

CONTRACEPTION

LA CONTRACEPTION UNE HISTOIRE DE MEUFS

Caroline WATILLON

Collaboratrice FLCPF

et **Daniel MURILLO**

Gynécologue et andrologue au CHU Saint-Pierre (Bruxelles)

DÉCEMBRE 2022



FÉDÉRATION LAÏQUE
DE CENTRES
DE PLANNING FAMILIAL

Intuitivement, on s'attendait à ce que la seconde révolution contraceptive entraîne une diminution du nombre d'avortements. C'est faux. En 2004, Nathalie Bajos et ses collègues expliquent le statut quo¹ : aucune méthode de contraception n'est fiable à 100 % et la légalisation de l'avortement a favorisé son recours dans les cas de grossesses non-désirées.

Depuis quatre ans, l'European Parliamentary Forum for sexual and reproductive rights (EPF) évalue la couverture contraceptive des pays européens selon trois groupes d'indicateurs : les politiques d'accès à la contraception, les services de consultation en santé sexuelle et reproductive (SSR) et l'information disponible en ligne. En 2020, cet atlas² classe la Belgique à la tête du classement : nous avons la meilleure couverture contraceptive en Europe et nous pouvons nous

1. BAJOS N. et al. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?
in *Population & Sociétés*, n° 407, décembre 2004.

<https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/pourquoi-le-nombre-d-avortements-n-a-t-il-pas-baisse-en-france-depuis-30-ans>

2. *European Contraception Atlas*. EPF, 2020.

<https://www.epfweb.org/european-contraception-atlas>

en réjouir. Néanmoins, nous pensons que la prise en charge des demandes de contraception peut encore être améliorée : globalement, en renforçant les cadres légaux³ et en améliorant l'enseignement de la santé sexuelle et reproductive, entre autres dans les facultés de médecine ; et plus spécifiquement, par le développement des méthodes de contraception masculines.

Actuellement, la population mondiale augmente à un rythme de 80 millions de personnes par an. On devrait atteindre les 10 milliards d'ici 2050⁴. Par ailleurs, on estime à 80 millions par an le nombre de grossesses non-planifiées⁵ ; grossesses qui entraînent une charge financière et médicale importante, en particulier pour les femmes et les enfants.

3. Généralisation de l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS), gratuité de la contraception, organisation de modules sur la santé sexuelle et reproductive dans les cursus de médecine, développement de la contraception masculine, etc.

4. *Rapport sur la population mondiale*. ONU, 2022. <https://www.un.org/fr/desa/un-report-world-population-projected-to-reach-9-6-billion-by-2050>

5. *Journées mondiales 26 & 28 septembre : Pour que chacun-e puisse décider librement de sa sexualité, sa santé et sa vie*. Communiqué de presse Médecins du Monde, 26 septembre 2022. <https://www.medecinsdumonde.org/actualite/journees-mondiales-26-28-septembre-pour-que-chacun-e-puisse-decider-librement-de-sa-sexualite-sa-sante-et-sa-vie>

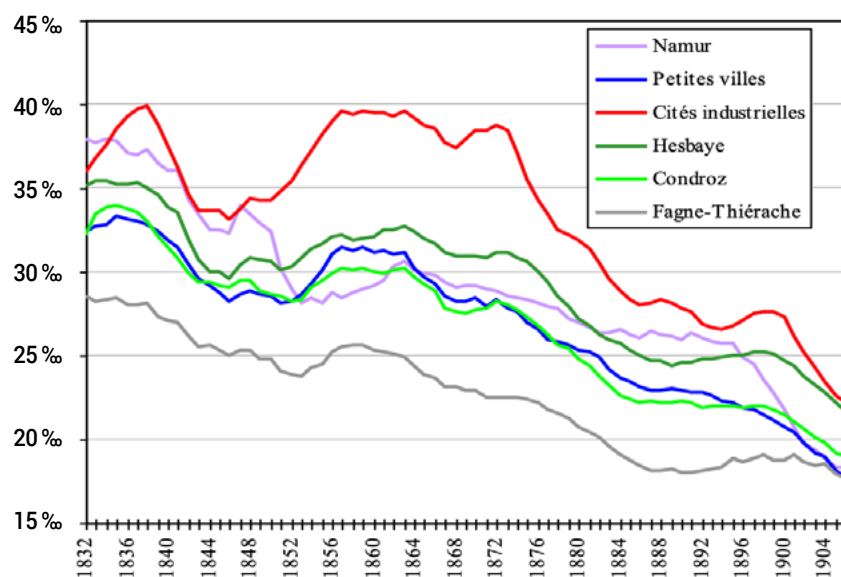
La contraception peut échouer et le recours à l'interruption de grossesse s'imposer. Si des femmes y ont recours, c'est toujours par nécessité, personne n'avorte par plaisir. Régulièrement, les anti-choix utilisent l'argument de la contraception contre le droit à l'avortement, pourtant la réalité est plus complexe et l'analyse socio-historique est nécessaire pour trouver des pistes d'amélioration de l'accès à la santé sexuelle et reproductive des femmes.

Introduction



La contraception a été utilisée dès l'Antiquité, plutôt hors mariage : pessaires, douches vaginales, potions pour faire revenir les règles, coït interrompu et préservatif de l'époque. Lors du colloque « *Contraception et IVG, cherchez le lien* »⁶, la démographe Mireille Le Guen est revenue sur deux révolutions contraceptives

Première révolution contraceptive au 18^e siècle (France) et au 19^e siècle (Belgique)



EGGERICKX T., BREE S., BOURGUIGNON M.
Transition de fécondité et évolutions économiques du 18^e au 21^e siècle, *Revue Belge d'Histoire Contemporaine*, 2016, XLVI (3/4), p. 46-74.

Analyse socio-historique de la contraception

6. Colloque contraception 2019, organisé au CEME (Charleroi) par la Fédération Laïque de Centres de Planning Familial : « Contraception et IVG, cherchez le lien ».

Ces premières révolutions contraceptives sont lancées d'abord par les couples eux-mêmes, désireux de réguler leur fertilité. Omer Tulippe, dans l'Atlas de Belgique, explique : *« 1880 clôt à peu près dans la plupart des pays l'ère des progrès de la natalité. Pour notre pays, le taux de natalité n'a cessé de diminuer régulièrement de 1880 à 1913, passant ainsi de 30,92 ‰ en 1880 à 22,53 ‰ pour la période 1911-1913 »* (Tulippe O., 1960).

Les méthodes à l'époque, sont essentiellement le retrait, les tampons, les douches vaginales, déjà le préservatif en caoutchouc aux USA et d'autres gadgets dont le commerce est florissant. Ces décisions individuelles ont impacté la démographie et entraîné une baisse significative de la fertilité, on le voit sur ce graphique pour la Belgique, d'abord en Wallonie. Pendant la première guerre mondiale le taux de natalité est tombé à 14,41‰ (Tulippe O., 1960).

À la sortie de la première Guerre Mondiale, qui a provoqué ces taux de natalité en baisse ainsi qu'une augmentation de la mortalité, les politiques natalistes se mettent en place

Analyse socio-historique de la contraception

et en 1923, la Belgique interdit toute publicité autour de la contraception (Villers S., 2009).

Deuxième révolution contraceptive dans les années 1960

La deuxième révolution contraceptive a lieu dans les années 1960 avec la commercialisation des méthodes médicales de contraception, comme le dispositif intra-utérin⁷ (DIU) et la pilule hormonale. À cette libération, succède un autre évènement majeur dans notre pays : l'arrestation du docteur Willy Peers en 1973 pour pratique d'avortements illégaux⁸. La médiatisation de l'arrestation a relancé les débats sur les grossesses non-désirées et la publicité pour les contraceptifs a de nouveau été autorisée.

Il est évident que l'accès à ces nouvelles méthodes, au moment où il est « interdit d'interdire », a été un levier de libération -

Analyse socio-historique de la contraception

7. Aussi appelé stérilet, au risque d'une connotation négative. En effet, le DIU ne rend pas stérile et c'est pourquoi nous préférons cette terminologie.

8. DELCORPS V. 18 janvier 1973 : *L'affaire Peers lance le débat sur l'avortement*. Levif.be, 18/01/2019. <https://www.levif.be/actualite/histoire/18-janvier-1973-l-affaire-peers-lance-le-debat-sur-l-avortement/article-normal-1079507.html>

notamment sexuelle - des femmes. Preuve, en est, ce témoignage éclairant d'Annie Sugier, l'une des figures de proue du mouvement français de libération des femmes : « *Pour moi, c'était vraiment une libération* », se souvient-elle. « *Il ne me venait pas à l'esprit de pouvoir avoir des relations avec les hommes si ce problème n'était pas résolu. Je ne voulais absolument pas prendre le risque d'une grossesse* »⁹.

Analyse socio-historique de la contraception



9. 50 ans après sa légalisation, la contraception reste « une affaire de femmes ». Rtbf.be, 17/12/2017.
https://www.rtbf.be/tendance/bien-etre/sante/detail_50-ans-apres-sa-legalisation-la-contraception-reste-une-affaire-de-femmes?id=9789304

Comme nous l'avons vu, l'accès large à la contraception est un droit récent, fragile ; il est nécessaire que la société le préserve. En ce sens, le législateur peut, par exemple, généraliser l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) en milieu scolaire de manière à garantir une information suffisante pour les élèves en Fédération Wallonie-Bruxelles; mais aussi éduquer à la vie relationnelle, affective et sexuelle dans d'autres lieux de vie que l'école (centres de jour, associations de jeunesse, prisons,...); favoriser l'émergence d'un cadre de référence de l'EVRAS, en identifiant les priorités et parties-prenantes; légaliser la prise en charge des demandes de contraception d'urgence dans les centres de planning familial; favoriser la recherche et l'accès à des méthodes de contraception masculine efficaces; voter la gratuité de la contraception tout au long de la vie; financer des projets visant à dégenrer la société¹⁰, etc. Le cadre législatif joue un rôle important dans l'accès à la contraception, qu'il peut ouvrir ou fermer.

Les rôles du législateur et du médecin à l'époque actuelle



¹⁰. C'est-à-dire, des projets qui contribuent à diminuer les inégalités culturellement justifiées sur la base du sexe biologique des personnes.

Les médecins aussi peuvent agir sur le plan politique car leur position est reconnue et valorisée. Ils et elles sont des alliés·es de choix dans les luttes pour les droits des femmes et donnent davantage de légitimité aux plaidoyers. Mais dans les faits, la plupart des médecins se préoccupent peu de la santé des femmes et l'université leur enseigne l'avortement par le prisme des sanctions pénales encourues. Par ailleurs, les mouvements conservateurs gagnent en puissance partout dans le monde et parfois, ils passent à l'action¹¹. Militer pour les droits des femmes peut être risqué et les médecins sont souvent frileux. ses face aux engagements politiques.

Par ailleurs, leur formation en santé sexuelle et reproductive est insuffisante et ne débouche pas sur des prises en charge holistiques et efficaces. En effet, malgré une large diversité contraceptive¹², la plupart des médecins suivent le modèle de la norme contraceptive : le préservatif en début de vie sexuelle,

Les rôles du législateur et du médecin à l'époque actuelle

11. Par exemple, le docteur Denis Mukwege, prix Nobel de la paix en 2018, a été victime d'une tentative d'assassinat. Il a été attaqué car il a mis au point une méthode chirurgicale pour réparer la paroi recto-vaginale des survivantes de viols collectifs en République Démocratique du Congo. Aujourd'hui, il est toujours menacé et sous protection.

12. www.moncontraceptif.be

la pilule dans une relation stable et le dispositif intra-utérin lorsque le nombre d'enfants souhaités est atteint. Aussi, pour faire encore diminuer le nombre de grossesses non-désirées, la formation des professionnel·les devrait davantage enseigner la diversité contraceptive, mais aussi la compliance.

Si en Belgique, 45 % des avortements ont lieu à la suite d'une mauvaise utilisation ou de l'inefficacité de la méthode utilisée¹³, c'est que certaines femmes passent au travers des mailles du filet. La compliance, l'observance contraceptive en l'occurrence, est la discipline avec laquelle une personne va suivre sa prescription. D'une part, cette observance dépend du degré de contrainte de la contraception : le DIU n'est pas une méthode contraignante, la pilule l'est davantage et celle des indices combinés - méthode, dite « naturelle », d'observation du cycle - l'est fortement. D'autre part, elle dépend de l'adhésion de la patiente à la méthode prescrite ; ainsi une femme qui

Les rôles du législateur et du médecin à l'époque actuelle

13. *Rapport à l'attention du Parlement : 1^{er} janvier 2018 - 31 décembre 2019*. Commission nationale d'évaluation des interruptions volontaires de grossesse, mars 2021.
<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/rapport-lattention-du-parlement-1-janvier-2018-31-decembre-2019>

ne souhaite pas de contraception hormonale fera peut-être preuve de plus d'observance sur une méthode comme celle des indices combinés que sur une pilule.

Autrement dit, l'échec contraceptif est le résultat d'une inadéquation entre le degré de contrainte du contraceptif et le degré d'adhésion de la patiente à la méthode.

Parce que les contraceptions sont plus ou moins contraignantes et/ou inadaptées, il existe une différence entre l'efficacité pratique d'une contraception et son efficacité théorique, c'est ce que montre le tableau de l'Organisation Mondiale de la Santé à la page suivante.

**Les rôles
du législateur
et du médecin
à l'époque actuelle**

Pourcentage de femmes ayant une grossesse non intentionnelle pendant la première année d'utilisation typique ou parfaite de la contraception et pourcentage de femmes qui utilisent toujours cette méthode à la fin de la première année, États-Unis d'Amérique

Méthode	% de femmes ayant une grossesse non intentionnelle pendant la première année d'utilisation		% de femmes continuant à utiliser la méthode au bout d'un an ^f
	Utilisation typique ^a	Utilisation parfaite ^b	
Aucune méthode ^d	85	85	
Spermicides ^e	28	18	42
Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité	24		47
Méthode des jours fixes ^{af}	–	5	–
Méthode des deux jours ^{af}		4	
Méthode de l'ovulation ^f		3	
Méthode symptothermique		0.4	
Retrait	22	4	46
Éponge			36
Femmes uni/multipares	24	20	
Femmes nullipares	12	9	
Préservatif ^g			
Féminin	21	5	41
Masculin	18	2	43
Diaphragme ^h	12	6	57
Pilule combinée et pilule de progestatif seul	9	0.3	67
Patch Evra	9	0.3	67
NuvaRing ^o	9	0.3	67
Depo-Provera	6	0.2	56
Contraceptifs intra-utérins			
ParaGard ^o (cuivre T)	0.8	0.6	78
Mirena ^o (lévonorgestrel)	0.2	0.2	80
Implanon ^o	0.05	0.05	84
Stérilisation féminine	0.5	0.5	100
Stérilisation masculine	0.15	0.10	100

Les rôles
du législateur
et du médecin
à l'époque actuelle

Dès lors, on peut dire que la réussite ou l'échec d'une méthode ne dépend pas que de la « bonne volonté » des femmes - argument souvent avancé contre le droit à l'avortement - mais aussi de la qualité de la prise en charge des demandes de contraception. Certains ouvrages spécialisés recommandent une prise en charge individuelle, c'est le cas du guide pratique de la contraception (Raccah-Tebeka & al., 2017) qui invite les professionnel·les, au-delà des examens médicaux, à :

- Situer la femme dans son contexte ;
- Interroger son cycle menstruel ;
- Évaluer ses connaissances ;
- Présenter l'ensemble de l'offre contraceptive ;
- Lui donner des informations scientifiques et actualisées sur l'efficacité ;
- Présenter les avantages et inconvénients des différentes méthodes ;
- Prendre en compte la sexualité et les souhaits de la patiente.

Si les prescripteurs belges et français semblent bien installés dans une norme contraceptive, c'est aussi parce que la prise

**Les rôles
du législateur
et du médecin
à l'époque actuelle**

en charge de la contraception est une construction sociale (Ventola C., 2017). Preuve en est qu'en Angleterre par exemple, *« les médecins sont invités à présenter aux usagères et usagers l'ensemble des méthodes de contraception qui existent, et à les aider à faire un choix éclairé sur la méthode qui leur convient le mieux »*¹⁴.

Ce caractère culturel et social de la contraception, confirme que les universités et les hautes écoles sont en mesure d'influencer les pratiques des professionnel·les par un enseignement holistique de la matière. Enfin, cette possibilité est confirmée par Maud Gelly (2006) dans son ouvrage sur l'avortement et la contraception dans les études médicales ; elle y explique que les hôpitaux et facultés sont des lieux de transmission dans la formation des médecins en termes de techniques, de compétences et de valeurs.

Les rôles
du législateur
et du médecin
à l'époque actuelle



14. Rtbf.be, 17/12/2017. Op cit.

Le 12 septembre 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé tenait à Alma-Ata une conférence internationale pour promouvoir les soins de santé primaires. Les conclusions de cette conférence placent la planification familiale et la contraception au quatrième rang des besoins de santé primaires après l'éducation, l'alimentation et l'eau (Gelly M., 2006). Cela nous montre à quel point l'accès à la santé sexuelle est une question de santé publique et à quel point les droits qui y sont relatifs sont (ou devraient être) inaliénables.

Un changement de paradigme s'impose ! Si depuis sa médicalisation la contraception est une histoire de « meufs », aujourd'hui elle est devenue l'affaire de toutes et tous : du législateur au personnel médical, en passant par les hommes qui ont des relations sexuelles avec des femmes fertiles. Concernant ceux-ci, il existe au-delà de la contraception masculine, différentes actions par lesquelles les hommes peuvent soutenir la contraception des femmes : en y contribuant financièrement, en allant chercher les ordonnances chez le médecin ou la contraception en pharmacie, en demandant à

Conclusion



sa partenaire comme elle se sent avec sa contraception, etc.

En guise de conclusion, voici quelques pistes pour améliorer la prise en charge des demandes de contraception.

Sur le plan légal

- Garantir l'accès et la gratuité pour tou·te·s ;
- Financer la recherche sur la contraception, en ce compris la contraception masculine ;
- Multiplier les sources d'informations sur la diversité contraceptive ;
- Assouplir les conditions d'accès à l'IVG, voire supprimer le cadre légal ;
- Financer et organiser une réelle généralisation de l'EVRAS.

Au niveau des universités, hautes écoles et hôpitaux

- Faire une place réelle et valorisante, dans les cursus de médecine, à la santé sexuelle et reproductive des femmes ;
- Développer la recherche sur ces thématiques ;

Conclusion

- Inscrire la médecine dans les sciences humaines et interroger son rôle normatif ou émancipateur dans la société ;
- Se faire caisse de résonance des droits sexuels et reproductifs dans le débat public.

Au niveau des médecins

- Proposer des consultations spécifiques et adaptées aux demandes de contraception;
- Adopter une position non-moralisatrice ;
- Démédicaliser la prise en charge des demandes ;
- Aborder la diversité contraceptive, y compris la contraception masculine avec les patientes ;
- Être un·e allié·e dans le militantisme.

Conclusion



BIBLIOGRAPHIE

GELLY M. *Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée*. L'Harmattan, 2006, (Bibliothèque du féminisme).

OMS. Une sélection de recommandation pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. Troisième édition 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259677/9789242565409-fre.pdf>

RACCAH-TEBEKA B., PLU-BUREAU G. *Guide pratique de la contraception*. Elsevier-Masson, 2017, (MediGuides).

TULIPPE O. *Atlas de Belgique. Natalité, Mortalité, Étrangers (Planches 25 et 26)*. Académie Royale de Belgique - Comité National de Géographie, 1960. https://www.atlas-belgique.be/atlas_papier/atlas1e/Atlas1-FR-25-26.PDF

VENTOLA C. *Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines*. Université Paris Saclay-Sociologie, 2017. <https://theses.hal.science/tel-01795009>

VILLERS S. *L'avortement et la justice, une répression illusoire ? Discours normatifs et pratiques judiciaires en Belgique (1918-1940)*. Presses Universitaires de Louvain, 2009, (Histoire, justice, sociétés). <https://books.openedition.org/pucl/769?lang=fr>

La Fédération Laïque de Centres de Planning Familial (FLCPF) promeut les droits sexuels et reproductifs comme faisant partie intégrante des droits humains afin de renforcer la liberté, l'égalité et la dignité de la population. Son action vise à défendre et développer des services interdisciplinaires de qualité et à assurer une information adaptée aux publics visés. Elle se développe tant en Wallonie qu'en Région Bruxelles-Capitale.

Plus d'informations ?

www.planningfamilial.net

www.documentation-planningfamilial.net



**FÉDÉRATION LAÏQUE
DE CENTRES
DE PLANNING FAMILIAL**

Avec le soutien
de la Fédération
Wallonie-Bruxelles



**FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES**

**JE REFAIS
LE TOUR DU
DOCUMENT**

**JE TÉLÉCHARGE
LA VERSION
IMPRIMABLE**