collectif et à travers des questions telles que «Qu'est-ce qu'on entend sur les préservatifs "ici" et "là-bas"⁵? Qu'est-ce que les femmes disent ("ici" / "là-bas")? Qu'est-ce que les hommes disent? ("ici" / "là-bas")», il s'agit pour les participants et participantes de prendre de la distance par rapport à leurs représentations sociales et collectives, à leur positionnement face à certains thèmes (préservatif/contraception, relations hommes-femmes, pilule d'urgence) de leur pays d'origine et de leur pays d'accueil.

Le fait que l'un ou l'une des partenaires aborde l'utilisation ou la non-utilisation du préservatif lors du rapport sexuel place le couple face à un processus de décision. Cette décision peut être le résultat d'une négociation explicite ou d'un consentement implicite. La négociation implique d'amener le sujet comme un thème de discussion – il faut que cela devienne évident qu'il s'agit d'un thème à négocier. Elle suppose la mobilisation des arguments, le partage des responsabilités ainsi que l'assomption des conséquences de l'acte sexuel. Or cela revient à considérer la position de l'homme et de la femme et la capacité de négociation de chacun et chacune.

Sous forme de théâtre participatif, les jeux des rôles et les mises en situation permettent dans le cadre de cet atelier de travailler de manière collective sur la position de la femme et de l'homme, sur leurs capacités à négocier et sur l'identification de leurs ressources. La réalisation de ces ateliers a davantage soulevé l'importance de travailler sur la dimension relationnelle du rapport sexuel. À noter que lors de ces ateliers, certaines femmes ne voyaient pas dans le refus de leur partenaire à utiliser le préservatif une situation à négocier. Elles affirmaient que si l'homme ne voulait pas utiliser le préservatif, il fallait que les femmes utilisent une autre méthode, ce qui ne résout pas la question des IST en cas d'infidélité:

5. «Là-bas» fait référence au pays d'origine.

«S'il ne veut pas, je devrais utiliser une autre méthode...» (A, 5), «si on n'est pas d'accord avec le préservatif alors la première chose que doit faire le couple est d'aller voir le médecin» (A, 3), «s'il ne veut pas utiliser le préservatif alors il faut chercher une autre option» (A, 3).

L'utilisation du préservatif implique que les femmes et les hommes reconnaissent non seulement les avantages pratiques (accessible, moins cher et facile à obtenir), mais aussi les avantages rationnels (prévention des grossesses non désirées et des IST). En outre, le fait de mettre l'accent sur la protection de la santé de la femme et de l'homme pourrait encourager l'utilisation du préservatif. Dans la mesure où le préservatif n'est associé qu'à l'homme, c'est lui, dans plusieurs situations, qui en décide l'usage.

Il faudrait faire preuve de créativité et inventer de nouveaux messages qui s'accordent davantage à la vie des personnes migrantes, tout en essayant de vaincre certaines fausses informations (*«j'ai entendu que des fois les préservatifs viennent avec des petits trous [...] et qu'il y a des préservatifs très fragiles»*, A, 5).

2.2. AGIR SUR LA LÉGITIMITÉ

Non seulement les images stéréotypées des rôles et des caractéristiques des femmes et des hommes empêchent un dialogue sur les risques sexuels possibles (IST, grossesse non désirée), mais elles ont comme conséquence un partage inégal des responsabilités en ce qui a trait à la protection/contraception. En outre, l'utilisation d'un moyen de protection/contraception est souvent associée à la prostitution et à l'infidélité (Carbajal, 2007).

Ainsi, il n'est pas facile, pour beaucoup de migrantes et de migrants, de promouvoir/générer une discussion sur la SSR et sur les thématiques associées (préservatif, négociation, pilule d'urgence). Dans le cadre de ces ateliers, le fait que la promotion d'une telle discussion se fasse à travers des professionnels de la santé sexuelle comporte des avantages. Par peur d'être la cible de stigmatisation, le sujet serait difficilement amené par des femmes ou des hommes migrants. Cela pourrait comporter de risques d'étiquetage et le fait de se voir associé au libertinage, aux risques sexuels, etc. La présence d'une personne professionnelle externe et neutre qui anime les ateliers et encourage un dialogue sur les croyances, les expériences, les peurs et les connaissances existantes est bienvenue. Dans ce cadre, il s'agit pour les personnes migrantes *«d'en parler»*, ce qui constitue un premier pas vers la démystification de ce sujet et une ouverture pour

aborder le thème, pour entamer la discussion avec leurs partenaires et négocier des relations plus égalitaires, pour chercher des renseignements fiables et s'approcher des services de SSR.

2.3. AGIR SUR LES ASPECTS LIÉS À L'OFFRE ET AU CONSEIL CONTRACEPTIF

Il s'agit pour les professionnels de la santé qui animent ces ateliers (conseillère en PF et éducatrice/formatrice en santé sexuelle et reproductive) d'« aller à la rencontre des migrant-e-s » et de les approcher en tenant compte de leurs modes de vie, de leurs problématiques (liées à leur statut juridique, à leur manque de connaissance du réseau sanitaire, aux limitations économiques), de leurs expériences positives ou négatives avec le secteur médical, de leur méfiance vis-à-vis de certaines pratiques contraceptives, etc. Or ce rapprochement implique pour ces professionnels d'avoir une grande capacité de souplesse notamment en ce qui concerne l'organisation de ces ateliers. Ceux-ci peuvent se dérouler les soirs ou les week-ends et sont imprévisibles quant au nombre des personnes participantes (il pourrait y avoir 5 personnes, 12 ou 50). En outre, pour les conseillères en planning familial, centrée sur une approche individualisée (consultations individuelles), l'animation de groupe est un nouveau défi.

L'animation de ces ateliers implique pour ces professionnels de la santé sexuelle un travail de décentration et de prise de distance par rapport aux stéréotypes circulant vis-à-vis des migrants et migrantes et leur permet également d'enrichir leurs connaissances concernant cette population ainsi que de questionner leurs pratiques professionnelles, de les relativiser et de les adapter. En conséquence, la vision duelle entre « méthodes masculines » et « méthodes féminines » peut être remise en question. Celle-ci semble ne se baser que sur le critère concernant la personne qui utilise la méthode. Or si nous suivons l'analyse de Spencer (1999, p. 32) basée sur la classification de Diller et Hembree⁶, nous serons amenés à relativiser cette conception duale en intégrant d'autres critères dans la classification des méthodes : la personne initiant la méthode, la personne sur la physiologie de laquelle la méthode est censée agir et la personne dont le consentement est nécessaire pour le succès de la méthode⁷.

6. Voir L. Diller et W. Hembree (1977), « Male contraception and family planning: A social and historical review », *Modern Trends*, vol. 28, n° 12, p. 1271-1279.

7. Les spermicides, par exemple, sont une méthode « féminine » au regard du consentement, mais « masculine » en matière d'action physiologique.

Le préservatif est souvent désigné par le milieu professionnel (et aussi par le milieu migrant) comme étant le «préservatif masculin». La conception et la réalisation de ces ateliers ont soulevé de la part des professionnels de la santé sexuelle plusieurs questions : Un atelier sur le préservatif correspond-il aux besoins des femmes ? Est-il pertinent de parler de cette thématique lorsqu'on parle devant un groupe des femmes ? Ne serait-il pas mieux d'organiser un atelier sur la contraception ?

En outre, dans la mesure où le préservatif est associé aux situations à risque (moyen de protection contre le VIH/sida et les IST), son caractère contraceptif est largement occulté. Son utilisation est associée par les professionnels de la santé sexuelle aux nouvelles relations ou aux situations à risque. Ainsi, l'utilisation du préservatif est difficilement abordée dans le cas des couples dits «stables» (définis selon des critères tels que la durée, la consolidation de l'union par le mariage, la présence d'enfants). Or la stabilité ne signifie pas forcément fidélité.

CONCLUSION

Pour beaucoup de personnes migrantes, les réticences à traiter le sujet de la santé sexuelle sont encore grandes. Il n'est donc pas étonnant de se trouver devant un apparent manque d'intérêt de leur part. L'accès à la santé sexuelle et reproductive est en effet loin de représenter une priorité pour ces personnes. Dans des situations économiques ou statutaires précaires, leur vie quotidienne est ainsi dominée par les soucis du présent («vivre au jour le jour» ; Carbajal, 2004). En outre, la sexualité apparaît comme un tabou entouré de mystère et lié à la honte et au péché (Carbajal, 2007).

Dans ces circonstances, ces ateliers, dans la mesure où ils se déroulent en partenariat avec différentes associations ou institutions du réseau sociosanitaire vaudois, constituent un moyen efficace d'atteindre une partie de la population migrante en situation de vulnérabilité (nouvelles et nouveaux arrivants, celles et ceux qui ne maîtrisent pas la langue locale, celles et ceux qui n'ont pas de permis de séjour et qui, par peur, ne s'approcheraient pas des services de planning familial, etc.). En outre, en passant par ces instances «intermédiaires» qui jouissent de liens de confiance avec les femmes et hommes migrants, les professionnels de la santé se rapprochent de ces derniers, ce qui facilite la mise à disposition des informations, des adresses des institutions et services de santé, l'établissement des liens de confiance entre personnes migrantes et services de santé, le bouche à oreille, etc.

Ces ateliers permettent d'encourager une réflexion sur les représentations collectives des moyens de protection/contraception et sur les rôles attribués aux hommes et femmes dans le domaine de la sexualité et de la reproduction. Étant donné les rapports sociaux de sexe caractérisés par une situation de domination vis-à-vis de la femme, ces ateliers constituent des espaces d'*empowerment* pour les femmes et d'encouragement à la discussion et à la négociation entre les partenaires.

Ces ateliers permettent aux professionnels de la santé sexuelle de se remettre en question, de prendre de la distance par rapport à leurs pratiques professionnelles et d'adapter, si nécessaire, leur travail avec les personnes migrantes. Deux éléments méritent d'être pointés.

Premièrement, la question de l'adéquation de la méthode utilisée aux conditions de vie des personnes migrantes se pose. La diffusion de la norme contraceptive⁸ (celle de «la bonne contraception») a tracé une hiérarchisation des méthodes contraceptives; tandis que les méthodes «modernes» sont très valorisées par le corps médical, les méthodes dites naturelles ou traditionnelles sont dévalorisées par ces mêmes professionnels (Amsellen-Manguy, 2008). Lors du conseil contraceptif, la pilule, le préservatif et le stérilet représentent les méthodes les plus expliquées. L'information sur les autres méthodes n'est presque jamais développée lors des entretiens contraceptifs (Durand, Bajos et Ferrand, 2002). Il s'agit de s'intéresser davantage aux pratiques sexuelles des personnes migrantes et de prendre en compte non seulement les critères médicaux, mais aussi ceux d'ordre psychologique, sociologique et économique lors du conseil contraceptif.

Deuxièmement, les professionnels de la santé insistent sur la double protection: préservatif (protection contre les IST) et pilule (protection contre les grossesses non désirées). Ce message est-il adapté aux conditions de

8. Puisqu'il est possible, grâce à l'accès facile aux moyens de contraception efficaces, de dissocier sexualité et procréation, le droit à la contraception devient aussi un devoir, voire une «norme», une nouvelle «norme contraceptive». Cette nouvelle norme, en grande partie construite médicalement, se décline en une double modalité: le devoir de se «contracepter» si l'on ne veut pas d'enfant (en ayant recours aux méthodes efficaces que le corps médical propose) et la nécessité d'adapter sa contraception en fonction du cycle de vie (préservatif au début de la relation, pilule lorsque le couple se stabilise, stérilet lorsque la famille est constituée) (Bajos et Ferrand, 2006).

vie des migrants et migrantes, à leur situation économique, à leur situation juridique, etc. ? Ne faudrait-il pas réfléchir à d'autres messages (par exemple préservatif et pilule d'urgence – en cas d'oubli ou de mauvaise utilisation)⁹ ?

Enfin, nous tenons à indiquer que la réalisation de cette activité de prévention demande des ressources non seulement financières mais humaines. Elle exige également des compétences interculturelles, des capacités de décentration et de réflexivité, de la patience ainsi qu'une grande capacité d'adaptation de la part de professionnels de la santé sexuelle qui composent l'équipe d'animation. La question de la diversité d'origines socioculturelles mérite également d'être posée. Il est important que les espaces de réflexion se créent et se maintiennent et qu'ils se réalisent avec les responsables des associations/institutions du réseau sociosanitaire, des médiatrices et médiateurs interculturels. Ces espaces de réflexion s'avèrent nécessaires dans le domaine de migration et sexualité qui est à l'interface de différentes logiques : culture d'origine, genre, conditions de vie, religion.

BIBLIOGRAPHIE

- Ali, M. et J. Cleland (2005). « Sexual and reproductive behaviour among single women aged 15-24 in eight Latin American countries: A comparative analysis », *Social Science and Medicine*, vol. 60, p. 1175-1185.
- Amsellen-Mainguy, Y. (2008). « Les enjeux affectifs du choix d'une méthode contraceptive par les jeunes femmes », dans D. Le Gall (dir.), *Identités et genres de vie*, Paris, L'Harmattan, p. 185-198.
- Arroyo, J., J.J. Lévy, J. Otis et F. Pilote (1997). « Déterminants de l'usage du préservatif en milieu latino-américain », dans N. Chevalier, J. Otis, M.-P. Desaulniers (dir.), *Sida, jeunesse et prévention : au-delà du discours, des actions!*, Montréal, Éditions Logiques, p. 363-374.
- Bajos, N. et M. Bozon (dir.) (2008). *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, Éditions La Découverte.

9. À remarquer qu'il existe une grande méconnaissance autour de la pilule d'urgence. Dans le cadre de ces ateliers, certaines femmes, ne connaissant pas l'existence d'une telle pilule, l'associaient à la pilule contraceptive. D'autres qui en avaient entendu parler connaissaient vaguement certains aspects liés à l'utilisation de cette pilule, mais elles ne disposaient pas de toutes les informations (l'endroit où l'acheter, le prix ou autres indications). D'autres femmes encore associaient cette pilule à la pilule abortive et se montraient réticentes à son utilisation. La pilule d'urgence représente une solution pratique et de dépannage. Son coût financier (d'environ 25 francs) et émotionnel est moins lourd qu'une interruption de grossesse.

- Bajos, N. et M. Ferrand (2006). «L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative», *Sociétés contemporaines*, vol. 61, p. 91-118.
- Bajos, N., M. Ferrand et A. Andro (2008). «La sexualité à l'épreuve de l'égalité», dans N. Bajos et M. Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, p. 545-576.
- Bajos, N., M. Ferrand et D. Hassoun (2002). «Au risque de l'échec : la contraception au quotidien», dans N. Bajos, M. Ferrand et l'équipe de GINÉ (dir.), *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm, p. 33-78.
- Bajos, N., A. Guillaume et O. Kontula (dir.) (2004). «Le comportement des jeunes Européens face à la santé génésique», *Études démographiques*, n°42, Éditions du Conseil de l'Europe, p. 13-78.
- Balthasar, H. et B. Spencer (2008). *Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2007*, Université de Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, coll. «Raisons de santé», n° 145.
- Beltzer, N. et N. Bajos (2008). «De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles», dans N. Bajos et M. Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, p. 437-460.
- Carbajal, M. (2004). *Actrices de l'ombre. La réappropriation identitaire des femmes latino-américaines sans-papiers en Suisse*. Thèse de doctorat, Université de Fribourg.
- Carbajal, M. (2007). «Quand ce n'est pas le moment. Les interruptions volontaires de grossesse chez les femmes latino-américaines», dans C. Bolzman, M. Carbajal et G. Mainardi (dir.), *La Suisse au rythme latino. Dynamiques migratoires des Latino-Américains : logiques d'action, vie quotidienne, pistes d'interventions dans les domaines du social et de la santé*, Genève, IES, p. 247-276.
- Carbajal, M. et N. Pasquier (2006a). *Migration et Intimité. «Amélioration de l'information et de l'accessibilité à la contraception auprès des migrant-e-s». Bilan 2003-2006*, Lausanne, Fondation Profa.
- Carbajal, M. et N. Pasquier (2006b). *Ateliers de sensibilisation en matière de santé sexuelle et reproductive pour femmes et hommes migrants. Guide d'animation. Thème : préservatif, pilule d'urgence et négociation*, Lausanne, Fondation Profa.
- Carbajal, M. et N. Pasquier (2008). *Ateliers de sensibilisation en matière de santé sexuelle et reproductive pour femmes et hommes migrants. Guide d'animation. Contraception : une histoire à deux. Comment en parler et la choisir avec son/ sa partenaire*. Lausanne, Fondation Profa.
- Carbajal, M., N. Pasquier et J.-P. Cand (2008). *Migration et intimité. Information, prévention et formation dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive auprès des migrant-e-s. Bilan 2006-2008*, Lausanne, Fondation Profa et Point Fixe.

- Chant, S. (dir.) (1992). *Gender and Migration in Developing Countries*, Londres et New York, Belhaven Press.
- Chant, S. et S. Radcliffe (1992). «Migration and development: The importance of gender», dans S. Chant (dir.), *Gender and Migration in Developing Countries*, Londres et New York, Belhaven Press, p. 1-29.
- Chimienti, M., S. Cattacin, D. Efonayi, M. Niederberger et S. Losa (2001). *Migration et santé: priorités d'une stratégie d'intervention. Rapport de recherche*. Étude commandée par l'Office fédéral de la santé publique, Neuchâtel, Forum suisse pour l'étude des migrations.
- Cosío-Zavala, M.E. (2007). «Impact sur la fécondité des changements dans les rapports de genre. Le cas de l'Amérique latine», dans A. Adjamagbo, P. Msellati et P. Vimard (dir.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, p. 103-138.
- Durand, S., N. Bajos et M. Ferrand (2002). «Accès à la contraception et recours à l'IVG chez les jeunes femmes», dans N. Bajos, M. Ferrand et l'équipe de GINÉ (dir.), *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm, p. 249-302.
- Fuller, N. (1993). *Dilemas de la feminidad. Mujeres de clase media en el Perú*. Lima, Editorial Ponticia Universidad Católica del Perú.
- Gabadinho, A. et P. Wanner (2007). «Facteurs influant sur la santé des populations migrantes. Interactions entre la santé et le profil sociodémographique et migratoire: une analyse des données de l'enquête GMM – Synthèse des résultats», dans Office fédéral de la santé publique, *Qu'est-ce qu'on sait de la santé des populations migrantes? Les principaux résultats du «Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse»*, Berne, OFSP.
- Geldstein, R., G. Infesta Domínguez et N. Delpino (2000). «La salud reproductiva de las adolescentes frente al espejo: discursos y comportamientos de madres e hijas», dans E.-A. Pantelides et S. Bott (dir.), *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, p. 205-227.
- Giami, A. et B. Spencer (2004). «Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle: contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels», *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 52, p. 377-387.
- Kontula, O. (2004). «Tendances des comportements sexuels chez les adolescents: grossesses, maladies sexuellement transmissibles et infection par le VIH en Europe», dans N. Bajos, A. Guillaume et O. Kontula (dir.), *Le comportement des jeunes Européens face à la santé génésique*, vol. 1 (*Études démographiques*, n° 42), Éditions du Conseil de l'Europe, p. 79-139.
- Lagrange, H., B. Lhomond, M. Calvez, S. Levinson, F. Maillochon, A. Mogoutov et J. Warszawski (1997). *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*, Paris, La Découverte et Syros.
- Morris, L. (1994). «Sexual behavior of young adults in Latin America», *Advances in Population: Psychosocial Perspectives*, vol. 2, p. 231-252.

- Narring, F., A. Tschumper, L. Inderwildi Bonivento, A. Jeannin, V. Addor, A. Bütikofer, J.-C. Suris, C. Diserens, F. Alsaker et P.-A. Michaud (2002). *Santé et style de vie des adolescents âgés de 16 à 22 ans en Suisse (2002). SMASH Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health. Raison de santé, 95a*. Université de Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Necchi, S., M. Shufer et J. Méndez Ribas (2000). «Adolescentes de la ciudad de Buenos Aires: su paso hacia la vida sexual adulta», dans E.-A. Pantelides et S. Bott (dir.), *Reproducción, Salud y Sexualidad en América Latina*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, p. 247-257.
- Observatoire suisse de la santé (Obsan) (2008). *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008*, Résumé, Neuchâtel.
- Office fédéral de la santé publique (2002). *Migration et santé. Stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006*, Berne, p. 12-21.
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2007). *Statistiques des interruptions de grossesse (actualités OFS)*, Résultats 2005, Neuchâtel, OFS.
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2010). *Communiqué de presse. Statistique des interruptions de grossesse 2009*, Neuchâtel 16.06.2010. <http://plan-s.ch/IMG/pdf_Stat.IG_F.pdf>. Consulté le 17 septembre 2010.
- Perrin, É., A. Dupanloup, M. Berthoud, P. Dumont et F. Bianchi-Demicheli (2007). «Contrôle de la fécondité, avortement et contraception: la situation suisse», dans M.-B. Tahon (dir.), *Famille et rapport de sexe. Actes du 4^e Congrès international des recherches féministes dans la francophonie plurielle (t. 2)*, Montréal, Les Éditions du Remue-Ménage, p. 113-134.
- Pick de Weiss, S., P. Palos, J. Townsend et M. Givaudan (1994). «Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticonceptivos en adolescentes», *Salud Mental*, vol. 17, n° 1, p. 25-31.
- Rani, M., M.-E. Figueroa et R. Ainsle (2003). «The psychosocial context of young adult sexual behavior in Nicaragua: Looking through the gender lens», *International Family Planning*, vol. 29, n° 4, p. 174-181.
- Spencer, B. (1999). «La femme sans sexualité et l'homme irresponsable», *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 128, n° 1, p. 29-33.
- Turki, R., M. Ferrand et N. Bajos (2002). «Femmes migrantes ou issues de l'immigration maghrébine: un rapport spécifique à la contraception?», dans N. Bajos, M. Ferrand et l'équipe de GINÉ (dir.), *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm, p. 33-78.

ANNEXE**Programme****Atelier de sensibilisation et d'information sur la SSR pour femmes et hommes migrants
(durée prévue 2 h)**

Horaire	Thème/action	Durée	Remarques
	Présentation des intervenantes (Qui sommes-nous ?)	10'	Chacune se présente.
	Présentation des ateliers (Que sont ces ateliers ?)		Brève présentation de Profa.
	Règles (éteindre les <i>natels</i> [téléphones mobiles], respecter la confidentialité, le droit de dire et de non-dire, respecter la différence et y avoir droit)		Feuille où on indique les règles.
	Introduction à l'atelier (Pourquoi ces ateliers et quel est leur but ?)	10'	Lecture de 2 témoignages (grossesse et IST) afin d'introduire le sujet.
	Travail en groupe : « ici » et « là-bas », sur les thèmes suivants: Le préservatif et son utilisation Qu'est-ce qu'on entend ? Qu'est-ce qu'on dit ? Qu'est-ce que les hommes disent ? Qu'est-ce que les femmes disent ? La négociation autour de l'utilisation du préservatif Que faire si elle/il ne veut pas en mettre ? Qu'est-ce que les hommes disent ? Qu'est-ce que les femmes disent ? La pilule d'urgence Qu'est-ce qu'on entend ? Qu'est-ce qu'on dit ? Qu'est-ce que les hommes disent ? Qu'est-ce que les femmes disent ?	20'	Donner les directives (élire une personne pour faire la restitution en grand groupe, des consignes pour le travail – questions). Avoir les questions prêtes sur de grandes feuilles blanches. Les animatrices circulent autour des groupes.
	Restitution (par une personne du groupe) Synthèse	20'	Relever ce qui est difficile, positif et différent
	Discussion, jeux de rôles, transmission des messages : Le préservatif : pour quoi faire ? comment faire ?	20'	Il faut bien définir les idées qu'on veut que les participants retiennent (par exemple 3 idées/arguments pour négocier l'utilisation du préservatif).
	La négociation : « Mon/ma partenaire ne veut pas mettre un préservatif, que faire ? » Utilisation de « jeux de rôles » pour inciter et animer la discussion	20'	
	La pilule d'urgence : « Je n'étais pas protégée/ le préservatif s'est déchiré/ le préservatif a glissé, que faire ? »	20'	
	FIN		

P A R T I E

4

INFORMATIONS ET CONTRACEPTION

UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE DE LA CONTRACEPTION POSTNATALE DANS UN FORUM DE DISCUSSION QUÉBÉCOIS

Catherine de PIERREPONT

La période post-partum demande une adaptation psycho-socio-sexuelle des parents face aux nouvelles conditions familiales. Généralement, la première année post-partum voit une augmentation des conflits relationnels et sexuels qui peuvent affecter le bien-être du couple. On constate notamment une diminution des activités sexuelles attribuable à des facteurs d'ordre biologique, psychologique ou socioculturel (Olsson, Lundqvist et Faxelid, 2005 ; Pastore, Owens et Colleen, 2007 ; Adams *et al.*, 2006 ; Wyder, 2007 ; Ahlborg, Dahlöf et Hallberg, 2005 ; Connolly, Thorp et Pahal, 2005). Viennent s'ajouter les préoccupations quant à la contraception postnatale, considérée comme primordiale pour éviter une autre grossesse dans de courts délais, et dont la gestion se complexifie dans cette période agitée sur le plan sexuel et relationnel.

Bien qu'un besoin d'information et de soutien en matière de sexualité postnatale (incluant la contraception) soit nécessaire pour favoriser une saine sexualité dans les couples, la disponibilité des services reste limitée (Olsson, Lundqvist et Faxelid, 2005 ; Pastore, Owens et Colleen, 2007 ; Adams *et al.*, 2006 ; Wyder, 2007 ; Connolly, Thorp et Pahel, 2005). Les rencontres pré et postnatales offertes aux parents par les différents professionnels de la santé (médecin, infirmière, sage-femme) restent insuffisantes. Ces derniers sont même réticents à discuter de sexualité postnatale pour des raisons multiples : manque de connaissances, de pratique et d'expérience, inconfort, gêne et même indifférence. Enfin, les informations disponibles dans les divers dépliants, brochures et livres abordant la sexualité postnatale restent brèves ou incomplètes.

Dans leur recherche d'informations et de conseils en matière de sexualité postnatale, les parents peuvent maintenant avoir recours aux forums de discussion nationaux et internationaux présents sur Internet. Les forums, des groupes asynchrones permettant l'échange de messages textuels (Henri et Charlier, 2005 ; Fox, Ward et O'Rourke, 2005), sont également considérés comme une forme hybride de conversation (Marcoccia, 2004a et 2004b ; Bruchez, Del Rio Carral et Santiago-Delefosse, 2009). Ils constituent des documents numériques dynamiques (ce sont des conversations en processus) et collectifs (Marcoccia, 2001). Les forums permettent la communication, l'obtention et l'échange d'informations, de conseils, de soutien, des ressources, d'empathie et d'encouragements tout en favorisant le partage d'expériences et d'émotions et la création de réseaux de groupes ou de communautés d'échange et de soutien (Henri et Charlier, 2005 ; Hirt, 2005 ; Paganelli *et al.*, 2008 ; Bruchez, Del Rio Carral et Santiago-Delefosse, 2009 ; Aubé et Thoër, 2010 ; Thoër et de Pierrepont, 2009).

Ces multiples rôles des forums ont déjà été démontrés en matière de santé générale, sexuelle et contraceptive. L'étude de Aubé et Thoër (2010) sur la construction des savoirs relatifs aux médicaments amaigrissants utilisés sans supervision médicale, à partir de l'analyse des discussions dans un forum, indique que celui-ci servait à la fois d'espace d'information, d'échange (surtout d'expériences) et de soutien. Quant à l'étude de Thoër et de Pierrepont (2009) portant sur la ménopause, l'ostéoporose et leur traitement (particulièrement l'hormonothérapie) abordés dans un forum, elle montre aussi qu'il constitue une source d'information, d'échange, de solidarité, de soutien et d'encouragement mutuel entre les femmes concernées. On retrouve ces mêmes fonctions dans un site sur la sexualité post-partum fréquentée par les nouveaux parents (De Pierrepont, 2010).

Bien que les études sur la santé contraceptive dans les forums soient encore peu nombreuses, des fonctions similaires sont rapportées. Bruchez, Del Rio Carral et Santiago-Delefosse (2009) montrent ainsi que les femmes qui déplorent des lacunes dans les sources d'informations officielles se tournent vers leur entourage et vers les sites Internet de santé pour trouver des renseignements complémentaires. La participation aux forums de discussion en ligne, sur le site Doctissimo, dans le cadre de leur étude, constitue alors une voie alternative qui permet l'acquisition et la confrontation des savoirs contraceptifs chez les femmes internautes. Hervier (2009) en arrive aux mêmes conclusions, après l'analyse du forum du site Filsantéjeunes.com pour les adolescents de 12 à 25 ans. Dans cet espace d'expression, d'échange, de soutien et d'interaction en matière de santé, 12,3 % des messages du forum, en 2008, portaient sur la contraception.

Dans la perspective ouverte par ces travaux, l'objectif de cette étude est de cerner les préoccupations contraceptives postnatales d'internautes québécois à partir d'une analyse thématique des messages abordant cette question dans un forum d'un site québécois.

1. LA MÉTHODOLOGIE

1.1. LA PRÉSENTATION DU SITE

Le site québécois choisi pour cette étude est «Mamanpourlavie», lancé en avril 2004 et géré par des mères québécoises. L'équipe actuelle est composée de parents, de collaborateurs et de divers professionnels de la santé (périnatalité, naturopathie, criminologie). La participation de partenaires au contenu du site contribue à la crédibilité des informations transmises : associations québécoises des troubles d'apprentissage, des optométristes et des allergies alimentaires, Conseil canadien sur l'apprentissage, Hôpital de Montréal pour les enfants, PasseportSanté.net.

Comme le présente Mamanpourlavie.com, ce site s'annonce comme la référence des parents actuels et futurs pour tout ce qui concerne la grossesse, la maternité et la vie en famille. Sa mission est d'informer, de conseiller et de rassurer les couples en matière de grossesse et de vie de famille, en abordant une multiplicité de sujets, de l'alimentation à la vie scolaire, en passant par le couple et sa sexualité, la mode et la beauté, les finances familiales et la vie en famille. Le site regroupe des articles, des outils, des sections comprenant des vidéos et il héberge un forum comportant 12 sous-catégories.

Cette dernière section contient une charte explicite des règles à suivre et un guide d'utilisation du forum, incluant l'usage d'un français correct, le respect de la diversité des opinions et des droits d'auteur.

1.2. LE CORPUS

Afin de constituer un corpus d'analyse, une recherche exhaustive a été effectuée dans la section forum, à la sous-section «Le coin des parents» dont le sujet portait sur «Couple et sexualité: père, mère, conjoint(e)... le couple derrière la famille et son intimité!» (l'un des trois sujets proposés). Ce dossier comprenait 296 sujets, 5 713 messages et 15 pages de forums listés. Tout le dossier a été lu et on en a extrait, en janvier 2010, tous les forums abordant la contraception postnatale.

Le corpus final contient 43 forums (75 pages de forums standardisés) totalisant 346 messages qui s'étendent de décembre 2007 à janvier 2010. La moyenne de réponses par message est de 7 (étendue de 1 à 24) et la moyenne du nombre de fois que le message a été vu/lu est de 873 (étendue de 108 à 9 540).

1.3. L'ANALYSE THÉMATIQUE

L'analyse thématique a été développée en deux étapes. D'abord, l'utilisation de Sémato, un logiciel Web d'assistance sémantique à la catégorisation et à l'exploration des données textuelles développé par des chercheurs de l'Université du Québec à Montréal (Plante, Dumas et Plante, s. d.), a permis une première génération automatique de thèmes pour dégager les principaux lexiques et les thèmes du corpus. Pour mener une telle analyse préliminaire, les données brutes ont été standardisées de la façon suivante: standardisation des marges, interlignes et police; suppression des émoticônes, photos, banderoles, dates et heures et création parallèle de tableaux d'identification des forums et des internautes pour éviter de perdre de telles données révélatrices sur l'univers du forum; correction du français.

Les thèmes ont par la suite été codifiés et modifiés manuellement de façon plus détaillée pour assurer l'étanchéité et la validité des thèmes ainsi que pour dégager le sens exact des extraits liés à chaque thème. Les thèmes ont finalement été classés par ordre d'importance pour qu'on saisisse mieux la hiérarchie des besoins et des questionnements des parents internautes en matière de santé contraceptive postnatale.

1.4. LE PROFIL DES INTERNAUTES

Le corpus final comptait 177 internautes, dont 176 femmes et un homme. Les internautes présents sont intervenus de 1 à 11 fois dans les différentes discussions, la plupart (103) se contentant d'une seule intervention, alors que 49 internautes ont participé à plus d'un forum : 24 ont participé à 2 forums, 15 à 3, 6 à 4, 2 à 5 et 2 à 6 forums.

En ce qui concerne les caractéristiques optionnelles que les internautes pouvaient indiquer, elles sont incomplètes dans la plupart des cas et ont demandé une analyse simultanée de tous les éléments présents (photographies, textes, signatures, banderoles) sur les forums pour être déterminées. Les internautes auraient ainsi entre 1 et 5 enfants, âgés de 5 semaines à 13 ans ; 92 ont 1 enfant, 47 en ont 2, 10 en ont 3, 4 en ont 4, un en a 5, 23 n'ont pas indiqué le nombre et 25 disent être enceintes. Seulement 4 femmes ont précisé leur relation de couple, 8 ont indiqué leur âge, 27 femmes disent allaiter ou avoir déjà allaité et 4 femmes ont mentionné leur profession. Quant à la ville de résidence, 48 ne l'ont pas signalée, 2 internautes ne sont pas au Québec actuellement (Ontario et Floride) et les 127 autres viennent de partout au Québec, de Montréal à la Gaspésie, en passant par l'Outaouais et la Côte-Nord. Enfin, 97 des internautes accompagnent leur message d'une photographie présentant un ou plusieurs enfants.

2. LES RÉSULTATS

Dans l'ensemble, la contraception post-partum soulève une inquiétude générale : « *D'une maman un peu inquiète.* » (f14) ; « *Et là, en parano que je suis, je m'inquiète...* » (f20) ; « *Devrais-je commencer à m'inquiéter ?* » (f33) ; « *Mais j'ai de plus en plus peur...* » (f43). De ce fait, elle devient prioritaire dans les discussions.

2.1. LA PILULE ET LE STÉRILET

Les deux contraceptifs les plus discutés sont la pilule (17 forums) et le stérilet (15 forums), soit 32 forums sur 43. Des références à d'autres contraceptifs peuvent y être insérées, mais le fil conducteur des échanges renvoie à ces deux moyens contraceptifs principaux.

2.1.1. La pilule

La pilule, qu'elle soit normale ou mini (Micronor), soulève de nombreuses discussions entrecoupées de questionnements et d'expériences partagées. Le fonctionnement et l'efficacité de ce moyen contraceptif sont un sujet qui retient l'attention de plusieurs internautes et plusieurs catégories de préoccupations peuvent être décelées. Les femmes s'interrogent et expriment une anxiété d'abord quant à l'efficacité liée à la prise de la pilule en fonction de l'heure: «*La seule affaire qui m'énerve avec cette pilule-là, c'est qu'on doit la prendre à heure fixe*» (f04); «*Hum, moi je suis sur Micronor et ce que le médecin m'a dit c'est que cette pilule fonctionne juste si tu la prends exactement à la même heure à tous les soirs*» (f20). Elles se demandent également quel est le temps nécessaire à la pilule pour être efficace après le début de sa prise: «*J'aimerais savoir si certaines d'entre vous savez après le début des pilules l'efficacité prend combien de temps*» (f14). Les réponses sont générales du style «*Habituellement la pilule est efficace après un mois*» (f14).

Le temps d'attente pour redevenir enceinte après l'arrêt des pilules est aussi un enjeu important pour les femmes, comme le montrent les extraits suivants: «*Est-ce vrai que ça peut prendre vraiment longtemps après la pilule?*» (f07); «*C'est un mythe que c'est plus long. On recommande d'attendre 3 mois pour une meilleure ovulation... moi ça a pris 2 cycles, alors tout est possible... il paraît que c'est plus rapide pour bébé 2 mais je ne suis pas rendue là*» (f07); «*J'ai lu quelque part (je sais plus où, donc je ne sais pas si c'est de source 100% fiable) que le premier mois après l'arrêt de la pilule on est très fertile et que ça redescend pour finalement se stabiliser environ 18 mois après*» (f07). Les informations partagées restent vagues et sans source fiable, et l'inquiétude demeure.

La question de la grossesse pendant la prise de la pilule est également un enjeu contraceptif central pour les femmes, bien qu'encore une fois les informations transmises restent vagues ou anecdotiques. Les extraits suivants vont dans ce sens: «*Une amie est quant à elle tombée enceinte avec la pilule*» (f13); «*J'ai entendu aussi que certaines filles sont tombées enceintes en prenant cette pilule mais ça reste des oui-dire!*» (f14); «*Le docteur m'a dit que 3 femmes sur 5 tombent enceintes avec cette pilule, donc vérifie de ce côté*» (f20). Plusieurs indiquent aussi depuis quand elles prennent la pilule: «*Moi, j'ai pris la pilule pendant 20 ANS!!!*» (f07);

«*J'ai eu mon bébé le premier octobre dernier et j'ai commencé à prendre la pilule Alesse début février*» (f10); «*Moi aussi ça fait 2 mois que je prends la pilule!*» (f27).

Tout comme dans le cas du stérilet, les effets secondaires de la pilule sont largement discutés entre les femmes, qui s'interrogent sur leurs causes et leurs répercussions, tout en confiant leurs expériences et leurs réactions personnelles. Quatre effets secondaires principaux sont soulevés en lien avec la prise de la pilule : certains sont liés à la libido : «*Moi, je prenais la pilule depuis 10 ans et j'ai réalisé que j'ai eu une augmentation du désir quand je l'ai enfin arrêtée pour tomber enceinte*» (f01); «*Pour moi, la pilule c'est zéro libido!*» (f24); d'autres à la prise de poids : «*J'avais déjà lu que ça pouvait nous faire prendre du poids à cause des hormones, comme la pilule*» (f25); «*On sait qu'un des effets secondaires de la pilule est justement la prise de poids*» (f35); d'autres aux nausées : «*La pilule me donnait aussi la nausée en début de cycle...*» (f34); d'autres enfin aux menstruations : «*L'effet secondaire le plus commun des pilules à base de progestatif seul est un changement des saignements menstruels*» (f04); «*Est-ce normal que le premier mois quand on recommence la pilule, on ait du spotting avant les menstruations?*» (f10).

Des participantes rapportent aussi des expériences négatives liées à la prise de la pilule, notamment des cas d'intolérance et des oublis : «*J'avais beaucoup de craintes car je suis intolérante à la pilule*» (f34); «*La pilule, je l'oublie tout le temps...*» (f21); «*J'étais sur la pilule avant et j'en oubliais pas mal*» (f34); «*C'était un peu miraculeux pour moi, étant une oublieuse de pilules*» (f42).

Enfin, les internautes discutent fréquemment des répercussions de la prise de la pilule sur la qualité de l'allaitement, ce qui peut avoir un impact direct sur le choix de la méthode contraceptive utilisée : «*Prendre la pilule pendant l'allaitement est une situation particulière, ils n'en parlent pas beaucoup dans la monographie...*» (f04); «*Tant que tu lui donneras le sein, continue le Micronor car la pilule normale se transmet dans ton lait et n'est pas bonne pour bébé*» (f17). Cet accent mis sur l'allaitement et les contraceptifs est aussi présent dans des discussions portant sur d'autres moyens contraceptifs hormonaux. La contraception doit être choisie en fonction de l'allaitement et les contre-indications de certains contraceptifs contenant des hormones sur l'allaitement sont discutées : «*Toute contraception chimique (pilule ou stérilet Miréna) peut avoir un impact sur ton allaitement*» (f23).

2.1.2. Le stérilet

La pose et le retrait du stérilet représentent deux enjeux pour les femmes, qui expriment des peurs et des interrogations sur la douleur liées aux deux interventions : « *Est-ce douloureux la pose d'un stérilet ?* » (f41) ; « *Stérilet Miréna, j'aimerais savoir est-ce que ça fait mal se faire enlever le stérilet ?* » (f06) ; « *J'ai vraiment PEUR de me faire poser le stérilet* » (f07). Les expériences sont également partagées en matière de pose et de retrait, déjà effectués ou à venir, du stérilet et leurs raisons : « *Salut, moi je me suis fait poser un stérilet Miréna il y a presque un an et je n'ai absolument rien senti* » (f41) ; « *J'ai fait retirer mon stérilet car je voulais avoir un autre enfant* » (f13) ; « *Bonjour, je suis une maman d'un petit garçon de 8 mois et dans 2 semaines je vais me faire poser le stérilet Miréna* » (f13).

Les expériences positives et négatives des internautes liées au stérilet sont largement partagées dans les forums. Certaines femmes ne vivent aucun problème avec le stérilet : « *J'ai eu un stérilet avant de tomber enceinte et je n'ai rien de négatif à dire* » (f13) ; « *Ma mère et ma sœur ont ce stérilet aussi et elles n'ont aucun effet secondaire non plus...* » (f34). D'autres, à l'opposé, ont vécu un inconfort ou une douleur, et un cas de rejet est même signalé : « *Comme si le stérilet me "grattait" l'intérieur de l'utérus et me faisait saigner* » (f02) ; « *Moi je suis une des seules au Québec à avoir fait un rejet dans les 36 heures suite à la pose du stérilet* » (f13). Les effets secondaires du stérilet sur la libido, le poids et les menstruations sont également au centre de discussions qui s'accompagnent d'un partage d'expériences : « *Je sais que pour le stérilet ça m'a mis la libido à zéro, mais la pilule ne m'a jamais fait ça* » (f01) ; « *Le stérilet Miréna, depuis que je l'ai, ma libido fait les montagnes russes...* » (f02) ; « *J'ai pris au moins 10 livres avec le stérilet, si ce n'est pas plus!!!* » (f02) ; « *Ce stérilet peut donner un peu plus de saignements pendant les menstruations* » (f39). Certaines rapportent aussi plusieurs effets indésirables concomitants qui les ont amenées à renoncer à cette méthode : « *Salut, personnellement, j'ai détesté ce stérilet... j'ai demandé qu'on me le retire après presque un an car j'avais toujours des règles abondantes, des sautes d'humeur pas très plaisantes pour mon chum, des lourdeurs dans le ventre, des maux de tête... bref, la totale des effets secondaires* » (f02).

Dans certains cas, sans même avoir utilisé un stérilet, des femmes en ont une opinion négative après avoir entendu des commentaires négatifs liés à son utilisation : « *Salut, mon garçon a 14 mois et j'ai le stérilet Miréna... moi aussi j'ai entendu plein de trucs mauvais sur ce stérilet...* » (f13).

La fiabilité du stérilet de cette marque particulière est aussi soulevée, ce qui déclenche une réponse précisant son mode de fonctionnement : «*Depuis le mois de novembre que j'ai Miréna et je me demande si nous pouvons tomber enceintes avec le stérilet...*» (f31); «*Salut toi. En fait, Miréna est un stérilet qui dégage des hormones, donc il y a très peu de chances de tomber enceinte lorsqu'on le porte, car il agit mécaniquement et chimiquement*» (f31).

Enfin, les femmes attendent des conseils et des informations de leurs pairs pour orienter leur décision et se demandent quel modèle de stérilet choisir : «*J'ai pensé au stérilet, mais je ne connais pas grand-chose là-dessus*» (f02); «*J'attends vos bons ou mauvais commentaires... il me reste une semaine pour choisir entre Miréna ou un stérilet en cuivre*» (f34); «*J'aimerais savoir quelle est la différence entre le stérilet avec et sans hormones!*» (f39); «*Stérilet Miréna ou Nova-T?*» (f16). En réponse à ces questions, des indications précises sont données : «*Moi aussi j'ai pris le stérilet Nova-T, principalement parce que je n'aimais pas vraiment l'idée d'avoir des hormones et de ne plus avoir de menstruations*» (f16). D'autres restent cependant dans le vague : «*Je lui ai parlé pour le stérilet, alors elle me l'a prescrit*» (f02).

2.1.3. Les autres moyens contraceptifs

D'autres moyens contraceptifs sont également mentionnés par les internautes de Mamanpourlavie. Bien qu'ils restent peu discutés dans l'ensemble, ils constituent tout de même une proportion significative des échanges (11 des 43 fils de discussion de départ) et ils s'insèrent dans de nombreux autres forums portant principalement sur la pilule et le stérilet, où ils sont suggérés comme des options.

Les condoms soulèvent des réactions contradictoires, allant de son adoption à son rejet, comme le démontrent les deux extraits suivants : «*Alors mon chum et moi avons opté pour le condom seulement*» (f08); «*Il me reste donc le condom (eurk!)...*» (f25). Le Nuvaring, un anneau vaginal, est également un contraceptif choisi par quelques femmes dont les effets secondaires sur la santé et l'allaitement sont soulevés : «*J'ai finalement opté pour le Nuvaring*» (f02); «*La Nuvaring donne des vaginites*» (f25); «*Nuvaring peut briser la production ou qualité de mon lait*» (f03).

Pour ce qui est du timbre Evra, parfois appelé tout simplement *patch*, il est mentionné par quelques internautes, mais ce sont ses effets secondaires qui sont relevés sans qu'on soit toujours précis : «*Les patchs*

Evra ça pique et ce n'est pas gracieux l'été avec le bronzage» (f25); «**ATTENTION**: Des effets indésirables importants rapportés avec le timbre contraceptif Evra» (f42). Le même discours est tenu à l'égard du Dépo-Provera au sujet de ses effets secondaires: «*Avant, je prenais le Dépo-Provera, mais j'avais tout le temps des bouffées de chaleur...*» (f25); «*Car j'ai le Dépo-Provera durant quelques mois et ce fut catastrophique*» (f34).

L'abstinence est soulevée par quelques femmes, mais cette méthode contraceptive est rejetée: «*[...] l'abstinence (non merci!)...*» (f25); «*[...] Il fallait que je trouve une autre solution que l'abstinence!*» (f41). La méthode de l'allaitement naturel, pour sa part, est considérée comme une solution possible, mais elle reste déconseillée dans la plupart des cas à cause de sa faillibilité: «*Se fier uniquement sur l'allaitement n'est pas vraiment un bon moyen de contraception. Il n'y a aucune garantie que ça fonctionne dans ton cas et il y a des risques de grossesses rapprochées quand même*» (f03). Si le recours aux méthodes naturelles de contraception est soulevé par des internautes, il est aussi considéré par la plupart des femmes comme risqué: «*Alors il y a les méthodes naturelles qui marchent si on est prudent!*» (f02); «*C'est sûr que les méthodes naturelles restent toujours le meilleur moyen de contraception, mais le problème c'est que je ne suis pas régulière, donc c'est trop risqué je crois*» (f02).

Les deux derniers moyens de contraception discutés sont la vasectomie et la ligature des trompes, deux méthodes permanentes envisagées par plusieurs. La procédure chirurgicale et l'irréversibilité, qui demande réflexion, sont les deux thèmes soulevés: «*Surtout que c'est une opération qui prend quelques minutes seulement*» (f15); «*La chirurgie – 2 petits trous sur le pubis et 2 dans le nombril*» (f32); «*Vu que c'est une opération qui est difficilement réversible, tu dois être certaine de ta décision*» (f32). Plus particulièrement, le forum 11, qui porte sur la vasectomie, a été lancé par le seul homme présent dans les forums étudiés. Ce forum contient 12 messages en tout et regroupe 8 internautes. L'homme y fait de son expérience puis incite les femmes à parler à leur conjoint de cette procédure: «*Vasectomie, pourquoi ce moyen de contraception sans effets secondaires est-il si peu utilisé par les hommes? À 37 ans, après une déchirure de capote j'ai proposé à ma femme de me faire couper et, surprise, elle attendait ça depuis la naissance de notre fille. Alors mesdames osez en parler à vos hommes; les mentalités ont changé*» (f11). Ce simple post a

soulevé des réponses très partagées au sujet de la vasectomie qui reste une méthode controversée : deux femmes ont affirmé que leur conjoint refusait catégoriquement la vasectomie et le même nombre disaient que leur conjoint l'avait proposée d'emblée et prévoyait se faire opérer sous peu ; deux femmes rapportaient que leur mari approuvait cette opération et l'avait réalisée alors que dans le cas d'une femme, l'époux la refusait au départ pour s'y rallier par la suite.

2.1.4. Les références biomédicales et expérientielles

La contraception postnatale reste un domaine de santé encore fortement médicalisé et le lexique utilisé dans les forums est d'abord technique et biomédical. Des informations médicales sont transmises et partagées et les professionnels de la santé jouent un rôle clé dans la gestion contraceptive des nouveaux parents. En effet, 110 extraits concernent ou font référence à des spécialistes divers, comme les médecins, les gynécologues, les pharmaciens ou pharmaciennes, les infirmières et les psychologues. Les internautes discutent ainsi de contraception selon trois modalités : ils rapportent ce que les professionnels disent ou non de la contraception, les éléments qu'ils ont recommandés, prescrits et conseillés ou au sujet desquels ils ont prévenu leurs clients ; ils conseillent aux autres participants de s'informer auprès d'eux, de les consulter et de parler de leurs préoccupations avec eux ; ils peuvent témoigner de leur expérience, positive ou négative, avec le professionnel en question. En somme, les professionnels de la santé restent la référence première de nombreux internautes, qui n'hésitent pas à partager avec leurs pairs les positions de l'autorité médicale.

Toutefois, l'importante présence de témoignages et d'expériences personnelles et intimes des internautes, traduites dans un lexique plus expérientiel et populaire, fait appel à des émotions et à des sensations. Ce lexique vient contrebalancer le discours biomédical sur les forums, donnant ainsi un ton plus intime aux propos. Les échanges comprennent également un partage d'informations entre pairs qui sont parfois vagues, anecdotiques ou sans référence. C'est à partir de ce discours à la fois médical et expérientiel populaire que les internautes, en quête d'information et de soutien, devront alors se faire une opinion personnelle qui pourra orienter leurs décisions en matière de contraception.

3. UNE DISCUSSION

L'exploration, l'analyse et la documentation de 43 forums sur la contraception discutée sur le site Mamanpourlavie.com permettent de cerner les préoccupations contraceptives d'internautes québécois qui s'interrogent sur les stratégies à adopter dans les conditions postnatales, particulièrement quant aux enjeux liés à l'allaitement. La prévention d'une grossesse non désirée ou rapprochée dans la période post-partum (pouvant entraîner morbidité, mortalité périnatale, prématurité, retard de croissance utérin et petit poids à la naissance) demande ainsi une réflexion de nature à corroborer les résultats d'autres recherches sur ce sujet (Robin *et al.*, 2008; Fanello *et al.*, 2007; CPAV, 2005; Masexualité.ca, 2006). La pilule et le stérilet, qui restent les contraceptifs les plus souhaités et les plus utilisés par les femmes québécoises depuis une décennie, restent privilégiés durant la période du post-partum, et leurs avantages et leurs inconvénients, en particulier quant aux effets indésirables, sont les plus discutés.

L'accès à des ressources d'information est facilité par l'organisation de forums qui rassemblent des internautes géographiquement éloignés les uns des autres autour d'un même intérêt dans un lieu commun de rencontre accessible, dans un réseau virtuel. Celui-ci constitue un moyen de compenser un manque d'informations et de soutien réel, en provenance des sources habituelles et notamment de la part des professionnels en périnatalité dans le cas de la contraception, une lacune constatée aussi dans d'autres contextes, comme l'ont souligné Bruchez, Del Rio Carral et Santiago-Delefosse (2009).

Ces forums contribuent à des interactions et des échanges et rassemblent très majoritairement des femmes autour de mêmes préoccupations, portant ici sur la contraception post-partum. Ce biais de genre rejoint l'étude de Bruchez, Del Rio Carral et Santiago-Delefosse (2009), qui rapportent aussi la présence presque exclusivement féminine dans les forums sur la contraception qu'elles ont étudiés. La gestion contraceptive reste donc de la responsabilité des femmes qui y portent plus attention, ce qui rejoint les conclusions de recherches sociologiques comme celle de Giami et Spencer (2004), qui notent que « [l]a pilule a eu pour effet de libérer efficacement l'activité sexuelle des contraintes procréatives. Mais la principale nouveauté de la pilule a été de placer durablement la responsabilité et la pratique de la contraception sous le contrôle des femmes, à tel point que l'on parle désormais de l'irresponsabilité des hommes en ce domaine » (p. 380). La présence simultanée de primipares, légèrement plus nombreuses, et de multipares dans les mêmes forums suggère que le partage

d'informations et de soutien se poursuit même après la naissance d'un premier enfant. Les primipares viennent ainsi chercher conseil et soutien auprès d'autres femmes qui se posent les mêmes questions ou qui, plus expérimentées, participent aux débats et les animent. Cette transmission horizontale des savoirs entre pairs favorise donc la circulation des savoirs et des expériences (Gire, 2003).

La complémentarité du discours biomédical et du discours populaire est évidente, ce qui rejoint les conclusions de plusieurs études sur les forums en lien avec la santé et la santé sexuelle (Paganelli *et al.*, 2008 ; Aubé et Thoër, 2010 ; Thoër et de Pierrepont, 2009 ; De Pierrepont, 2010). Ce double discours semble nécessaire pour combler à la fois le manque d'information et le manque de soutien entre pairs. Toutefois, la validité des informations partagées n'est pas toujours assurée et il reste à voir comment celles-ci orientent pratiquement les décisions contraceptives prises par les femmes à la suite de ces transactions en ligne.

CONCLUSION

Les forums québécois que nous avons analysés nous ont laissé voir les préoccupations, les questionnements et les expériences de parents, primipares et multipares, qui tentent de gérer leurs stratégies contraceptives en période post-partum. Les internautes font ainsi appel aux savoirs experts et populaires de leurs pairs, dans la très grande majorité des femmes, qui deviennent alors des ressources essentielles dans ce processus et partagent leurs expériences et leurs avis, tout en prodiguant un soutien. Les références d'ordre biomédical populaire et expérientiel se croisent dans ces forums pour nourrir les échanges portant sur les avantages et les inconvénients des différentes méthodes contraceptives, en particulier la pilule et le stérilet, alors que les autres moyens, tout en étant mentionnés, font l'objet d'un traitement plus superficiel. Les effets secondaires retiennent en particulier l'attention et les avis font référence aux différents intervenants en santé. La validité des informations transmises reste cependant douteuse et les sources citées limitées. Ces résultats indiquent qu'il est nécessaire d'informer davantage les parents en période prénatale et postnatale sur les questions de contraception afin qu'ils puissent faire un choix éclairé parmi les divers moyens offerts. Parallèlement, les professionnels en santé qui les suivent doivent tenir davantage compte de leur histoire contraceptive, de leurs problèmes, de leur état postnatal, de leur mode de vie, de leur

sexualité et de leur statut d'allaitement. Le choix d'un contraceptif, en période postnatale, est une question complexe, mais primordiale, et nécessite une attention particulière, comme le suggèrent les données recueillies sur les forums. Il conviendrait de les analyser de façon plus détaillée en précisant les rapports de pouvoir et les statuts d'experts parmi les internautes, notamment en fonction de la parité. Cette étude indique que les sites Internet peuvent contribuer à des interventions plus structurées dans le domaine de la santé contraceptive en tant qu'espace de construction des savoirs liés à ces enjeux cruciaux dans le monde contemporain.

BIBLIOGRAPHIE

- Adams, L.G., A.J. Harper, E.P. Johnson et D.C. Cobia (2006). «New mothers and sexual intimacy: An existential framework for counselling», *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, vol. 14, n° 4, p. 424-429.
- Ahlborg, T., L.-G. Dahlöf et R.-M. L. Hallberg (2005). «Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents six months after delivery», *The Journal of Sex Research*, vol. 42, n° 2, p. 167-174.
- Aubé, S. et C. Thoër (2010). «La construction des savoirs relatifs aux médicaments sur Internet: étude exploratoire d'un forum sur les produits amaigrissants utilisés sans supervision médicale», dans L. Renaud (dir.), *Les médias et la santé: de l'émergence à l'appropriation des normes sociales*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 239-266.
- Bruchez, C., M. Del Rio Carral et M. Santiago-Delefosse (2009). «Co-construction des savoirs autour des contraceptifs dans les forums de discussion Internet», dans C. Thoër, B. Lebouché, J.J. Lévy et V. Sironi (dir.), *Médias, médicaments et espace public*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 245-272.
- Communauté périnatale de l'agglomération versaillaise – CPAV (2005). «Contraception du post-partum», 10 p. <<http://www.docstoc.com/docs/27032802/CONTRACEPTION-DU-POST-PARTUM/>>.
- Connolly, A.M., J. Thorp et L. Pahal (2005). «Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: A longitudinal prospective study», *International Urogynecology Journal*, vol. 16, p. 263-267.
- De Pierrepont, C. (2010). «La sexualité post-partum dans les fora internet: socialisation et transmission des savoirs», *Civilisations*, vol. 59, n° 1, p. 109-127.
- Fanello, S., V. Parat-Pateu, C. Dagonne, H. Hitoto, J. Collet, T. Routiot, C. Baron et A. Fournié (2007). «La contraception du post-partum: les recommandations médicales, le point de vue des femmes», *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 36, p. 369-374.

- Fox, N., K. Ward et A. O'Rourke (2005). «Pro-anorexia weight-loss drugs and the Internet: An "anti-recovery" explanatory model of anorexia», *Sociology of Health & Illness*, vol. 27, n° 7, p. 944-971.
- Giami, A. et B. Spencer (2004). «Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle: contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels», *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 52, p. 377-387.
- Gire, P. (2003). «Épistémologie du concept de transmission», dans C. Rodet (dir.), *La transmission dans la famille: secrets, fictions et idéaux*, Paris, L'Harmattan, p. 19-24.
- Henri, F. et B. Charlier (2005). «L'analyse des forums de discussion: pour sortir de l'impasse», dans M. Sidir et al. (dir.), *Symposium, formation et nouveaux instruments de communication*, Amiens. <http://www.dep.u-picardie.fr/sidir/articles/henri_charlier.htm>.
- Hervier, D. (2009). «Le rôle des espaces d'expression internet proposés par Fil Santé Jeunes dans la prévention», *Santé publique. Internet et santé publique: pratiques, expériences et enjeux*, hors série 2, p. 75-87.
- Hirt, C. (2005). *La baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement: analyse de la construction d'un problème social*. Mémoire de licence en ethnologie, Neuchâtel, Université de Neuchâtel, Faculté des lettres et sciences humaines.
- Mamanpourlavie.com (2010). *Mamanpourlavie.com. Ma famille. Ma réalité. Ma communauté*. <<http://www.mamanpourlavie.com/>>.
- Marcoccia, M. (2001). «L'animation d'un espace numérique de discussion: l'exemple des forums usenet», *Document numérique*, vol. 5, n°s 3-4, p. 11-26.
- Marcoccia, M. (2004a). «L'analyse conversationnelle des forums de discussion: questionnements méthodologiques», dans F. Mourlhon-Dallies, F. Rakotonoe-lina et S. Reboul-Touré (dir.), *Les discours de l'internet: nouveaux corpus, nouveaux modèles?*, Paris, Presses Sorbonne Nouvelle, p. 23-28.
- Marcoccia, M. (2004b). «On-line polylogues: Conversation structure and participation framework in internet newsgroups», *Journal of Pragmatics*, vol. 36, p. 115-145.
- Masexualité.ca (2006). *Contraception. Les relations sexuelles après l'arrivée de bébé*. <<http://www.sexualityandu.ca/parents/la-contraception-6-5.aspx>>.
- Olsson, A., M. Lundqvist et E. Faxelid (2005). «Women's thoughts about sexual life after childbirth: Focus group discussions with women after childbirth», *Scandinavian Journal of Caring Science*, vol. 19, p. 381-387.
- Paganelli, C., V. Clavier, M.C. Manes-Gallo, E. Mounier, H. Romeyer et A. Staii (2008). «Web participatif et santé: de nouveaux rapports à l'information?» Communication présentée au 76^e congrès annuel de l'Association francophone du savoir, Québec, 6-7 mai 2008.

- Pastore, L., A. Owens et L. Colleen (2007). «Postpartum sexuality concerns among first-time parents from one U.S. academic hospital», *Journal of Sexual Medicine*, vol. 4, n° 1, p. 115-123.
- Plante, P., L. Dumas et A. Plante (s. d.). *Sémato*. <<http://semato.uqam.ca/guidexpert-ato/gea.asp>>.
- Robin, G., P. Massart, F. Graizeau et B. Guérin du Masgenet (2008). «La contraception du post-partum : état des connaissances», *Gynécologie obstétrique et fertilité*, vol. 36, p. 603-615.
- Thoër, C. et C. de Pierrepont (2009). «Quand les femmes du baby-boom discutent des traitements de la ménopause sur Internet : étude exploratoire d'un forum de discussion», dans I. Olazabal (dir.), *Que sont les baby-boomers devenus ? Aspects sociaux d'une génération vieillissante*, Québec, Nota Bene, p. 137-162.
- Wyder, M. (2007). *Sexualité et parentalité*. Mémoire présenté pour le certificat de formation continue en Études genre, Genève, Université de Genève.

LA CONTRACEPTION ET L'AVORTEMENT DANS LA PRESSE QUOTIDIENNE QUÉBÉCOISE

Une étude exploratoire

Mélanie LANDREVILLE
Marie MOREAU

Le contrôle des naissances¹ comporte deux volets bien distincts : la contraception, par diverses méthodes, qui permet de prévenir une grossesse, et l'avortement, qui intervient en cas d'échec de la contraception, lorsqu'une grossesse non désirée survient. La légalisation de la contraception en 1969 ne bouleverse pas vraiment, dans les faits, les pratiques contraceptives déjà bien installées dans la société québécoise (McLaren et McLaren, 1997 ; Gauvreau, 2004) et ne suscite pas de prise. En revanche, l'actualité

1. C'est l'Américaine Margaret Sanger, une des pionnières dans la diffusion d'information sur la contraception aux États-Unis et au Canada, qui fut la première à employer le terme *contrôle des naissances* (*birth control*) en 1915 (Fairley, 1990).

canadienne récente² a encore rappelé, à l'occasion du refus d'Ottawa d'inclure la question de l'avortement à l'ordre du jour du sommet du G8, que le droit à l'avortement reste une question ouverte, suscitant des controverses. La contraception et l'avortement constituent donc des enjeux sociétaux, débattus à ce titre sur la place publique, et relayés par la presse. Récemment, les médias se sont inquiétés de voir le taux d'avortement au Québec être le plus élevé au pays, relançant le débat sur cette question et sur les pratiques contraceptives des Québécois³. Les médias, et en particulier la presse quotidienne, font le lien entre les événements et la population, mais se veulent également, dans une certaine mesure, le reflet du discours ambiant sur certaines questions. À cet égard, la presse peut être informative, mais elle peut également être participative et exprimer des opinions et des idéologies personnelles, encore plus quand le sujet est polémique, comme c'est le cas pour l'avortement. Quelque quarante ans après la légalisation de la contraception et vingt ans après la décriminalisation de l'avortement, il nous semble intéressant d'explorer l'état actuel du débat sur ces questions à travers le prisme de la presse écrite quotidienne québécoise. Cet article cherche donc à dégager le discours véhiculé dans les quotidiens de la presse populaire québécoise de 2007 à 2009 sur les questions de la contraception et de l'avortement.

Traiter de la presse implique nécessairement qu'on s'intéresse à des opinions exprimées par des journalistes, non tenus à l'objectivité. Cela pose inmanquablement la question de l'influence que la presse peut avoir sur des questions aussi intimes et potentiellement polémiques que la contraception et l'avortement. Très tôt appelée *contrôle des naissances*, la baisse volontaire de la fécondité a pu être vue comme le regain du contrôle de la femme sur sa vie et la soustraction à son obligation de procréation. Cependant, la question dépasse largement le simple cadre de la lutte de la femme pour contrôler sa biologie, comme le concluent Moore, Frohwirth et Miller (2010, p. 1738) : «Le contrôle reproductif peut être exercé sur les femmes par d'autres sources que le partenaire. Cela inclut les parents, les pairs et le système médical.» À cela il est possible d'ajouter que toutes les institutions, y compris les médias, et la culture populaire participent à la construction d'une norme à laquelle les femmes devront se conformer, partageant donc ce contrôle reproductif ou s'y superposant. En observant

2. H. Buzzetti, «Les pro-vie se mobilisent», *Le Devoir*, 14 mai 2010; «Harper s'oppose à une nouvelle loi sur l'avortement», *Le Devoir*, 22 mai 2010.

3. L. Gagnon, «Du fœtus au bébé», *La Presse*, 29 janvier 2008, p. A23.

le traitement que la presse quotidienne québécoise réserve aux sujets touchant la contraception et l'avortement, cette étude exploratoire cherche plus précisément à observer dans quelle mesure la presse populaire québécoise contribue à relayer ces normes, voire à les façonner, afin de voir si elle cherche elle aussi à sa façon à contrôler la fécondité québécoise.

1. CONTRÔLER LA REPRODUCTION

Si l'Église catholique condamne encore aujourd'hui le contrôle artificiel des naissances, par la contraception mais également par l'avortement, et l'interdit à ses fidèles, le contrôle qu'elle exerce sur eux et sur cette question n'est rien en comparaison de l'emprise qu'elle avait au Québec avant 1970. L'Église catholique, qui avait alors la mainmise sur la société et sur toutes les institutions québécoises, s'assurait de la bonne fertilité des Québécois en entretenant la difficulté d'accès à l'information sur la contraception (McLaren et McLaren, 1997, p. 128). Clairement réaffirmée dans l'encyclique *Humanae Vitae* de Paul VI en 1968, l'opposition de l'Église à la contraception est aux yeux de certains évêques québécois – qui répudient alors ce texte et y répondent que l'usage de la contraception est une question de conscience individuelle – la raison principale de la perte de fidèles que l'Église connaît à cette époque au Québec, en particulier les femmes (McLaren et McLaren, 1997, p. 132). L'avortement, pour sa part, est encore plus fortement condamné, puisque pour l'Église la vie humaine débute au moment de la fécondation de l'ovule et doit ensuite être protégée à tout prix. Ces positions n'ont toujours pas changé, et l'Église catholique le rappelle régulièrement, parfois de façon très médiatique. Pourtant, elle s'impose contre le financement de la planification familiale par les États et s'oppose à l'accès à la contraception dans les hôpitaux catholiques (Ruether, 2008). Selon Daly (1985), les instances religieuses auraient tendance à stimuler la culpabilité et la honte des femmes en imposant une doctrine de l'abnégation et en dictant une morale qui ne tient aucunement compte des circonstances sociales et économiques dans lesquelles se trouvent les femmes, cherchant par là même à surimposer leur contrôle à celui des femmes en s'efforçant parfois de forcer une grossesse au nom d'une morale supérieure (Ruether, 2008). Considérant la baisse de la ferveur religieuse au Québec, on peut s'attendre à ce que la presse québécoise ne fasse pas grand cas de l'opinion de l'Église catholique.

Avec la rapide laïcisation du Québec à partir de la fin des années 1960, le contrôle de l'Église catholique sur la reproduction des femmes perd de l'ampleur et, en revanche, se substitue à lui celui de l'État, plus subtil. Le Québec doit composer avec la dénatalité et le vieillissement de sa population, ce qui met en péril son poids politique à l'intérieur de la Constitution canadienne et à l'extérieur du Canada dans un contexte de mondialisation (Desmarais, 2005). Le Québec voudrait donc plus d'enfants. Si, en 1989, le gouvernement instaure son « bébé-boni » en donnant 500 \$ aux couples québécois pour leur premier enfant, 1 000 \$ pour le deuxième et 4 500 \$ pour le troisième et les suivants, deux ans plus tard, en 1991, les parents d'un troisième enfant obtiennent 7 000 \$ du gouvernement (Collectif Clio, 1992). Comme le mentionnent les historiennes du Collectif Clio, si le gouvernement se défend bien d'avoir un projet nataliste, la progression des « bonus » octroyés apparaît passablement suspecte. Cette attitude gouvernementale contribue à la construction d'une norme, celle de participer à l'effort national.

Si l'Église catholique considère, depuis le XIX^e siècle, que l'être humain existe dès la fécondation, l'utilisation massive de l'imagerie par résonance magnétique depuis les années 1960 construit une véritable identité au fœtus (Petchesky, 1987). Rappelons à ce sujet que certains États des États-Unis obligent les femmes à avoir recours à l'échographie et à voir les images du fœtus avant de pouvoir subir un avortement⁴, ce qui est bien évidemment interprété par les militants pro-choix comme une volonté de dissuader la femme d'avorter (Sanger, 2008). Pour sa part, Featherstone (2008) montre que les femmes n'ont pas toujours été sous l'emprise du jugement médical. Au XIX^e siècle, la grossesse était confirmée par le mouvement du fœtus dans le ventre de la femme et celle-ci était la seule à pouvoir déterminer ce moment marquant le début de l'existence. Si l'avortement avait lieu avant que cela se produise, elle était dans son bon droit. Elle avait, de la sorte, un pouvoir certain sur sa capacité reproductive. Dès l'instant où la science a pris le relais pour déterminer le moment de la formation du fœtus, les médecins et les législateurs se sont emparés de la grossesse et ont donné un cadre juridique à l'avortement, fondé

4. En 2007, seize États avaient des lois imposant l'échographie avant un avortement (celle-ci est notamment obligatoire en Alabama, au Mississippi, en Arkansas, en Géorgie, en Idaho, au Michigan, en Ohio, en Caroline du Sud, en Arizona et en Floride; elle doit en outre être obligatoirement proposée à la femme qui subit un avortement en Indiana, en Louisiane, en Oklahoma, dans le Dakota du Sud, au Utah et dans le Wisconsin). Des lois similaires étaient en cours de proposition dans quatorze autres États (Sanger, 2008, p. 375).

uniquement sur le jugement de la science. Featherstone montre bien à quel point la question de l'avortement est intimement liée aux avancées médicales et que les femmes qui tentent d'exercer un contrôle sur leur cycle reproducteur doivent désormais faire face à tout un arsenal moral et médical qui se superpose à son contrôle.

Enfin, le contrôle des naissances est également un enjeu dans les rapports entre hommes et femmes. Une étude menée en 2008 s'est intéressée aux raisons qui motivaient le choix d'une méthode contraceptive chez les femmes. Elle a montré que, lorsqu'elles optent pour une méthode contraceptive, les femmes interrogées tiennent compte, en plus de l'efficacité et de la protection contre les ITSS, de la désapprobation de leur partenaire (Delavande, 2008). Le rôle important que joue donc l'homme dans la contraception de la femme tend à montrer que les femmes n'ont donc pas l'exclusivité du contrôle de leur fécondité, et que la contraception peut être un enjeu de contrôle de l'homme sur la femme. Broaddus et son équipe (2010) ont pu déterminer que ce sont les femmes, plus souvent que les hommes, qui proposent le condom lors de rapports sexuels aux États-Unis. Les femmes utiliseraient trois stratégies afin de faire accepter le port du condom à leur partenaire : lui rappeler les conséquences possibles (ITSS, grossesse), refuser d'avoir une relation sexuelle ou, encore, érotiser le condom (Broaddus *et al.*, 2010; Williams *et al.*, 2010). Les femmes sont donc doublement chargées de la contraception : elles en sont responsables et elles doivent trouver un moyen de la négocier auprès de l'homme. Un sondage de janvier 2004 conduit par la firme Ipsos Reid (2004) confirmait d'ailleurs cette responsabilisation de la femme à l'égard de la contraception, puisque les trois quarts (76 %) des femmes étaient d'accord avec l'idée qu'« en ce qui concerne la contraception les femmes sont plus responsables que les hommes » et que 63 % déclaraient qu'elles ne pourraient jamais faire confiance à un homme pour prendre la pilule. De façon intéressante, il est à noter que pour ces deux affirmations les Québécoises ont moins tendance que les résidentes des autres provinces à être d'accord avec ces positions, ce qui pourrait indiquer un rapport à la contraception plus égalitaire entre les hommes et les femmes au Québec que dans les autres provinces.

2. LES MÉDIAS ET LA CONTRACEPTION

À l'heure de l'explosion d'Internet, de la présence toujours plus poussée de la télévision (Roberts *et al.*, 1999) et d'un discours ambiant plutôt alarmiste sur l'hypersexualisation des jeunes (Blais *et al.*, 2009), de plus en

plus d'études se penchent sur le lien entre les médias et la sexualité, en particulier la sexualité des jeunes, mais elles demeurent trop peu nombreuses. Les médias (télévision, magazines, films, musique et Internet) exercent une influence certaine sur les croyances, les attitudes et les comportements sexuels, et ce, d'au moins trois façons : avec leurs nombreuses allusions à la sexualité, ils contribuent à maintenir celle-ci présente dans la vie publique et privée ; ils renforcent les stéréotypes couramment véhiculés et peuvent également façonner des normes sexuelles ou relationnelles ; enfin, ils présentent rarement des modèles sexuellement responsables (Brown, 2002, p. 44-45). C'est ce dernier point que déplore le Committee on Public Education (2001), qui regrette que les médias ne fassent pas meilleur usage de l'influence qu'ils peuvent exercer sur les comportements et croyances de leur public, des jeunes en particulier. En effet, les médias évoquent très peu la contraception, puisque sur les 14 000 références sexuelles auxquelles un adolescent américain moyen est confronté sur une année, 165 seulement abordent la contraception, l'abstinence ou le risque de grossesse ou d'ITS (Lowry et Shidler, 1993). Une analyse menée sur 50 heures de séries télévisées a par ailleurs identifié seulement 5 références à la contraception sur les 156 actes sexuels répertoriés (Greenberg et Busselle, 1996). Pourtant, la télévision, par sa popularité auprès des jeunes et l'identification que suscitent les séries télévisées chez son public, occupe une position unique dans l'influence qu'elle peut exercer en matière de contraception et de prévention des comportements sexuels à risque. Une étude a d'ailleurs montré que les comportements en matière de contraception du public adolescent étaient influencés par la façon dont celle-ci était représentée – notamment l'usage du condom – dans les séries télévisées (Walsh-Childers, 1990).

À cause de l'omniprésence de la sexualité à la télévision et de l'impact que celle-ci peut avoir sur les jeunes, les travaux de recherche se sont surtout concentrés sur ce média, négligeant les autres médias qui pourtant peuvent occuper une place tout aussi importante dans le rapport du public à la contraception (Brown, 2002). S'il est certain que les médias électroniques jouent un rôle prépondérant dans le traitement de cette question, c'est sur les médias papier que nous souhaitons plutôt porter notre attention. Il n'existe malheureusement pas de travaux récents faisant le lien entre la presse quotidienne et la contraception à notre connaissance. En revanche, un certain nombre d'études se sont intéressées au rôle joué par les magazines dans la diffusion de l'information sur la contraception, notamment auprès des adolescents. Plusieurs études ont cherché à savoir

où les jeunes allaient chercher les informations sur la sexualité et la contraception, et, dès lors que la distinction entre les médias électroniques et les médias papier (auparavant regroupés sous le terme « médias de masse » dans les enquêtes) a été introduite, il est apparu que les jeunes placent très haut les magazines dans leurs sources d'information (Sutton *et al.*, 2002, p. 27). En 1982, une étude menée auprès de jeunes Américains âgés de 11 à 18 ans dans cinq écoles publiques classe les livres et les magazines en troisième position dans les sources d'information sur la sexualité, devant la télévision qui n'était pas aussi répandue qu'aujourd'hui (Davis et Harris, 1982). En 1998, les magazines se classent en quatrième position auprès des adolescents américains de 13 à 18 ans, derrière la télévision et les films (Henry J. Kaiser Family Foundation, 1998). L'étude menée par Sutton et ses collaborateurs (2002) en 1997, à partir de la *Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescents*, visait plus directement la question de la contraception, puisqu'elle cherchait à identifier les sources d'information des élèves américains de 14 à 17 ans au sujet de la pilule, de la contraception ou de la prévention de grossesse. Cette étude a montré que 39,7 % des garçons et 63,4 % des filles ont trouvé leurs informations sur la contraception ou la prévention de grossesse dans les magazines (contre respectivement 50 % et 51,6 % à la télévision, ou 60,9 % et 69,1 % grâce à l'éducation sexuelle à l'école). Les magazines sont beaucoup plus utilisés comme source d'information sur la contraception par les filles que par les garçons et, alors qu'ils précèdent les parents et la télévision chez les filles, chez les garçons les magazines viennent après⁵. En moyenne, 52 % des jeunes interrogés ont trouvé leurs informations sur la contraception dans les magazines, ce qui place ces derniers en quatrième position (derrière l'éducation sexuelle à l'école, les amis, et les parents, et devant la télévision). Les informations fournies par les magazines ne sont pas utiles qu'aux adolescents, puisque 75 % des Américains adultes (hommes et femmes) interrogés lors d'une enquête téléphonique menée par la Henry J. Kaiser Family Foundation en 1996 ont déclaré que les magazines étaient une source importante d'information sur la contraception, la prévention des infections sexuellement transmissibles et la santé sexuelle, même si cela reste encore plus vrai chez les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans, puisque

5. Cette différence tient probablement à la grande diversité de contenu des magazines qui ciblent les adolescents et les adolescentes. Les magazines pour jeunes garçons se concentrent souvent sur les sports et autres activités, alors que les magazines pour jeunes filles vantent la mode, l'apparence et la séduction (Sutton *et al.*, 2002, p. 31).

84 % d'entre eux mentionnaient les magazines comme une source importante ou très importante d'information sur ces sujets (Henry J. Kaiser Family Foundation, 1996).

Les magazines peuvent donc jouer un rôle important dans la diffusion d'information sur la prévention des grossesses non désirées et des ITS, comme l'illustre déjà une étude de 1985 montrant que les élèves au secondaire qui lisaient régulièrement des magazines en savaient plus sur le VIH/sida que ceux que ce type de littérature n'intéressait pas (Price, Desmond et Kukulka, 1985). Malheureusement, si les adolescents et jeunes adultes américains, lors de groupes de discussion, ont confirmé se tourner vers les magazines pour en apprendre davantage sur la contraception – beaucoup d'entre eux préfèrent la confidentialité d'un magazine à un entretien avec un personnel de la santé ou un parent, souvent jugé trop embarrassant –, un certain nombre regrette que les sujets sur ces questions ne soient ni assez complets, ni assez nombreux (Treise et Gotthoffer, 2002). Walsh-Childers, Gotthoffer et Ringer Lepre (2002) ont analysé le contenu de 16 magazines américains populaires pour adolescents et pour femmes⁶ entre 1986 et 1996 et ont ainsi pu montrer que tant dans les magazines pour adolescents que dans ceux pour femmes, les sujets sur la sexualité en général (le sexe, les préliminaires, etc.) sont plus nombreux que ceux sur la santé sexuelle⁷. Les magazines enseignent donc aux adolescentes et aux jeunes femmes qu'il est plus important de se concentrer sur le sexe en lui-même que sur la santé sexuelle et la contraception (Walsh-Childers, Gotthoffer et Ringer Lepre, 2002, p. 167). Si l'on s'intéresse plus spécifiquement au contenu concernant la santé sexuelle, pour les adolescents, c'est la grossesse qui arrive en tête du classement des sujets les plus évoqués (12,9 % des sujets retenus pour l'étude), suivie des ITSS (9,7 %), de la contraception et du VIH/sida (chacun 8,1 %). Les deux dernières positions sont occupées par l'avortement (3,8 %) et la contraception d'urgence (0,5 %). Dans les magazines féminins, la contraception arrive également en deuxième position du classement des sujets de santé sexuelle

6. Les auteures ont choisi les quatre magazines les plus populaires chez les adolescents (*Seventeen*, *Teen*, *Sassy* et *YM*) et douze des magazines pour femmes les plus populaires (*Cosmopolitan*, *Glamour*, *Mademoiselle*, *Vogue*, *Elle*, *Ladies' Home Journal*, *Good Housekeeping*, *McCall's*, *Woman's Day*, *Redbook*, *Self* et *Ms.*).

7. On entend par santé sexuelle les sujets qui ciblent la grossesse, l'avortement, la contraception ou la pilule contraceptive, les infections sexuellement transmissibles, dont le sida et le VIH, et les sujets concernant la santé reproductive seulement s'ils sont directement liés à l'activité sexuelle.

les plus couverts (10,3 % de tout le contenu retenu), loin devant l'avortement (5,2 %) et la contraception d'urgence (0,2 %). Si la contraception est relativement bien représentée parmi les thèmes de santé sexuelle, elle l'est quand même peu au vu du reste du contenu sexuel, surtout chez les adolescents, et surtout en ce qui concerne la contraception d'urgence, qui peut pourtant s'avérer fort utile chez les adolescentes.

3. LES MÉDIAS ET L'AVORTEMENT

Si les magazines laissent somme toute peu de place à la contraception, que dire de l'avortement, qui n'occupe que 3,8 % et 5,2 % de l'espace accordé aux questions sexuelles dans les magazines analysés par Walsh-Childers, Gotthoffer et Ringer Lepre (2002). Cette étude est du reste la seule parmi celles que nous avons considérées jusqu'à présent à mentionner la question de l'avortement dans les médias. Cela n'est guère étonnant si l'on en croit Brown (2002, p. 42), pour qui « l'avortement est un sujet tabou, trop controversé pour la télévision commerciale et les magazines ». Si la contraception, plus consensuelle, peut revêtir un aspect plus divertissant et ainsi gagner l'accès aux médias dont les magazines font partie, l'avortement, plus controversé et moins *glamour*, est dirigé vers la presse quotidienne, plus informative et qui se réserve le droit à la polémique. Les relations entre les médias et l'avortement se concentrent alors essentiellement autour de cette presse quotidienne, à l'image des travaux qui ont été réalisés à ce sujet. À l'exception notable des travaux de Hazan (1986) qui analyse le traitement de la question de l'avortement dans les magazines féminins français – *Marie-Claire* et *Elle* – des années 1960 et 1970, au moment des débats sur sa légalisation peu d'études ont été consacrées à cette question. Hazan note qu'à cette occasion la presse féminine a quelque peu laissé de côté son rôle purement divertissant et informatif pour entrer dans la polémique et prendre le parti de l'avortement et du droit des femmes, victimes des nombreux avortements illégaux. À la même époque, une étude menée sur la grande presse quotidienne française⁸ montre que celle-ci aussi soutient timidement la légalisation de l'avortement (Isambert et Ladrière, 1979). Comme les magazines féminins, la presse quotidienne de l'époque situe sa position majoritairement du côté de la défense de l'avortement et appelle à sa légalisation, mais uniquement parce qu'il

8. Les auteurs ont retenu six grands quotidiens français, à savoir *L'Aurore*, *La Croix*, *Le Figaro*, *France-Soir*, *l'Humanité* et *Le Monde*.

existe déjà dans les faits et que l'avortement illégal constitue un fléau social. On appelle à sa légalisation au nom d'impératifs sociaux, mais personne ne se déclare « pour » l'avortement en tant que tel. En revanche, le soutien à l'avortement est clairement visible dans la presse américaine de la même époque, si l'on en croit Olasky (1988). La grande presse américaine, favorable à l'avortement dans son ensemble, choisit ouvertement de très peu couvrir, voire d'enterrer, les événements risquant de nuire à l'opinion sur l'avortement, mais insiste lourdement sur ceux pouvant provoquer la sympathie pour cette cause (les fillettes victimes d'inceste, les cliniques cibles d'attentats, etc.). Dans les années 1980, la presse américaine va jusqu'à renoncer à aller enquêter sur le terrain et s'allie tout bonnement aux associations pro-choix pour décrédibiliser publiquement les centres d'information des associations pro-vie (Olasky, 1988, p. 147). Constatant un évident parti pris de leur part (*press bias*)⁹, Olasky accuse la presse américaine de l'époque d'avoir abandonné l'investigation au profit de leur idéologie pro-avortement et anti-catholique sans avoir cherché à vérifier les informations qui leur étaient soumises quand elles risquaient de nuire à la cause de l'avortement. La presse américaine exerce alors un contrôle sur le débat entourant la question de l'avortement¹⁰. C'est également ce que constate Noonan, qui déplore dans les années 1970 que la presse façonne totalement le débat à partir de ses propres convictions idéologiques au point d'en écarter volontairement les réalités de l'opinion publique, ne se faisant donc pas l'écho de la population américaine, plutôt majoritairement réticente à l'avortement sans restrictions (Noonan, 1979, p. 70).

À l'évidence, une différence fondamentale se joue entre le lien qu'entretiennent la presse et la contraception (par le biais des magazines) et les relations qui lient la presse et l'avortement. Là où la presse des magazines se veut plutôt légère, divertissante, tout en étant informative (lorsque cela ne nuit pas au divertissement) quand elle aborde la question de la contraception, et où elle ne se sent pas nécessairement consciente du rôle influent qu'elle peut jouer sur ses lecteurs, la presse quotidienne ou d'actualités choisit volontairement d'orienter idéologiquement ses sujets

9. Un sondage réalisé à la même époque confirme d'ailleurs ce qu'on comprend facilement en lisant les articles de presse : 90 % des journalistes interrogés dans les agences d'information les plus influentes sont favorables à l'avortement sans restrictions (Litcher *et al.*, 1986, p. 29).

10. Ce n'est bien sûr pas le cas de tous les journaux. Olasky rapporte ainsi quelques exemples de rédactions qui essaient d'être plus objectives ou d'approfondir davantage la question, et il conclut sur la possibilité d'une presse un peu plus indépendante à l'avenir.

concernant la question de l'avortement, peu importe la polémique que cela peut créer et peu importe que ses lecteurs soient en désaccord. Les relations entre la presse quotidienne d'actualités et la question de l'avortement tiennent souvent plus de la stratégie : stratégie de l'auteur qui choisit ses sujets pour défendre ses opinions en la matière, mais également stratégie des organisations pour et contre l'avortement qui choisissent la presse pour transmettre leurs idées. Une étude récente menée sur les stratégies médiatiques des deux plus grandes organisations pour et contre l'avortement, respectivement la Planned Parenthood Federation of America et le National Right to Life Committee, a montré qu'elles utilisaient la presse pour diffuser leurs idées et contrer leurs adversaires (Rohlinger, 2006). Une étude antérieure avait permis de montrer que les idées de la National Organization for Women (NOW), une organisation favorable au droit des femmes à choisir, étaient plus rapportées par la grande presse américaine¹¹ que celles de la Concerned Women for America (CWA), une organisation contre l'avortement (Rohlinger, 2002). Il est cependant difficile de dire si ce constat est le fruit d'un choix idéologique exprimé par les journalistes ou tout simplement le résultat d'une meilleure stratégie médiatique de la part de NOW. Notons tout de même que la *National Review*, un magazine conservateur, est le seul périodique analysé dans cette étude à avoir accordé une plus grande couverture aux idées de CWA qu'à celles de NOW, trahissant peut-être le recours à la tendance idéologique exprimée par la presse.

Trop peu d'études font donc le lien entre la presse quotidienne et les questions de la contraception et de l'avortement. Il nous semble pourtant que le traitement réservé à ces questions par la presse quotidienne mérite d'être étudié. En effet, si l'une des attributions premières de la presse est bien évidemment de rapporter des informations au grand public, l'importance que les rédactions décident d'accorder à chaque événement peut influencer la nature de celui-ci, ce qui permet alors de façonner ou d'orienter le débat¹². Hazan montre d'ailleurs que la presse peut, par la publication d'un événement sans référent, créer celui-ci, à l'exemple de la publication

11. L'auteure avait choisi de concentrer son étude sur le *New York Times*, *Newsweek*, *Time*, *National Review* et *The Nation*.

12. Le pouvoir de la presse aujourd'hui reste tout de même à mettre en perspective devant la montée en puissance d'autres moyens d'information tels que ceux offerts par Internet.

dans le *Nouvel Observateur* du « Manifeste des 343 » en avril 1971¹³ qui, par la simple diffusion de ce texte par la presse, fait exister l'avortement dans le discours en le sortant du domaine du privé, créant ainsi l'événement. La presse fait alors bien plus que simplement rapporter des faits, comme l'écrit Hazan (1986, p. 95): « On atteint là le point limite de la fonction de la presse qui n'est plus du domaine du rendre compte, mais qui provoque ce qui devient par là un événement. »

Cette absence de travaux récents qui mettent en lien la contraception ou l'avortement avec la presse quotidienne nous amène à examiner la façon dont la presse quotidienne québécoise contemporaine traite ces deux sujets. Nous espérons ainsi vérifier où en est le débat dans la société québécoise, en analysant quelles informations les journalistes choisissent de relayer et de quelle façon, et en identifiant le genre d'informations dont disposent alors les lecteurs. Étant donné la nature très différente des traitements de la contraception et de l'avortement par les médias que nous avons pu observer jusque'ici, nous analyserons ces deux questions séparément.

4. LA MÉTHODOLOGIE

Les articles abordant la question de la contraception et celle de l'avortement, et parus dans la presse quotidienne québécoise entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2009, ont été retenus afin d'analyser les thèmes que les journalistes ont choisis et de quelle façon ils les ont abordés. Pour la contraception, les articles retenus devaient contenir les mots-clés « contraception », « condom » ou « pilule contraceptive », ces deux méthodes contraceptives étant les plus populaires¹⁴. Le mot-clé « avortement », qui regroupe dans la presse tous les types d'interruptions médicales de grossesse, a aussi été retenu. La collecte des articles a été effectuée à partir du moteur de recherche *Repère* pour les quotidiens *Le Devoir*, *La Presse*, *Le Journal de Montréal* et *Le Soleil*. L'actualité particulièrement riche des débats sur la contraception et l'avortement pendant la période étudiée semble n'avoir guère inspiré le *Journal de Montréal*, le seul à ne pas présenter d'articles

13. Il s'agit en fait d'une pétition rédigée par Simone de Beauvoir et signée par 343 femmes, connues ou non, qui déclarent avoir eu recours à l'avortement, alors passible de peines allant jusqu'à l'emprisonnement, et réclament la légalisation de la contraception et de l'avortement.

14. Notons que notre étude portant uniquement sur les articles de la presse québécoise, le terme « condom », utilisé au Québec, a été préféré à celui de « préservatif » utilisé en France.

répondant aux critères de sélection. Cela semble étonnant, mais cette carence peut s'expliquer en partie par la grève totale qui a longuement bloqué le journal à partir du mois de janvier 2009, et qui touche donc une année de notre période d'étude. Dans les quelque 132 articles répertoriés dans les trois autres quotidiens, le mot « contraception » apparaît 102 fois. Il était le plus souvent en relation avec les termes suivants : « avortement », « accessibilité », « femme » ou « jeune femme » ou « fille », « éducation sexuelle », « négligence », « morale religieuse catholique », « financement » et « responsabilité ». Le mot « avortement » apparaît pour sa part 691 fois. Il est le plus souvent associé à « accessibilité », « responsabilité », « femme », « pro-vie »/« anti-choix » ou « pro-choix », « contraception », « Morgentaler », « éducation sexuelle ».

La très grande majorité des articles s'articulent autour des grands événements qui ont alimenté l'actualité de la contraception et de l'avortement entre 2007 et 2009 au Québec et ailleurs. Pour le Canada, on retient l'anniversaire des 40 ans de la loi omnibus¹⁵, les 20 ans de la décision de la Cour suprême dans l'affaire du Dr Morgentaler¹⁶, l'attribution de l'Ordre du Canada à ce dernier, le projet de loi C-484 sur les enfants non encore nés victimes d'actes criminels, le passage de l'ordonnance collective, la recommandation du passage en vente libre de la pilule du lendemain dans les pharmacies. Sur le plan québécois, ce sont la reconnaissance du gouvernement provincial de la gratuité de l'avortement même lorsque celui-ci est effectué dans les cliniques privées, les mauvais scores des Québécois en matière d'utilisation de la contraception soulevés par un sondage Léger Marketing et le taux élevé d'avortements qui ont retenu l'attention. Les journalistes québécois commentent également les événements internationaux et se concentrent principalement sur l'intervention du pape Benoît XVI en Afrique au sujet de l'utilisation du condom et de son rôle dans la

-
15. Le « *Bill Omnibus* », proposé dès 1967 par Pierre Elliott Trudeau, alors ministre de la Justice, a été adopté le 14 mai 1969. Vaste réforme du Code criminel, cette loi décriminalise entre autres l'homosexualité, l'avortement (à la condition qu'un comité thérapeutique constitué de trois médecins donne son accord) et la contraception.
 16. Inculpé à maintes reprises pour avoir pratiqué illégalement des avortements dans ses cliniques (en violation de l'article 251 du Code criminel qui rendait criminel l'avortement à moins qu'il n'ait été approuvé au préalable par un comité thérapeutique) et acquitté chaque fois par le jury, le Dr Morgentaler finit par porter la question devant la Cour suprême du Canada. Le 28 janvier 1988, celle-ci soutient que l'interdiction de l'avortement est contraire à « la vie, la liberté et la sécurité de la personne », énoncé contenu à l'article 7 de la Charte canadienne, et décriminalise donc totalement l'avortement.

propagation du VIH/sida, sur l'excommunication de la mère et des médecins qui ont réalisé un avortement sur une fillette brésilienne de 9 ans enceinte par suite des viols de son beau-père, et sur les avancées médicales en matière de contraception. Pour tous les auteurs, ces sujets sont prétextes à rouvrir le débat autour de la contraception, de l'avortement et du rôle des femmes.

5. LA CONTRACEPTION

5.1. L'USAGE DE LA CONTRACEPTION

Les données sur l'utilisation problématique de la contraception, en particulier chez les jeunes, sont reprises par les journalistes («Trois jeunes Québécois sur cinq sont prêts à balancer le condom à la première occasion¹⁷», «Selon une enquête menée par Léger Marketing pour le compte de la compagnie pharmaceutique Wyeth, une jeune femme sur cinq au Canada (soit 20% des jeunes Canadiennes âgées de 16 à 24 ans) a eu des relations sexuelles non protégées avec une personne qui n'est pas le partenaire avec lequel elle s'est engagée dans une relation stable¹⁸»), surtout pour les problèmes de santé publique que cela occasionne («Le nombre de cas de chlamydia et de gonorrhée a augmenté de manière préoccupante dans la région de Québec entre 2002 et 2006. Une hausse qui touche en particulier les jeunes, moins nombreux à utiliser le condom¹⁹»). Le Québec fait figure de mauvais élève par rapport aux autres provinces : «Les Québécois de 15 à 19 ans utilisent beaucoup moins le condom que les autres Canadiens du même âge (66% contre 79%). Les jeunes des Maritimes et de l'Alberta y ont le plus recours²⁰.»

17. L.-M. Rioux Soucy, «Infections transmises sexuellement : jeunesse à risque», *Le Devoir*, 12 juillet 2007, p. a3.

18. P. Gravel, «Contraception : les Québécoises sont négligentes», *Le Devoir*, 6 décembre 2007, p. a5.

19. M. Allard, «Les MTS à la hausse. Quand le condom reste dans l'emballage», *Le Soleil*, 14 avril 2008, p. 2.

20. F. Berger, «Haut risque», *La Presse*, 4 octobre 2008, p. A23.

5.2. LES PROBLÈMES D'ACCESSIBILITÉ ET LES SOLUTIONS

Les journalistes s'interrogent alors sur l'accessibilité à la contraception, mais la question de l'accès aux moyens de contraception conduit à des résultats ambigus. Pour les uns, l'accès aux moyens de contraception est grand (« [...] les quelque 100 000 avortements effectués chaque année au Canada alors que les moyens de contraception sont si facilement accessibles²¹ »), tandis que pour d'autres la contraception reste difficile d'accès (« Le Québec manque de médecins pour prescrire [la pilule contraceptive] et les chanceuses qui ont un médecin de famille doivent généralement attendre des mois pour le voir²² » ; « La pilule est plus difficile d'accès [au Québec] que l'interruption de grossesse »).

Pourtant, constatant la mauvaise utilisation évidente de la contraception par les jeunes, les journalistes réclament une solution pour améliorer l'accès à la contraception pour les Québécois, notamment pour les jeunes. La suppression des cours d'éducation sexuelle à l'école est considérée comme la raison première d'une si mauvaise utilisation de la contraception (« Qu'est-ce qui cloche ? Plusieurs choses. À commencer par la disparition des cours d'éducation sexuelle dans les écoles, en 2003, à la suite de l'abolition du cours de formation personnelle et sociale²³ »), pourtant si les auteurs accusent les décisions du gouvernement (« À ce chapitre, nous invitons le gouvernement du Québec à prendre ses responsabilités²⁴ » ; « Dans bien des établissements scolaires, les infirmières ou autres responsables de la santé ne sont là qu'une journée ou deux par semaine²⁵ »), la politique du gouvernement en matière de contraception n'est jamais clairement mise en cause. Les auteurs dressent donc l'inventaire des solutions envisagées : « Concrètement, cela implique de rendre accessibles et gratuits les moyens contraceptifs, d'intensifier l'éducation et la prévention en matière de sexualité et de contraception²⁶. » Le prix de la contraception est mis en cause (« Aux Pays-Bas, l'un des pays où on observe les plus faibles taux d'avortements, la contraception est gratuite pour les femmes

21. H. Buzzetti, « L'abbé Gravel se défend contre les pro-vie », *Le Devoir*, 8 mars 2008, p. a3.

22. M. Caouette, « L'avortement plus accessible que la pilule ? », *Le Soleil*, 28 septembre 2007, p. 9.

23. N. Collard, « Le facteur "gêne" », *La Presse*, 13 juillet 2007, p. A13.

24. L. Desmarais, « Décriminalisation de l'avortement : vingt ans de liberté et d'égalité », *Le Devoir*, 28 janvier 2008, p. a7.

25. N. Collard, 13 juillet 2007, *op. cit.*

26. L. Desmarais, 28 janvier 2008, *op. cit.*

de moins de 21 ans²⁷»), ainsi que le manque d'initiative pour aller à la rencontre des jeunes («Un adolescent n'a pas envie de se trouver nez à nez avec l'amie de ses parents ou les parents de son ami lorsqu'il se rend acheter des condoms à la pharmacie du coin²⁸»).

À cet égard, cinq articles font état de la décision du Collège des médecins du Québec concernant la nouvelle disposition permettant aux pharmaciens d'«initier» la prise de contraceptifs hormonaux, tout en continuant à distribuer la pilule du lendemain :

Les médecins avaient déjà fait un premier pas en matière de contraception en permettant aux pharmaciens de prescrire la pilule du lendemain. Voici que le Collège des médecins du Québec fait un pas de plus en autorisant les infirmières à «initier» la contraception hormonale chez les femmes en bonne santé. Un peu de lest qui permettra aux Québécoises d'avoir accès rapidement à un large éventail de moyens de contraception : des anovulants à l'injection contraceptive en passant par le timbre ou l'anneau vaginal. [...] [C]ette entente devrait contribuer à diminuer les grossesses non planifiées au Québec, à l'exemple de provinces qui, comme l'Ontario, ont choisi de donner un peu de lest en la matière²⁹.

Cette décision soulève l'enthousiasme dans ces cinq articles, car elle répond au manque de médecins de famille au Québec et s'adresse directement aux adolescentes («la mesure vise surtout les adolescentes, plus portées à se confier à l'infirmière de l'école qu'à prendre rendez-vous en clinique³⁰»), et semble être efficace («dans la région de Rimouski, où l'on utilise une stratégie similaire depuis plusieurs années, le taux de grossesses non désirées est presque trois fois moins important que dans le reste de la province³¹»). Un article s'inquiète tout de même que cette disposition n'atteigne pas les jeunes femmes les plus à risque, c'est-à-dire celles qui ont subi des sévices, ou qui proviennent de milieux défavorisés³².

27. M.-A. Chouinard, «Brisons les tabous», *Le Devoir*, 30 janvier 2008, p. a6.

28. N. Collard, 13 juillet 2007, *op. cit.*

29. L.-M. Rioux Soucy, «Les médecins autorisent les pharmaciens et les infirmières à donner des prescriptions temporaires», *Le Devoir*, 1^{er} février 2007, p. a4.

30. A. Krol, «Faire passer la pilule», *La Presse*, 1^{er} février 2007, p. A26.

31. *Ibid.*

32. V. Ballivy, «La pilule du lendemain en vente libre ailleurs au Canada», *La Presse*, 17 mai 2008, p. A15.

5.3. LES AVANCÉES MÉDICALES

Pour les journalistes qui abordent la question, la contraception devient ainsi une lutte de contrôle, articulée autour de nouvelles technologies telles que le condom invisible, un gel microbicide et spermicide en cours de développement destiné aux femmes :

Le condom traditionnel est très efficace pour diminuer les dangers, mais moins d'un homme sur deux accepte de le porter lors de relations à risque. « Les femmes sont à la merci des hommes, explique le Dr Bergeron. Ils contrôlent le condom. Le condom invisible permettrait donc aux femmes de se protéger et d'avoir le contrôle sur leur destinée³³. »

Cette nouvelle méthode contraceptive est considérée comme un moyen de contrôle reproductif à double titre : elle permet à la femme de contrôler sa reproduction et de se protéger des maladies, et elle lui permet également de se soustraire au contrôle de l'homme.

5.4. LE RÔLE DES FEMMES

Même s'ils prennent pourtant le parti des femmes et de l'avortement, certains articles mettent involontairement en avant la négligence des femmes (« Les jeunes Québécoises [...] sont étonnamment nombreuses à négliger l'emploi de méthodes de contraception et de protection contre les infections transmises sexuellement », écrit cette journaliste, qui va même jusqu'à intituler son article « Les Québécoises sont négligentes », alors que l'enquête sur laquelle elle écrit porte sur les garçons comme sur les filles³⁴) ou encore leur irresponsabilité (« Actes manqués ? Tentatives désespérées d'accrocher un gars ou, au contraire, de ne pas le perdre ? Prises de risque aussi thrillantes qu'irresponsables ? Peur de ne pas être cool si on insiste côté contraception ? Ignorance ?³⁵ »), nous révélant ainsi que dans l'esprit collectif la contraception est bien sûr du ressort des femmes. Une journaliste, qui recense les méthodes contraceptives offertes

33. H. Fontaine, « Percée majeure : le "condom invisible" dans cinq ans », *La Presse*, 26 janvier 2008, p. A21.

34. P. Gravel, « Contraception : les Québécoises sont négligentes », *Le Devoir*, 6 décembre 2007, p. a5. Le titre de l'article, alors même que celui-ci commente les résultats d'un sondage mené auprès de la population canadienne en général et non seulement auprès des femmes, indique assez clairement à qui revient la responsabilité de la contraception aux yeux de la journaliste.

35. M.-C. Lortie, « L'amour au temps de la zappette », *La Presse*, 1^{er} février 2008.

aux femmes, va même jusqu'à mettre explicitement de côté le condom, trop «hasardeux pour la contraception, ne serait-ce que parce que son utilisation dépend de l'homme³⁶». La contraception devient donc un enjeu dans le rapport homme-femme, puisque la responsabilité en reviendrait uniquement à la femme, non seulement parce qu'elle lui assure sa liberté reproductive («tout discours sur l'égalité entre les hommes et les femmes est vain et illusoire si les femmes ne peuvent contrôler leur capacité reproductive³⁷»), mais aussi parce que l'homme s'en dédouane totalement, voire s'y oppose.

De plus, la quasi totale absence des hommes dans ces articles – si ce n'est pour constater la mauvaise utilisation de la contraception chez les adolescents³⁸ – semble indiquer que les journalistes, qui se mettent pourtant du côté des femmes, ont inconsciemment intégré la responsabilité de la femme dans leur discours. «C'est encore les femmes qui portent le poids de la contraception et qui se font juger par la suite [...]. On a tendance à croire que les mentalités évoluent, mais c'est un éternel recommencement³⁹», peut-on lire dans un article qui déplore le fait que l'on reproche aux femmes de ne pas s'être suffisamment protégées, avec tous les moyens de contraception aujourd'hui disponibles. Désigner la femme comme seule responsable de la contraception, c'est la rendre seule coupable en cas d'avortement.

6. L'AVORTEMENT

6.1. LA PRÉVALENCE DE L'AVORTEMENT AU QUÉBEC

Les auteurs sont unanimes à déplorer le très grand nombre d'avortements qui ont lieu au Québec chaque année, nombre important que certains auteurs qualifient de «préoccupant⁴⁰», voire d'«alarmant⁴¹». La province, avec un taux d'avortements très élevé, fait figure de mauvais élève par rapport au reste du pays :

36. L. Gagnon, 29 janvier 2008, *op. cit.*

37. L. Desmarais, 28 janvier 2008, *op. cit.*

38. Un des articles portant sur ce sondage de Léger Marketing, qui concerne pourtant les garçons comme les filles, va même jusqu'à occulter les résultats des garçons pour en faire un sondage sur la mauvaise utilisation de la contraception par les femmes.

39. D. Dion-Viens, «Toujours sans loi sur l'avortement», *Le Soleil*, 28 janvier 2008, p. 14.

40. J. Havrankova, «Une mission inachevée», *La Presse*, 8 juillet 2008, p. A19.

41. M.-C. Lortie, 1^{er} février 2008, *op. cit.*

Le Québec se flatte souvent, statistiques à l'appui, d'être différent du reste du continent. Mais personne ne se vante de notre taux d'avortement, le plus élevé au Canada après celui des Territoires du Nord-Ouest. Sur 1000 femmes en âge de procréer, 19 Québécoises ont subi une interruption volontaire de grossesse (IVG) en 2003⁴², quatre de plus qu'ailleurs au pays. Pourtant, 10 ans plus tôt, les deux moyennes étaient comparables. Celle du Canada a légèrement diminué alors que la nôtre n'a cessé d'augmenter⁴³.

Il est également fait état de la piètre performance du Québec au regard des autres pays occidentaux : « Pourquoi le nombre d'avortements au Québec (36,9 % pour 100 naissances vivantes) est-il tellement plus élevé au Québec qu'au Danemark (22,8 %), en France (27 %) ou en Italie (23 %), deux fois plus élevé qu'en Allemagne et trois fois plus élevé qu'aux Pays-Bas⁴⁴ ? »

Face à un tel constat, il devient évident qu'il faut réduire le nombre de grossesses non planifiées dans la province, et la solution qui s'impose alors paraît être une fois encore une meilleure contraception : « le parfait corollaire du phénomène [de l'avortement] demeure la déficience de la contraception⁴⁵ » ; « La solution ? Pas la répression, mais la contraception⁴⁶ ».

6.2. LE RÔLE DES FEMMES

Au lieu d'en accuser directement les femmes, les journalistes faisant état d'un tel nombre d'avortements cherchent des causes et des solutions :

Dans l'immédiat, cependant, il faut trouver des façons de réduire le nombre de grossesses non planifiées. Le faible taux d'IVG des Pays-Bas (6 femmes sur 1000) donne à réfléchir. Outre l'accès à la contraception, c'est le programme d'éducation sexuelle dès le primaire de

42. Plus précisément, Statistique Canada indiquait en 2003 que le taux d'avortements provoqués était de 19,7 pour mille Québécoises, contre 15,2 pour mille en moyenne au Canada.

43. A. Krol, 1^{er} février 2007, *op. cit.*

44. L. Gagnon, 29 janvier 2008, *op. cit.*

45. M.-A. Chouinard, 30 janvier 2008, *op. cit.*

46. L. Gagnon, 29 janvier 2008, *op. cit.*

ce pays qui est le plus souvent cité en exemple. Un contraste frappant avec le Québec, où les cours de formation personnelle et sociale, qui couvraient le sujet au secondaire, disparaissent avec la réforme⁴⁷.

À la source de cette recherche des causes expliquant le taux élevé d'avortement au Québec se trouve le refus de sa banalisation. Certains articles vont jusqu'à réfuter cette banalisation avec véhémence, réaffirmant qu'on ne se fait pas avorter comme on se fait arracher une dent⁴⁸. L'idée que les femmes prennent cette intervention à la légère contribue à renforcer la culpabilité de ces dernières. Il n'y a pas de quoi s'étonner alors que les femmes qui doivent y avoir recours se sentent jugées (« Si les femmes qui entrent à la clinique [pour un avortement] le pouvaient, elles se fondraient dans le mur⁴⁹ », ou encore « Les femmes ont peur d'être jugées, elles se sentent coupables ou ont honte. Il reste beaucoup d'éducation à faire⁵⁰ »). La grande majorité des articles cherchent ainsi à déculpabiliser les femmes, en insistant sur le fait que l'avortement est une décision personnelle et difficile qu'il ne convient pas de juger : « l'avortement est avant tout une décision éminemment personnelle⁵¹ » ; « des femmes et leurs conjoints se retrouvent un jour devant la décision déchirante d'avorter ou de mettre au monde un enfant qu'elles ne veulent pas. Ce choix doit être préservé ». Il n'en reste pas moins que seulement deux articles abordent la question de l'avortement comme un problème auquel doit faire face un couple et non la femme seule, et un seul envisage l'avortement comme un échec de la contraception de la part de l'homme et de la femme (« Les femmes et les hommes devraient toujours s'assurer de prendre des moyens de contraception efficaces plutôt que d'avoir à recourir à une interruption de grossesse⁵² »). C'est une responsabilisation inconsciente, à l'image de cette journaliste, qui salue pourtant le droit des femmes à l'avortement, mais qui écrit à propos de l'avortement tardif, « on est ici à la frontière de l'infanticide, et l'on se demande par quelle inconscience certaines femmes

47. A. Krol, 1^{er} février 2007, *op. cit.*

48. M.-A. Chouinard, 30 janvier 2008, *op. cit.*

49. L. Leduc, « L'avortement tardif, l'ultime tabou », *La Presse*, 27 janvier 2008, p. A2.

50. D. Dion-Viens, 28 janvier 2008, *op. cit.*

51. N. Collard, 13 juillet 2007, *op. cit.*

52. *Ibid.*

peuvent retarder à ce point leur décision⁵³ ». Ce n'est pas tant que le journaliste condamne l'avortement tardif qui est éloquent plutôt que le fait qu'elle en accuse directement les femmes.

6.3. L'ACCESSIBILITÉ

L'inclinaison de la presse envers les droits à la contraception et à l'avortement ne fait pourtant aucun doute tant sont nombreux les articles qui dénoncent les diverses menaces qui pèsent sur l'avortement (« Quarante ans après que Pierre Elliott Trudeau eut sorti l'État des chambres à coucher et ouvert la porte à l'avortement, la menace d'un retour de balancier est plus forte que jamais⁵⁴ »). On peut identifier trois sources d'inquiétude pour la presse : les problèmes d'accès aux services d'avortement, la législation, et les groupes pro-vie/anti-choix.

Pour ce qui est de l'accessibilité aux services d'avortements, la presse fait état de la baisse du nombre d'hôpitaux offrant ces soins : « depuis 2003, le pourcentage d'hôpitaux pratiquant l'avortement a diminué de 17,8 % à 15,9 %, soit un hôpital sur six⁵⁵ ». Les inégalités dans l'accessibilité aux services d'avortement de qualité sont également dénoncées : « l'écrasante majorité des cliniques et des hôpitaux où des médecins pratiquent l'avortement sont situés dans les zones métropolitaines au sud du pays, à moins de 150 kilomètres de la frontière américaine » ; « certaines régions n'ont qu'un point de service pour desservir l'ensemble des femmes désirant mettre un terme à leur grossesse. Lorsque le médecin s'absente, par exemple en période de vacances, les délais d'attente peuvent atteindre jusqu'à cinq semaines provoquant parfois des avortements tardifs ». Deux articles soulèvent d'ailleurs la nécessité pour les femmes d'aller aux États-Unis pour effectuer une telle procédure, puisque aucun hôpital ne la pratique au Québec. En revanche, on souligne qu'un jugement de la cour supérieure du Québec a finalement reconnu que les femmes « n'avaient pas à payer pour obtenir un avortement dans une clinique privée ou communautaire, puisqu'il s'agit d'un service de santé assuré et donc gratuit⁵⁶ ».

53. L. Gagnon, « Meurtre au Kansas », *La Presse*, 2 juin 2009, p. A19.

54. A. Gruda, « Avortement : la loi Omnibus a 40 ans », *La Presse*, 15 mai 2009, p. A8.

55. D. Dion-Viens, 28 janvier 2008, *op. cit.*

56. L. Desmarais, 28 janvier 2008, *op. cit.*

Dans deux articles, on s'inquiète davantage de la difficulté à trouver où sont effectués les avortements et on met en cause la mauvaise volonté du personnel (« 11 hôpitaux au pays réfèrent directement à des organismes «anti-choix» les femmes qui cherchent de l'information à propos de l'avortement⁵⁷ »), constatée par l'Association canadienne pour la liberté de choix :

L'analyse a impliqué des appels à 800 hôpitaux. Chaque fois, il s'agissait de vérifier par téléphone si l'hôpital offrait ce service. [...] «Parfois, il fallait parler à plusieurs personnes pour savoir s'il était possible d'avoir un avortement, dit Mme Larue. Dans certains cas, la téléphoniste de l'hôpital nous raccrochait la ligne au nez. Il y a aussi eu des références à des groupes antiavortement, et même à un hôpital psychiatrique. On ne donne pas toutes les informations nécessaires pour qu'une femme fasse un choix éclairé»⁵⁸.

L'accessibilité aux services d'avortement et à l'information devient alors un enjeu de taille dans la bataille idéologique entre les groupes pro-choix et pro-vie. Un article relate que la stratégie des opposants à l'avortement semble être devenue moins frontale ; depuis quelques années déjà, ces groupes ont délaissé la question légale pour s'attaquer désormais à l'existence pratique de l'avortement : «L'avortement peut bien rester légal, à la condition qu'il devienne inaccessible⁵⁹.» Le contrôle de l'information devient alors le nerf de la guerre :

Les attaques contre le droit des femmes enceintes de choisir n'ont jamais cessé. Elles ont pris une dimension plus subtile et plus pernicieuse dans la foulée de ce jugement historique. Le risque de cancer du sein augmente chez la femme après un avortement. La détresse psychologique aussi. La décision d'interrompre une grossesse ne devrait jamais être prise à la légère, car une femme court quatre fois plus de risques de mourir au cours de l'année qui suit, selon une étude prétendument scientifique⁶⁰.

C'est cette façon détournée de légiférer sur la question de l'avortement que déplore le journaliste :

Ce projet de loi [le projet de loi C-291] illustre cependant la nouvelle attitude des «anti-choix». Au nom des intérêts et de la protection de la femme, ils cherchent à introduire des droits pour le fœtus alors

57. B. Myles, 26 janvier 2008, *op. cit.*

58. «Avortement : autre recours collectif contre Québec», *Le Soleil*, 3 avril 2007, p. 17.

59. B. Myles, 26 janvier 2008, *op. cit.*

60. *Ibid.*

que cette notion a été complètement écartée par la Cour suprême il y a 20 ans. «Au lieu d'un débat direct sur l'avortement, on y va de façon indirecte en essayant de donner le statut de personne juridique au fœtus. Les politiciens ont dépassé le stade des attaques directes contre l'avortement parce que le public canadien n'est pas prêt à revenir à l'époque pré-Morgentaler», explique Catherine Megill, porte-parole de la Coalition pour le droit à l'avortement au Canada⁶¹.

Devant l'absence de législation sur l'avortement au Canada, la presse fait part d'un certain sentiment de menace émanant du milieu politique, cristallisé autour du projet de loi C-484, qui souhaitait faire reconnaître comme double homicide le meurtre d'une femme enceinte :

Depuis sept ans, des députés pro-vie libéraux et conservateurs ont déposé neuf projets de loi susceptibles de limiter le droit à l'avortement, souligne la juriste Louise Langevin. Le plus célèbre de ces projets de loi portait le numéro C-484 et s'était rendu jusqu'en deuxième lecture à la Chambre des communes⁶².

Le vote de Stephen Harper en faveur de ce projet de loi inquiète également beaucoup les journalistes qui écrivent sur la question.

7. UNE DISCUSSION

Le but de cette analyse du traitement de la contraception et de l'avortement par la presse québécoise était double : observer l'état du débat sur la contraception et l'avortement au Québec à travers le prisme de la presse, et voir dans quelle mesure la presse exerçait un contrôle sur ces questions et pouvait ou non façonner ce débat. À cet égard, il faut faire la distinction entre le traitement que la presse réserve à la contraception et celui qu'il réserve à l'avortement. À aucun moment les journalistes ne sentent le besoin de défendre la contraception qui, dans la presse comme dans la société québécoise, est largement acceptée et ne fait plus débat. Le seul enjeu que l'on trouve dans les articles sur la contraception est l'amélioration de son utilisation et les avancées médicales. En dénonçant la mauvaise utilisation de la contraception, la presse reprend dans un sens le rôle informatif que les magazines jouent, comme d'autres études ont pu le mettre en évidence. En revanche, les articles concernant l'avortement sont plus

61. B. Myles, 26 janvier 2008, *op. cit.*

62. A. Gruda, 15 mai 2009, *op. cit.*

complexes ; la question est tour à tour envisagée sous l'angle médical, social, législatif, féministe, et les journalistes prennent la défense de l'avortement et font les louanges des droits des femmes à plusieurs occasions (les anniversaires de la loi omnibus et du procès Morgentaler, les honneurs accordés à ce dernier et le projet de loi C-484). Les articles sur l'avortement cherchent à défendre un point de vue et sont donc ainsi plus facilement polémiques, notamment lorsqu'ils s'attaquent aux menaces qui pèsent sur le droit et l'accès à l'avortement. On note en revanche que, si l'avortement n'est plus vraiment présenté comme un enjeu moral par la presse, il reste une question éthique, concentrée principalement sur l'avortement tardif, qui suscite un malaise manifeste chez les journalistes abordant la question⁶³, et ce, même s'ils défendent l'avortement par ailleurs.

Comme nous l'avions supposé, le contrôle que souhaite exercer l'Église dans le débat n'est absolument pas rapporté par la presse québécoise. L'actualité a voulu que deux événements aient mis l'Église sur la sellette dans la période de notre étude, à savoir l'excommunication de l'entourage de la fillette brésilienne avortée et la déclaration du pape sur les condoms en Afrique. Tous les articles traitant de ces événements sont de très vives critiques à l'égard des positions catholiques et du regard que l'Église porte sur les femmes. Toutefois, si ce n'était de ces deux événements médiatiques, la thématique de la religion n'apparaîtrait pratiquement pas dans notre corpus, les représentants catholiques n'ayant pas leur mot à dire dans le débat public. La seule référence à la religion, en dehors de ces deux événements, survient à l'occasion du vote du député et prêtre Raymond Gravel contre le projet de loi C-484 en 2008, qui se voit alors donner la parole dans la presse pour répondre aux accusations de « mauvais prêtre » portées par le président d'un groupe pro-vie. Pourtant, même à ce moment, les articles ne rapportent pas le sentiment des instances catholiques sur ce vote, pas plus que sur la question de l'avortement d'ailleurs. La religion est donc évacuée du débat et cède la place d'experte qu'elle occupait jusque dans les années 1960 aux intervenants médicaux et sociaux, qui sont ceux à qui les journalistes donnent le plus souvent la parole.

Qu'en est-il du contrôle que la presse exerce sur ces questions ? Peut-on dire, comme Olasky (1988) l'avait montré dans le cas de la presse américaine, que la presse québécoise fait preuve d'un parti pris évident et tente de façonner le discours autour de l'avortement ? S'il est manifeste

63. Une journaliste, pourtant pro-choix, va même jusqu'à le qualifier de « boucherie » (Gagnon, 29 janvier 2008, *op. cit.*).

que la presse québécoise soutient l'avortement, il faut tout de même relever que les journalistes donnent la parole aux associations engagées des deux côtés du débat, avec tout de même une prédominance numérique des associations œuvrant pour l'avortement, comme c'était le cas dans l'étude de la presse américaine de Rohlinger (2002). Cependant, à la différence du constat de Noonan (1979) et d'Olasky (1988), les opinions favorables à l'avortement et à la contraception qu'expriment les journalistes québécois, ainsi que leur condamnation générale des déclarations de l'Église catholique, ne font que refléter l'opinion publique québécoise⁶⁴ et ne façonnent ainsi probablement pas le débat. En revanche, nous pensons que la presse québécoise d'aujourd'hui peut exercer un certain contrôle inconscient sur l'image de la femme et son rapport au contrôle de sa fécondité. Martin et Wu (2000) révèlent que 61,6 % des Québécoises utilisaient une méthode contraceptive en 1995, mais c'était également le cas de 57,1 % des hommes de la province. Les hommes semblent donc tout autant concernés par la contraception. Pourtant, à la lecture des articles recensés, l'omniprésence des femmes dans le débat contraste avec l'absence quasi totale des hommes, comme si la contraception et l'avortement n'étaient que l'affaire des femmes. Il nous semble que cela participe à la construction inconsciente de l'image de la femme comme seule responsable de la contraception – occultant le fait que la contraception doit relever de l'homme autant que de la femme et que l'avortement est dans la plupart des cas une affaire de couple – et donc de ses échecs, menant à une sur-responsabilisation de la femme devant la décision d'une interruption de grossesse. En gagnant la possibilité d'exercer un contrôle médical sur sa fertilité, la femme finit finalement par être rattrapée par l'impératif de contrôler son corps, que la presse relaie inconsciemment.

CONCLUSION

Historiquement, les femmes ont été accusées de la baisse de la fécondité du pays successivement à cause de la contraception, de leur volonté d'être les égales des hommes, de leur travail et de l'avortement, toutes ces raisons

64. Selon une étude, plus de 80 % des Québécoises approuvent le recours à la contraception, et une très grande majorité de femmes sont en désaccord avec les positions de l'Église catholique (Lévy et Dupras, 2008, p. 61). De plus, un sondage mené auprès des Québécois en 2007 montre que 94 % d'entre eux trouvent la contraception « acceptable d'un point de vue moral ». La proportion est de 65 % pour l'avortement. <http://www.angus-reid.com/polls/29842/canadians_review_what_is_morally_acceptable/>.

étant jugées égoïstes par rapport au bien commun de la nation (McLaren et McLaren, 1997). Comme le montre cette étude exploratoire sur la presse québécoise, la contraception est encore aujourd'hui perçue plus comme la responsabilité de la femme que comme celle de l'homme, et c'est donc sur elle que s'exercent les pressions suscitées par les différents enjeux autour du contrôle des naissances. Les femmes sont sensibilisées très tôt au risque de grossesse et à la contraception, et ce, dans une plus grande mesure que les garçons (Sutton *et al.*, 2002). Cette différence de conscientisation entre les hommes et les femmes devant la possibilité reproductrice entraîne peut-être toute la société dans l'accusation des femmes qui doivent interrompre leur grossesse. À cet égard, un article en particulier portant sur l'interruption de grossesse effectuée à la suite du dépistage de la trisomie 21 nous rappelle qu'il existe encore deux poids deux mesures entre les avortements effectués pour raisons médicales et les autres⁶⁵. C'est d'ailleurs ce que nous confirme un sondage réalisé par Angus Reid en juin 2008 : presque la moitié des Québécois (47 %) sont favorables à l'avortement en toutes circonstances ; en revanche, l'autre moitié (48 %) souhaite qu'il soit plus restrictif ou réservé uniquement à des cas bien particuliers (viol, inceste, danger pour la mère)⁶⁶. Sans aller jusqu'à parler de bons et de mauvais avortements, il est certain que, si les avortements « nécessaires » reçoivent l'appui de l'opinion publique et de la presse, ceux qui sont motivés par des raisons « personnelles » semblent provoquer un certain malaise. C'est la raison pour laquelle, malgré ses tentatives de traiter l'avortement comme un problème de santé publique, la presse finit par l'aborder comme une question éthique avec l'avortement tardif, ou comme une question d'opinion personnelle, affective ou polémique en faveur de laquelle il faut argumenter. La contraception, en revanche, est clairement traitée comme une question de santé publique, abordée sous un angle beaucoup plus médical et informatif.

65. « Il faut également veiller à ce que l'interruption de grossesse qui peut suivre le dépistage ne soit banalisée ou, à l'inverse, démonisée. Certains peuvent s'opposer à l'avortement lorsqu'il est considéré comme un simple moyen de contraception. Par contre, leur avis changera s'il est motivé par une raison médicale » (B. Breton, « Au-delà du dépistage », *Le Soleil*, 31 janvier 2009, p. 42).

66. Angus Reid Strategies, « Canadians Uphold Abortion Policy, Split on Health Care System's Role ». <http://www.angus-reid.com/wp-content/uploads/archived-pdf/2008.06.20_Abortion.pdf>.

Cette étude exploratoire du traitement des questions de la contraception et de l'avortement dans la presse quotidienne québécoise mériterait d'être approfondie. Limitée dans un premier temps en termes de mots-clés et de journaux analysés, il serait intéressant d'étendre l'étude à d'autres journaux quotidiens, y compris anglophones, et de prendre en compte plus de mots-clés spécifiques. Cela dit, même si la pertinence de la presse écrite sur la contraception et l'avortement – bien que différemment pour chacune des deux questions – a été établie, il ne faudrait pas négliger l'importance d'Internet en matière de production d'informations, de débats et de polémiques. À cet égard, c'est peut-être vers la presse électronique qu'il faudrait se tourner pour mieux comprendre les débats contemporains sur ces questions.

BIBLIOGRAPHIE

- Blais, M., S. Raymond, H. Manseau et J. Otis (2009). «La sexualité des jeunes Québécois et Canadiens. Regard critique sur le concept d'«hypersexualisation»», *Globe. Revue internationale d'études québécoises*, vol. 12, n° 2, p. 23-46.
- Broadus, M.R., H. Morris et A.D. Bryan (2010). «“It's not what you said, it's how you said it” : Perceptions of condom proposers by gender and strategy», *Sex Roles*, vol. 62, n°s 9-10, p. 603-614.
- Brown, J.D. (2002). «Mass media influences on sexuality», *The Journal of Sex Research*, vol. 39, n° 1, p. 42-45.
- Collectif Clio (1992). *L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles*, Montréal, Le Jour Éditeur.
- Committee on Public Education (2001). «Sexuality, contraception, and the media», *Pediatrics*, vol. 107, n° 1, p. 191-194.
- Daly, M. (1985). *Beyond God the Father: Toward a Philosophy of Women's Liberation*, 2^e éd., Boston, Beacon Press.
- Davis, S.M. et M.B. Harris (1982). «Sexual knowledge, sexual interests, and sources of sexual information of rural and urban adolescents from three cultures», *Adolescence*, vol. 17, n° 3, p. 471-492.
- Delavande, A. (2008). «Pill, patch, or shot? Subjective expectations and birth control choice», *International Economic Review*, vol. 49, n° 3, p. 999-1042.
- Desmarais, L. (2005). «Avortons-nous trop?», *La vie en rose*, hors série, p. 111-113.
- Dupras, A., J.J. Lévy et J.M. Samson (1984). *Opinions des Québécois/ses sur la sexualité, l'éducation à la sexualité et la sexologie : résultats généraux du sondage 1982*, Longueuil, Institut de recherches et d'information sexologiques.
- Fairley, A. (1990). «The birth of birth control», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 142, n° 9, p. 993-995.

- Featherstone, L. (2008). «Becoming a baby?», *Australian Feminist Studies*, vol. 23, n° 53, p. 451-465.
- Gauvreau, D. (2004). «La transition de la fécondité au Québec: un exemple de transgression de la morale catholique?», *Études d'histoire religieuse*, vol. 70, p. 7-22.
- Godard, B. (1992). *L'avortement. Entre la loi et la médecine*, Montréal, Liber.
- Granzow, K. (2007). «De-constructing "choice": The social imperative and women's use of the birth control pill», *Culture, Health and Sexuality*, vol. 9, n° 1, p. 43-54.
- Greenberg, B.S. et R.W. Busselle (1996). «Soap opera and sexual activity: A decade later», *Journal of Communication*, vol. 46, p. 153-160.
- Hazan, M. (1986). *Avortement et contraception dans la presse féminine française (1961-1974)*, Thèse de doctorat en psychologie, Université de Montréal.
- Henry J. Kaiser Family Foundation (1996). *The Kaiser Family Foundation Survey on Teens and Sex: What They Say Teens Today Need to Know, and Who They Listen to*, Menlo Park, Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Henry J. Kaiser Family Foundation (1998). *Kaiser Family Foundation and YM magazine National Survey of Teens: Teens Talk About Dating, Intimacy, and Their Sexual Experience*, Menlo Park, Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Hynie, M., R.A. Schuller et L. Couperthwaite (2003). «Perceptions of sexual intent: The impact of condom possession», *Psychology of Women Quarterly*, vol. 27, n° 1, p. 75-79.
- Ipsos Reid (2004). *Young Women Trust The Pill over All Other Methods of Birth Control for Preventing Pregnancy*, Ipsos Reid.
- Isambert, F.A. et P. Ladrière (1979). *Contraception et avortement: dix ans de débat dans la presse (1965-1974)*, Paris, Éditions du CNRS.
- Lamoureux, D. (1983). «La lutte pour le droit à l'avortement (1969-1981)», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 37, n° 1, p. 81-90.
- Lévy, J.J. et A. Dupras (dir.) (2008). *Questions de sexualité au Québec*, Montréal, Liber.
- Litcher, R., S. Rothman et L.S. Licher (1986). *The Media Elite: America's New Powerbrokers*, Bethesda, Adler & Adler.
- Lowry, D.T. et J.A. Shidler (1993). «Prime-time TV portrayals of sex, "safe" sex, and AIDS: A longitudinal analysis», *Journalism Quarterly*, vol. 70, n° 3, p. 628-637.
- Martin, K. et Z. Wu (2000). «Contraceptive use in Canada: 1984-1995», *Family Planning Perspectives*, vol. 32, n° 2, p. 65-73.
- McLaren, A. et A.T. McLaren (1997). *The Bedroom and the State: The Changing Practices and Politics of Contraception in Canada, 1880-1997*, 2^e éd., Toronto, Oxford University Press.
- Moore, A.M., L. Frohwirth et E. Miller (2010). «Male reproductive control of women who have experienced intimate partner violence in the United States», *Social Science and Medicine*, vol. 70, n° 11, p. 1737-1744.

- Noonan, J. (1979). *A Private Choice : Abortion in America in the Seventies*, New York, The Free Press.
- Olasky, M. (1988). *The Press and Abortion, 1838-1988*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates.
- Petchesky, R.P. (1987). «Fetal images : The power of visual culture in the politics of reproduction», *Feminist Studies*, vol. 13, n° 2, p. 263-288.
- Price, J.H., S. Desmond et G. Kukulka (1985). «High school students' perceptions and misperceptions of AIDS», *Journal of School Health*, vol. 55, n° 3, p. 107-109.
- Roberts, D.F., U.G. Foehr, V.J. Rideout et M. Brodie (1999). *Kids And Media at The New Millennium : A Comprehensive National Analysis of Children's Media Use*, Menlo Park, Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Rohlinger, D.A. (2002). «Framing the abortion debate : Organizational resources, media strategies, and movement-counter movement», *The Sociological Quarterly*, vol. 43, n° 4, p. 479-507.
- Rohlinger, D.A. (2006). «Friends and foes : Media, politics, and tactics in the abortion», *Social Problems*, vol. 53, n° 4, p. 537-561.
- Rozée, V. (2009). «La problématique de l'avortement en Bolivie», *Recherches féministes*, vol. 22, n° 2, p. 77-95.
- Ruether, R.R. (2008). «Women, reproductive rights and the catholic church», *Feminist Theology*, vol. 16, n° 2, p. 184-193.
- Sanger, C. (2008). «Seeing and believing : Mandatory ultrasound and the path to a protected choice», *UCLA Law Review*, vol. 56, p. 351-408.
- Sedgh, G. *et al.* (2007). «Legal abortion worldwide : incidence and recent trends», *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 39, n° 4, p. 216-225.
- Sutton, M.J. *et al.* (2002). «Shaking the tree of knowledge for forbidden fruit : Where adolescents learn about sexuality and contraception», dans J.D. Brown, J.R. Steele et K. Walsh-Childers (dir.), *Sexual Teens, Sexual Media : Investigating Media's Influence on Adolescent Sexuality*, Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, p. 25-55.
- Thiel de Bocanegra, H. *et al.* (2010). «Birth control sabotage and forced sex : Experiences reported by women in domestic violence shelters», *Violence Against Women*, vol. 16, n° 5, p. 601- 612.
- Treise, D. et A. Gotthoffer (2002). «Stuff You couldn't ask your parents : Teens talking about using magazines for sex information», dans J.D. Brown, J.R. Steele et K. Walsh-Childers (dir.), *Sexual Teens, Sexual Media : Investigating Media's Influence on Adolescent Sexuality*, Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, p. 173-189.
- Veron, E. (1981). *Construire l'événement. Les médias et l'accident de Three Mile Island*, Paris, Éditions de Minuit.
- Walsh-Childers, K. (1990). «Adolescents' sexual schemas and interpretations of male-female relationships in a soap opera», Thèse de doctorat, University of North Carolina-Chapel Hill.

- Walsh-Childers, K., A. Gotthoffer et C. Ringer Lepre (2002). «From “just the facts” to “downright salacious”: Teens’ and women’s magazine coverage of sex and sexual health», dans J.D. Brown, J.R. Steele et K. Walsh-Childers (dir.), *Sexual Teens, Sexual Media: Investigating Media’s Influence on Adolescent Sexuality*, Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, p. 153-171.
- Williams, S.P. *et al.* (2010). «Urban woman’s negotiation strategies for safer sex with their male partners», *Women & Health*, vol. 33, n° 3-4, p. 149-165.

Notices biographiques

Denyse Baillargeon est professeure au Département d'histoire de l'Université de Montréal et membre du Groupe d'histoire de Montréal. Elle est l'auteure de *Ménagères au temps de la crise* (1991) et de *Un Québec en mal d'enfants. La médicalisation de la maternité, 1910-1970* (2004) qui a obtenu plusieurs prix. En 2007, elle a aussi écrit *Naître, vivre, grandir. Sainte-Justine, 1907-2007*. Depuis quelques années, elle s'intéresse aux campagnes de financement organisées par cet hôpital pédiatrique entre 1929 et 1970 et à la publicité pour les médicaments vendus sans ordonnance au Québec au xx^e siècle.

Martin Blais, sexologue et sociologue, est professeur au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal. Il est chercheur régulier au Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles et membre affilié de l'équipe de recherche Sexualités et genres : vulnérabilité et résilience (SVR). Ses travaux de recherche portent sur la diversification des trajectoires sexuelles et conjugales et leurs conditions socioculturelles d'émergence, la codification sociosémantique de l'intimité, de l'amour et de la sexualité, de même que sur les conduites sexuelles à risque.

Carole Brugeilles, démographe, est maître de conférences au Département de sociologie de l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense et chercheure au Centre de recherche Populations et Sociétés (CERPOS) ainsi qu'au Centre de recherche et de documentation sur les Amériques (CREDA).

Ses recherches portent sur l'évolution de la fécondité et de ses déterminants, les politiques démographiques, la santé de la reproduction, la socialisation et la sociologie des rapports sociaux de sexe.

Myrian Carbajal Mendoza, docteure en travail social et politiques sociales, est professeure à la Haute École spécialisée de la Suisse occidentale (HES-SO), Haute École fribourgeoise de travail social. Experte dans le domaine des migrations sans papier, elle s'intéresse également aux questions de genre et de santé sexuelle et reproductive. Elle mène actuellement des recherches dans le champ de la jeunesse et migration avec un accent mis sur des aspects du passage à l'âge adulte, des pratiques sexuelles et des représentations sociales.

Laurence Charton, sociologue et démographe, est professeure à l'Institut national de la recherche scientifique, au centre Urbanisation, Culture et Société à Montréal. Elle est membre du partenariat *Familles en mouvance et dynamiques intergénérationnelles* et chercheuse associée au Laboratoire Cultures et sociétés en Europe (UMR/CNRS 7236). Ses recherches portent sur les trajectoires familiales, la santé reproductive et les temporalités.

Philippe-Benoit Côté, sexologue (M.A.) en recherche-intervention, est assistant de recherche et chargé de cours au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal. Il est candidat au doctorat en service social à l'Université de Montréal. Ses recherches portent sur l'itinérance, la marginalité et les jeunes en difficulté, ainsi que sur l'intimité, l'amour et la sexualité dans les sociétés contemporaines.

Catherine de Pierrepont, sexologue (M.A.), est professionnelle au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal. Ses intérêts de recherche portent sur la sexualité périnatale ainsi que sur les nouveaux médias et les moyens de communication contemporains.

Catherine Garnier, psychosociologue, est professeure associée au Département de kinanthropologie de l'Université du Québec à Montréal. Directrice du GEIRSO (Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales) et présidente de l'AIICM (Association internationale et interdisciplinaire sur la Chaîne des médicaments), elle a publié plusieurs articles et livres sur les représentations sociales et les médicaments.

Mélanie Landreville, étudiante en création littéraire, Université du Québec à Montréal, s'intéresse aux rapports entre discursivité et genre dans une perspective féministe.

Évelyne Lasserre, anthropologue, est maître de conférences au Service Commun de Sciences humaines et sociales, Université Claude-Bernard Lyon 1. Membre de l'équipe de recherche S2HEP (Sciences et Société, Historicité, Éducation et Pratiques), elle s'intéresse aux représentations contemporaines du corps, de la santé et de la maladie. Ses derniers travaux de recherche portent en particulier sur les usages des technologies de l'information et de la communication par des personnes en situation de handicap ainsi que sur les récits de l'expérience du cancer.

Joseph Josy Lévy, anthropologue, est professeur au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal. Il est membre de l'équipe de recherche Sexualités et genres : vulnérabilité et résilience (SVR) et chercheur associé au programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments (CRSH-GT), au Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales (GEIRSO). Il a publié plusieurs articles et livres portant sur les minorités sexuelles, les usages santé d'Internet, la prévention du VIH/sida et les médicaments.

Hélène Manseau, sexologue et criminologue, est professeure et directrice du Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal. Elle est membre du Centre de recherche sur les inégalités sociales et les discriminations (CREMIS) et du Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance, et membre du Collectif de recherche sur l'itinérance (CRI) à l'Université du Québec à Montréal. Elle a publié plusieurs articles et livres sur les jeunes en difficulté et leur sexualité ainsi que sur les programmes d'intervention auprès de ces populations.

Marie Moreau est candidate au doctorat en civilisation nord-américaine à l'Université Sorbonne Nouvelle – Paris 3 et membre du laboratoire Centre for Research on the English-Speaking World (CREW) ainsi que du groupe de recherche Performing Straight White Masculinities. Ses intérêts de recherche portent plus particulièrement sur la famille contemporaine au Canada et aux États-Unis.

Marie-Andrée Provencher est candidate à la maîtrise en sexologie (profil recherche-intervention) et assistante de recherche au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal.

Arnaud Régnier-Loilier, docteur en sociologie, est chargé de recherches à l'Institut national d'études démographiques (unité de recherche « Fécondité, famille, sexualité ») et enseigne à l'université de la Sorbonne-Paris 4. Il travaille sur les comportements contemporains de fécondité et la planification

des naissances. Il est responsable scientifique de l'enquête longitudinale «Étude des relations familiales et intergénérationnelles» (Erfi, 2005, 2008 et 2011), la version française de l'enquête internationale *Generations and Gender Survey (GGS)*.

Jean-Marc Samson, éducateur et sexologue, est professeur associé au Département de sexologie, à l'Université du Québec à Montréal, et chercheur associé au Programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments (CRSH-GT) et au Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales (GEIRSO). Il a publié plusieurs articles et livres portant sur l'éducation sexuelle et la prévention du VIH/sida.

Philippe Tremblay, psychologue (M. Ps.), est candidat au Ph. D./Psy. D. en psychologie, à l'Université du Québec à Montréal. Agent de recherche au Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales (GEIRSO) et au Programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments (CRSH-GT), il est coordonnateur de la *Revue internationale sur le médicament* (<www.geirsomedicaments.uqam.ca/revue_RIM>).



**L'agression sexuelle envers les enfants –
Tome 1**

*Sous la direction de Martine Hébert,
Mireille Cyr et Marc Tourigny*
2011, ISBN 978-2-7605-3012-6, 522 pages

Minorités sexuelles, Internet et santé

*Sous la direction de Joseph J. Lévy,
Jean Dumas, Bill Ryan et Christine Thoër*
2011, ISBN 978-2-7605-2939-7, 278 pages

**La régulation sociale
des minorités sexuelles**

L'inquiétude de la différence
*Sous la direction de
Patrice Corriveau et Valérie Daoust*
2010, ISBN 978-2-7605-2633-4, 274 pages

**Le syndrome du bébé secoué
(traumatisme crânien non accidentel)**

Vers une convergence des interventions
*Sous la direction de Annie Stipanivic,
Pierre Nolin et Gilles Fortin*
2010, ISBN 978-2-7605-2411-8, 270 pages

Les médias et la santé

De l'émergence à l'appropriation
des normes sociales
Sous la direction de Lise Renaud
2010, ISBN 978-2-7605-2423-1, 448 pages

**Faire équipe pour l'éducation à la santé
en milieu scolaire**

*Sous la direction de Johanne Grenier,
Joanne Otis et Gilles Harvey*
2009, ISBN 978-2-7605-2481-1, 276 pages

Les soins de santé primaires

Critiques d'une orthodoxie
Roberson Édouard et Michèle Clément
2009, ISBN 978-2-7605-2474-3, 184 pages

Médias, médicaments et espace public

*Sous la direction de Christine Thoër,
Bertrand Lebouché, Joseph Josy Lévy
et Vittorio Alessandro Sironi*
2009, ISBN 978-2-7605-2470-5, 350 pages

**Diversité sexuelle
et constructions de genre**

*Sous la direction de Line Chamberland,
Blye W. Frank et Janice Ristock*
2009, ISBN 978-2-7605-2462-0, 424 pages

La fascination

Nouveau désir d'éternité
Luce Des Aulniers
2009, ISBN 978-2-7605-2436-1, 418 pages

**Tests d'évaluation de la capacité
fonctionnelle chez l'adulte
de 55 ans et mieux**

*Sous la direction
d'Emilia Kalinova et Mario Leone*
2009, ISBN 978-2-7605-2446-0, 160 pages

Génération et cycles de vie

Au carrefour des temps biologiques
et psychosociaux
*Sous la direction de Laurence Charton
et Joseph Josy Lévy*
2009, ISBN 978-2-7605-2430-9, 252 pages

Tango, corps à corps culturel

Danser en tandem pour mieux vivre
Sous la direction de France Joyal
2009, ISBN 978-2-7605-2392-0, 276 pages

Pour une approche intégrée en santé

Vers un nouveau paradigme
*Jean-Claude Magny, Gilles Harvey,
Yves Lévesque, Daniel Kieffer,
Anne Taillefer et Denis Fourniery*
2008, ISBN 978-2-7605-1589-5, 150 pages

Intersections

Cultures, sexualités et genres
*Sous la direction de Shari Brotman
et Joseph Josy Lévy*
2008, ISBN 978-2-7605-1581-9, 494 pages

Épidémie silencieuse

Le traumatisme craniocérébral léger :
symptômes et traitement
*Sous la direction de
Frédéric Banville et Pierre Nolin*
2008, ISBN 978-2-7605-1547-5, 310 pages

Danse et santé

Du corps intime au corps social
Sous la direction de Sylvie Fortin
2008, ISBN 978-2-7605-1543-7, 326 pages

**Les médias et le façonnement
des normes en matière de santé**

Sous la direction de Lise Renaud
2007, ISBN 978-2-7605-1526-0, 318 pages

La chaîne des médicaments

Perspectives pluridisciplinaires
*Sous la direction de
Joseph J. Lévy et Catherine Garnier*
2007, ISBN 978-2-7605-1510-9, 522 pages



Vieillir en milieu d'hébergement

Le regard des résidents

Michèle Charpentier

2007, ISBN 978-2-7605-1477-5, 180 pages

Homosexualités

Variations régionales

Sous la direction de

Danielle Julien et Joseph J. Lévy

2007, ISBN 2-7605-1471-3, 284 pages

La surdité vue de près

Colette Dubuisson et Christiane Grimard

2006, ISBN 2-7605-1449-8, 436 pages

Trouble déficient de l'attention avec hyperactivité

Soigner,   duquer, surtout valoriser

Sous la direction de Nicole Chevalier,

Marie-Claude Guay, André Achim,

Philippe Lageix et Hélène Poissant

2006, ISBN 2-7605-1463-3, 336 pages

Souffrance et médecine

Serge Daneault

2006, ISBN 2-7605-1452-8, 180 pages

Surdité et société

Perspectives psychosociale,

didactique et linguistique

Sous la direction de Daniel Daigle

et Anne-Marie Parisot

2006, ISBN 2-7605-1407-2, 220 pages

La santé s'affiche au Québec

Plus de 100 ans d'histoire

Lise Renaud

2005, ISBN 2-7605-1344-0, 264 pages

Histoire des orthophonistes et des audiologistes au Québec: 1940-2005

Pratiques cliniques, aspirations professionnelles et politiques de la santé

Julien Prud'Homme

2005, ISBN 2-7605-1378-5, 166 pages

Les traitements antirétroviraux

Expériences et défis

Sous la direction de Joseph J. Lévy,

Janine Pierret et Germain Trottier

2004, ISBN 2-7605-1276-2, 252 pages

Enjeux psychosociaux de la santé

Sous la direction de

Joseph Josy Lévy, Danielle Maisonneuve,

Henriette Bilodeau et al.

2003, ISBN 2-7605-1233-9, 352 pages

La contraception médicale, en rendant possible une meilleure maîtrise de la fécondité, a contribué à restructurer les représentations et les pratiques des processus de reproduction. En permettant d'éviter les grossesses «non désirées», elle a notamment amené les femmes à choisir le «bon moment» pour avoir des enfants. Cette rationalisation et cette homogénéisation des comportements féconds invitent à (re)penser le temps et l'espace naturel de la reproduction, qui semblent être remis en cause, voire redessinés. Ce livre met donc à contribution des chercheurs de différentes disciplines (démographie, sociologie, histoire, sexologie, psychologie) afin d'observer les liens complexes entre pratiques contraceptives et attentes sociales.

Un portrait de la situation contraceptive, basé des enquêtes sociodémographiques autant à l'échelle nationale qu'internationale, est d'abord esquissé. Une deuxième partie s'attache aux dynamiques socioculturelles liées à la planification des naissances et à leur évolution par l'analyse des enjeux de la contraception en France, au Québec et au Mexique. Les pratiques contraceptives des jeunes et les stratégies d'intervention adoptées sont étudiées dans la troisième partie à partir d'exemples québécois, français et suisse. Enfin, la dernière partie porte sur l'information véhiculée sur la prévention dans les médias et dans les forums de discussion sur le Web.

Ensemble, ces recherches mettent en évidence la pluralité des scénarios contraceptifs et de leurs déterminants dans des populations diverses. Il s'agit d'une synthèse clairvoyante et nuancée sur la contraception dans le mode contemporain.

LAURENCE CHARTON, sociodémographe, est maître de conférences au Département de sociologie à l'Université de Strasbourg (Laboratoire Cultures et sociétés en Europe).

JOSEPH JOSY LÉVY est professeur au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal.

Ont collaboré à cet ouvrage

Denyse Baillargeon
Martin Blais
Carole Brugevilles
Myrian Carbajal Mendoza
Philippe-Benoît Côté

Catherine De Pierrepont
Catherine Garnier
Mélanie Landreville
Evelyne Lasserre
Hélène Manseau

Marie Moreau
Marie-Andrée Provencher
Arnaud Régnier-Loilier
Jean-Marc Samson
Philippe Tremblay