

les techniques de la planification familiale: facteurs de leur adoption

par
Georges B. Kavadias

NOTES

a. remarques préliminaires

Le problème du rôle joué par les moyens contraceptifs dans la planification familiale ne relève pas seulement de la technique. S'il en était ainsi on serait en droit de supposer que leur perfectionnement, et la confiance en leur efficacité qui en résulterait de la part du public, suffiraient à contribuer à une diminution spectaculaire des naissances. L'expérience pourtant ne confirme pas cette hypothèse. Bien que les procédés modernes de contraception soient arrivés à un degré de perfectionnement jamais atteint auparavant, le public ne semble pas leur accorder l'intérêt voulu: leur diffusion se heurte à des difficultés certaines. C'est justement à ce niveau d'observation que se pose le problème de la décision pour l'utilisation de ces moyens et, ce qui nous intéresse tout particulièrement ici, du choix d'un de ces moyens plutôt que d'un autre.

La grande importance de ce problème, pour l'action surtout, apparaît clairement. S'il était résolu, les activités pour la planification familiale se déploieraient en connaissance de cause—ce qui leur conférerait une prise sur le réel beaucoup plus forte. Cependant, nos connaissances étant encore limitées dans ce domaine, faute d'un nombre d'études de cas suffisant, les généralisations systématiques ne sont pas possibles à l'heure actuelle. L'exposé qui suit ne peut donc que refléter cet état de fait.

b. les contraceptifs et leur choix

Les motivations du public qui mènent à l'utilisation de moyens anti-conceptuels et au choix d'un procédé déterminé semblent être fonction de deux catégories de raisons:

- La première se rapporte aux qualités des procédés eux-mêmes;
- La seconde relève du lien de l'utilisateur avec son milieu, autrement dit, des facteurs sociaux, économiques, psychologiques et culturels qui conditionnent sa vie.

Une enquête, menée sous les auspices de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF) par Catherine Howell à partir d'un questionnaire adressé à 43 associations pour la planification familiale du monde entier,¹ met en évidence certaines des raisons à inclure dans la première catégorie ci-

1. cf. «Factors affecting the Work of Family Planning Association», London, IPPF, 1966, pp. 69-88.

dessus. Les associations signalent dans leurs réponses les avantages et les désavantages que les divers moyens contraceptifs présentent, suivant les usagers. D'après ces données, il n'existe aucun procédé qui ne présente à la fois des avantages et des inconvénients. Cependant, pour les dispositifs intra-utérins, la mousse vaginale et le condom, les mentions favorables sont supérieures aux défavorables (respectivement 37 sur 28, 18 sur 11, et 32 sur 27), tandis que pour le rythme, les diaphragmes, les suppositoires et les gelées, c'est le contraire qui se produit (respectivement 20 sur 2, 39 sur 31, 14 sur 8 et 14 sur 10). Pour les contraceptifs oraux et le coïtus interruptus, le nombre des réponses favorables et celui des réponses défavorables sont à peu près égaux (respectivement 30 sur 41, et 4 sur 5).

Toujours d'après ces données les mentions favorables se justifient par l'efficacité et la confiance dans les procédés choisis, la facilité et la simplicité d'emploi, le bas prix, le caractère «temporaire» du moyen, la non nécessité d'assistance médicale, la «prise de décision en une seule fois», pour les DIU¹ en particulier. Les justifications des mentions défavorables sont l'inefficacité, les effets secondaires et les expulsions en ce qui concerne les DIU, les négligences et les oublis des utilisateurs (diaphragmes, rythmes), les difficultés d'approvisionnement, le manque de commodités, difficultés psychologiques (rythmes, coïtus interruptus), etc. Cette énumération de «justifications» montre bien que les utilisateurs choisissent les moyens contraceptifs d'après leur efficacité, la facilité de leur emploi, la commodité matérielle ou psychologique, leur prix de revient enfin.

En ce qui concerne la seconde catégorie, les raisons socio-économiques, psychologiques et culturelles qui déterminent le choix des contraceptifs, des données établies par W. Parker Mauldin, permettent une vue claire sur la question: En effet, d'après les chiffres rapportés, une première tendance se dessine clairement. Les utilisateurs préfèrent les «méthodes mâles» aux «méthodes femelles». Traduite en termes sociologiques, elle est révélatrice du fait qu'en matière de contraception ce sont les hommes et non les femmes qui se réservent la décision et l'initiative, et qui connaissent la possibilité de certaines méthodes. Ceci est dû au type de la structure familiale prédominante et au statut que celui-ci confère à la femme, qui ne dispose ainsi ni du savoir ni du pouvoir nécessaires à l'adoption et à l'application de ces procédés.

Les écarts par rapport à cette tendance, signalés dans ces mêmes données sont significatifs. Si aux

USA, à Puerto Rico ou en Corée le pourcentage relatif aux méthodes femelles est plus élevé, cela est dû à l'émancipation très prononcée de la femme américaine, et aux campagnes pour la planification familiale menées dans les deux autres pays.

Des remarques sur la fréquence des procédés utilisés peuvent être également tirées de ces données. On y voit, par exemple, que la méthode du «rythme» est très largement utilisée dans des pays tels que les USA, le Japon et l'Afrique du Sud, probablement à cause du niveau culturel élevé du milieu étudié.

Le retrait (coïtus interruptus) se pratique à une fréquence élevée dans des pays aussi divers que la Grande Bretagne (44), la Jamaïque (59), la Tchécoslovaquie (67), la Grèce (65) et la Turquie (59-52). N'ayant pas accès aux sources qui ont permis d'établir ces données il est impossible d'interpréter ces chiffres autrement que par hypothèses. Cette large utilisation est probablement due au fait que, dans ces pays où les méthodes mâles pour des raisons sociales prédominent, le retrait, méthode mâle par excellence, est le procédé préféré. Il en est de même de l'utilisation du condom qui semble aller de pair avec le niveau de vie: le nombre des utilisateurs du condom est beaucoup plus élevé en Grande Bretagne que dans les autres pays moins riches et moins équipés qu'elle. Les utilisateurs dans ces pays doivent envisager les frais que l'usage de ce procédé comporte, ainsi que les difficultés d'approvisionnement, surtout dans les campagnes. Si la Turquie semble faire exception à la règle, c'est que l'enquête a porté sur des milieux urbains. L'utilisation très répandue de la pilule à la Jamaïque, en Corée et à Ceylan s'explique par les grandes campagnes de contraception qui y ont été menées, comportant information du public et diffusion des contraceptifs oraux. La stérilisation est une méthode appliquée dans des proportions importantes à Porto Rico et en Inde, toujours grâce à une campagne spéciale effectuée sur place et avec les mesures appropriées.

De ces remarques il résulte que le statut social de l'utilisateur (homme ou femme), le milieu rural ou urbain (pour ce dernier cas voir surtout les chiffres concernant l'Afrique du Sud qui relèvent d'une enquête urbaine), le niveau de développement, le degré d'information et les mesures prises au cours d'une campagne pour la régulation des naissances, jouent un rôle important dans l'adoption et le choix des différents procédés de contraception.

Une réponse étant ainsi apportée à la question relative aux facteurs socioculturels affectant l'adoption des contraceptifs, il conviendrait à présent d'examiner ce problème en se référant spécialement aux contraceptifs oraux et aux procédés intra-utérins, en raison de leur importance dans l'effort pour la planification familiale.

1. DIU = Dispositifs intra-utérins.

c. la pilule et le stérilet

L'efficacité des contraceptifs oraux est presque totale. Le nombre des naissances pour 100 années-femmes, dans une population qui utilise la pilule, est de l'ordre de 2 ou 3, parfois moins. Les préférences pourtant des utilisateurs à son égard varient de manière spectaculaire dans le monde, comme si le facteur «efficacité» ne joue qu'un rôle secondaire.

En effet, d'après les calculs de G.W. Jones et W. Parker Mauldin, la moyenne mondiale de femmes mariées en âge de procréer (15-44 ans) et qui utilisent la pilule est de l'ordre de 2,5% environ. Ce pourcentage devient 34% environ en Australie et Nouvelle-Zélande, 24% aux USA et au Canada, 9% en Grande Bretagne, 5% en Amérique Latine, 4,5% en RAU, 2% en Europe, 1% au Japon et des pourcentages inférieurs en Afrique et en Asie.

Pour interpréter ce phénomène, ces auteurs se réfèrent à des études de cas (USA, Corée, Taïwan), tout en soulignant l'absence d'études explicatives en ce domaine. Ainsi pour les USA,¹ l'utilisation de la pilule se trouve en rapport inverse avec l'âge de la femme, et en rapport direct avec le nombre des années de scolarisation, la majorité des jeunes femmes qui ont fréquenté les collèges se sert de contraceptifs oraux. La proportion par ailleurs des Catholiques se servant de la pilule est inférieure à celle des noncatholiques, mais la différence n'est pas très importante.

L'utilisation relativement répandue de la pilule en Corée s'explique par le nombre des expulsions des dispositifs intra-utérins et la sensibilisation du public à l'idée de contraception. Au Taïwan enfin, l'utilisation de la pilule semble se trouver en proportion inverse avec le prix du produit: le bas prix correspondant à une utilisation plus courante.

Dans le Tiers-Monde, les préférences des utilisateurs ne vont pas non plus à la pilule. D'après certaines données, recueillies dans diverses régions et systématisées par L. Tabah,² «en Thaïlande (Photharam), 77% des femmes qui ont manifesté le désir de limiter leurs naissances ont choisi le stérilet, 13% la pilule, et 9% le préservatif masculin. Dans une enquête menée à Porto Rico de novembre 1961 à novembre 1963, deux groupes de femmes ont été sélectionnés: l'un de 600 femmes ayant choisi le progestatif oral et l'autre, de 608 femmes, ayant préféré le contraceptif intra-utérin. Bien que les deux échantillons ne soient pas parfaitement comparables... on reste frappé par la différence entre les taux de continuation des méthodes après deux ans: 70% pour le stérilet et 43% pour la pilule... A Formose 2% seulement des femmes

se sont décidées pour la pilule...» Cet auteur ne manque pas pourtant de mentionner que la pilule est choisie par des femmes jeunes et appartenant à des milieux socio-économiques parmi les moins défavorisés, tendance qui coïncide avec celle constatée à propos du cas des USA.

Quoi qu'il en soit il est certain que les problèmes soulevés par ces études doivent être repris et approfondis par d'autres travaux interdisciplinaires et interrégionaux.

Il en est de même de l'utilisation des procédés intra-utérins, du stérilet en particulier, qui semble attirer la préférence des femmes intéressées beaucoup plus que les autres moyens proposés. En 1967, on estimait déjà que 3.000.000 d'insertions avaient été réalisées en Asie, 100.000 au Moyen Orient et en Afrique du Nord, et 150.000 en Amérique Latine. Depuis cette date, il semble que le nombre des insertions s'accroisse de façon spectaculaire.

Ces procédés présentent une efficacité bien supérieure à celle des procédés traditionnels. Les taux d'échecs dépassent assez rarement 7%, pour le moment, alors que les taux observés pour les procédés traditionnels en Europe sont souvent deux à trois fois supérieurs.³

Les motivations qui déterminent ces préférences sont difficiles à préciser. Si on consulte les faits⁴ on constate que le nombre des femmes utilisant des contraceptifs intra-utérins varie selon leur âge et le nombre de leurs enfants. D'une façon générale, on remarque que ces méthodes sont choisies surtout par des femmes de 25 à 40 ans. Dans certains pays étudiés, à savoir Hong Kong, l'Inde (Punjab), la Corée et le Taïwan, cette tendance est plus précise parmi les femmes de 30-34 ans. Pour d'autres pays, cités dans ce même tableau, Pakistan et Tunisie, c'est le groupe des femmes de 25-29 ans qui présente cette caractéristique de la façon la plus marquée. De même, plus le nombre de leurs enfants est élevé, plus les femmes choisissent les dispositifs intra-utérins. En dernier ressort, ces deux variables s'entrecroisent. Il semble que, des deux, la seconde (le nombre des enfants) représente une motivation beaucoup plus forte que la première (l'âge), puisque les femmes plus jeunes, ayant une famille nombreuse, préfèrent le stérilet au même degré que les femmes plus âgées. Cela permet de supposer que: 1) les motivations sous-jacentes à ces faits sont à la fois psychologiques (âge) et matérielles (besoins accrus à cause d'une progéniture nombreuse); 2) entre elles, il y a opposition; 3) cette opposition est tranchée d'après la condition de l'utilisateur.

1. N.B. Ryder and C. F. Westof: «Use of Oral Contraception in the United States», 1965, in: *Science* 153 (3741): 1199-1205 /1966.

2. in: *Population*, 1967 /n° 6, p. 1019 et suiv.

3. L. Tabah : *ibid.*, p. 1007.

4. Données recueillies par W. Parker Mauldin, Dorothy Northman et Fr. F. Stephan, in: *Studies in Family Planning*, n° 20/1967, tableau 3, p. 3.

Si on compare ces observations avec d'autres menées aux USA on arrive à l'hypothèse que la proportion des utilisateurs de ces procédés est plus élevée dans des contextes traditionnels que dans des contextes développés. Cette différence s'explique peut-être par l'idée que les utilisateurs se font des mécanismes de la contraception. Il est plus facile d'accepter un procédé apparemment «mécanique», tel que le stérilet, qu'un procédé chimique dont l'action semble plus mystérieuse.

A ces motivations, on pourrait ajouter les effets secondaires défavorables de la pilule, non tolérée par toutes les femmes, ainsi que les climats psychologiques qui se créent lors de l'utilisation soit de la pilule, soit du stérilet. Dans le premier cas, il faut une décision répétée sans cesse, dans le second la décision est prise en une seule fois, ou à des intervalles très espacés (retrait, expulsion, remise en place). De plus, la pilule comporte une sérieuse discipline à suivre. Elle doit être prise pendant 20 jours sur 28, du 5ème au 25ème jour du cycle, ce qui crée des difficultés sérieuses, surtout dans des milieux non éduqués. C'est pourquoi d'ailleurs la minipilule, dernière née de cette série, qui est à absorber tous les jours sans distinction, semble avoir plus de succès, comme l'a montré une expérience tentée à New York.

Les facilités médicales et paramédicales, ou sanitaires en général, jouent, elles aussi un rôle important, dans les motivations en question. La facilité d'accès à un dispensaire pour la planification familiale, le passage régulier d'une unité sanitaire mobile, le coût de l'insertion, aussi bien que la confiance faite au personnel chargé de cette mission ou le sexe de ce personnel (homme ou femme), peuvent exercer une influence très sensible sur le choix des dispositifs intra-utérins.

Pour en finir, il est indispensable de remarquer le rôle décisif que joue la préparation intellectuelle des intéressés, par l'éducation, générale ou spéciale, et par l'information adéquate, lors de l'acceptation de l'idée de contraception et des procédés contraceptifs. Si dans certains pays du monde, tels que la Corée, Singapour, Hong Kong, le Japon, le Pakistan, etc..., des résultats favorables ont été enregistrés, cela est dû en grande partie aux campagnes massives menées localement par tous les moyens disponibles: explications directes, projections de films et de diapositives, radio, télévision, expositions, distribution de matériel imprimé, visites à domicile, etc...

Pour ne citer qu'un exemple, faisant ressortir l'efficacité d'une campagne de ce genre, les enquêtes KAP de 1964 et 1965 effectuées à l'échelle nationale en Corée ont révélé une évolution considérable, ainsi qu'une approbation presque générale de la planification

familiale, grâce à l'information. Le nombre des couples (dont la femme a moins de 45 ans) qui avaient entendu parler de la méthode des préservatifs est passé de 51 à 81%, ceux qui avaient entendu parler de DIU de 11 à 7%. Le pourcentage des personnes approuvant la contraception était de 91% dans les villes et de 87% à la campagne, le reste de la population étant en majeure partie plus ignorante qu'hostile.¹

d. religion et contraception

La procréation, en tant qu'idée et comme fonction, étant liée aux couches les plus profondes de l'existence, il est normal que les motivations y ayant trait s'inspirent non seulement de la raison ou de la société, mais aussi des idées métaphysiques et des croyances religieuses. Ainsi une place à part doit être réservée à l'examen des rapports «religion-contraception»—sujet à la fois important et actuel. Or, on admet habituellement que toutes les religions soient reconnues comme populationnistes d'intention.² Cependant, la fécondité a pu être réduite dans des sociétés professant les convictions religieuses les plus diverses. C'est un pays à prédominance catholique qui a ouvert la voie et la dernière évolution de la fécondité vient de se produire dans une nation bouddhiste-shintoïste.³

Il en résulte que l'influence de la religion sur la natalité dépend en dernier ressort d'un certain nombre de variables relevant des conditions socio-économiques et culturelles du milieu. En effet, la fécondité des Catholiques dans le monde varie selon les régions. Elle présente des taux très bas en Europe, et des taux parmi les plus élevés en Amérique latine.

Ces différences s'expliquent par les particularités du contexte et notamment l'origine ethnique, l'habitat (urbain, sub-urbain ou rural) et ses caractéristiques, le statut socio-économique, le niveau éducatif, et avant tout le degré de religiosité de la population observée. Des exemples illustrent ces assertions. Les familles d'immigrants italiens catholiques aux USA sont plus nombreuses que celles des Catholiques «américains», socialement assimilés depuis longtemps. La fécondité des femmes catholiques habitant les principales villes de l'Amérique latine ne présente pas une différence sensible avec celle des femmes non-catholiques. Cela parce que la religiosité d'une partie d'entre elles est en réalité faible. L'autre partie, qui est la plus soumise à l'enseignement de

1. G. Ohlin: *Régulation démographique et Développement économique*, Paris, OCDE, 1967, p. 107, citant Youn Keun Cha, «South Korea», dans *FPMP*, p. 27.

2. A. Sauvy: *Théorie générale de la Population*, T. II, Biologie sociale, Paris, PUF, 1954, p. 129.

3. G. Ohlin, *op. cit.*, p. 81.

l'Eglise, comporte les femmes les plus éduquées, et c'est justement parmi elles que l'on trouve le taux de fécondité le plus bas. Par contre, les femmes catholiques des régions rurales, de statut socio-économique et de niveau éducatif modestes présentent une fécondité forte.¹ La fécondité des Catholiques de Lagos, Nigéria et de ceux des milieux aisés urbains du Ghana, est à peine inférieure à celle des protestants de ces mêmes régions, parce que les Catholiques font partie des groupes de haut niveau éducatif dans lesquels la natalité est basse.² En ce qui concerne les pays catholiques d'Europe à faible natalité, les conditions socio-économiques et culturelles élevées de leur population sont bien connues.

Des phénomènes analogues sont constatés dans des pays musulmans. L'expérience acquise en RAU montre que le nombre des utilisateurs des moyens anticonceptuels varient largement suivant leur degré d'instruction et le niveau de leur classe socio-économique: 34% des gens ayant reçu une instruction secondaire ou supérieure pratiquent la contraception, ce pourcentage tombe à 19% pour ceux qui ont reçu une instruction primaire ou élémentaire, et à 11% pour les illettrés. En Turquie, d'après une enquête de 1963, les maires des villages sont plus favorables à la contraception que les villageois du même âge, en raison de leur éducation supérieure et leur statut social. Les «imams» pourtant suivent de près l'attitude des villageois, malgré la supériorité de leur éducation, mais cela à cause de leur vocation et de leur religiosité évidente.

Aux Indes, la contraception est considérée comme contraire à la religion et portant atteinte à l'immortalité,³ bien que ni l'Hindouisme ni le Bouddhisme ne s'opposent à la régulation des naissances au sens actuel du terme, tout en interdisant l'infanticide et l'avortement (doctrine d'«ahimsa»)⁴ Cependant, la pression exercée sur les couples par leur condition économique très modeste et l'information sont en mesure de changer cette attitude et de les rendre favorables à la planification familiale.⁵ Des recher-

ches spécifiques menées par l'Université de Kerala (Inde) ont montré qu'un cinquième de la population représentée dans l'échantillon était défavorable à la planification familiale. Cependant, les deux tiers de chaque groupe religieux examiné (Hindouistes, Musulmans, Catholiques et Orthodoxes) se sont montrés favorables à la contraception.

Ces exemples, que l'on pourrait multiplier aisément, ne visent pas à minimiser l'importance du facteur «religion» en ce qui concerne la natalité et sa régulation, mais à mettre au clair ses vrais dimensions, d'autant plus que cette entreprise doit constituer une des présuppositions fondamentales pour toute politique de planification familiale.

L'influence de la religion sur la natalité se manifeste dans la pratique à deux niveaux: l'un général, la fécondité différentielle des groupes religieux, et l'autre spécifique, la préférence de ces groupes parmi les divers moyens contraceptifs. Or, en termes généraux, les couples catholiques ont un plus grand nombre d'enfants que les couples protestants, et ceux-ci plus d'enfants que les Juifs, lorsqu'on observe ces groupes juxtaposés dans un milieu socio-économique et culturel donné.⁶ En ce qui concerne le choix d'un contraceptif, il est bon d'évoquer tout d'abord la position respective de chaque religion à cet égard.

Pour les Catholiques, la seule méthode acceptable est celle des rythmes (Ogino-Knaus), et cela à condition que des motifs sérieux imposent d'y avoir recours. La position orthodoxe est similaire à la position catholique, comme l'a déclaré le Patriarche Athénagoras à propos de l'encyclique Humanae Vitae. Les Protestants reconnaissent la légitimité des méthodes contraceptives dans l'intérêt des enfants, après consultation des médecins et d'un guide spirituel, à l'exclusion de l'avortement. La tradition musulmane ne comporte pas de prescription précise dans ce domaine, bien que certains auteurs considèrent que le coïtus interruptus est autorisé (Ghazali—livre du mariage—ouvrage du Xème siècle) par «crainte de tomber dans une gêne extrême, à cause du grand nombre d'enfants». Cette «fetwa» devenue classique, est reprise de nos jours par les promoteurs de la prévention des naissances en Egypte. La thèse de l'Hindouisme et du Bouddhisme, enfin, a été exposée plus haut.

Ces positions se reflètent en partie dans le choix des moyens contraceptifs. D'après des données recueillies par C. F. Westof et Norman B. Ryder⁷ sur les femmes blanches des USA, âgées de 18 à 39 ans, et pour les années 1955, 1960 et 1965, les préférences

1. cf. J. M. Stykos: *Human Fertility in Latin America*, Cornell Univ. Press, 1968, pp. 182-183.

Voir aussi C. J. Gomez: «Religion, Education and Fertility Control in Latin American Societies», in: *World Population Conference*, Belgrad 1965, United Nations, New York, 1967.

2. cf. Gawin Jones and Dorothy Nortman: «Roman Catholic Fertility and Family Planning: A comparative Review of the Research Literature», in: *Studies in Family Planning*, Population Council, octobre 1968, p. 6.

3. N.V. Sovani and K. Dandekar: «Fertility Survey of Nasik, Kalaba and Satara (North) Districts», Publication, n° 31—Gokhale Institute of Politics and Economics, 1955, p. 102.

4. R. M. Fagley: «Doctrines and Attitudes of Major Religions in Regard to Fertility», in: *World Population Conference*, Belgrad 1965, United Nations, New York, 1967.

5. Raman: *World Population Conference*, Belgrad 1965, United Nations, New York, 1967.

6. cf. C.E. Westof, R. G. Potter, P.C. Sagi: «Some Selected Findings of the Princeton Fertility Study», 1965, in: *Demography*, 1, n° 1 (1966).

7. cf. USA: «Methods of Fertility Control», 1955, 1960, 1965, in: *Studies in Family Planning*, n° 17, p. 3.

des utilisateurs, classés par religion, se manifestent dans l'ordre suivant:

Protestants	Catholiques	Juifs
a) Condom	Rythme	Condom
b) Diaphragme	Condom	Diaphragme
c) Douche	Douche	Douche
d) Rythme	Diaphragme	Rythme
e) Retrait	Retrait	Retrait

Ces constatations montrent une fréquence égale d'utilisation des mêmes contraceptifs chez les Protestants et les Juifs, alors que le rythme prédomine chez les Catholiques. Il serait pourtant erroné de ne voir dans cette distribution que l'influence de la religion. D'autres facteurs y contribuent sans doute, bien que cela n'apparaisse pas dans l'enquête.

En ce qui concerne la pilule, d'après ces mêmes données, mais qui n'en font mention que pour l'année 1965, son utilisation suit la même fréquence chez les Catholiques et chez les Juifs (25%), et une fréquence plus élevée chez les Protestants (36%). De ce fait, et pour l'année en question, elle se situe au troisième rang dans l'ordre des préférences.

Une enquête du même genre menée par les mêmes auteurs à Toronto (Canada) en 1967, avec distinction entre Protestants et Catholiques, donne les résultats suivants:

Protestants	Catholiques
a) Pilule (50,2%)	Pilule (43,4%)
b) Condom (16,3%)	Rythme (17,8%)
c) Diaphragme (12,3%)	Condom (12,6%)
d) Retrait (5,4%)	Retrait (11,7%)
e) Rythme (3,50%)	DIU (2,4%)
f) DIU (3,1%)	Diaphragme (1,6%)

La différence la plus importante à faire ressortir lorsqu'on compare ces données avec les précédentes est le taux très élevé de l'utilisation de la pilule qui varie très peu pour les deux groupes religieux considérés.

D'après d'autres observations, cette fois-ci en Amérique latine, par J. M. Stycos,¹ le choix des moyens contraceptifs de la part des femmes catholiques «dévotes» se présente au tableau 31.

La différence qui se constate à ce propos par rapport au même phénomène aux USA c'est la place du «retrait» dans l'ordre des préférences, qui se si-

TABLE 31. Ever use of specified methods of birth control by «devout» women, better educated only (index numbers: percent of «nominals» who have ever used a method=100)

City	Douche	Condom	With- drawal	Rhythm
Bogotá	40	43	61	80
Caracas	66	78	81	135
Mexico City	50	66	66	122
Panama City	79	54	83	153
Rio de Janeiro	61	71	120	124
San José	50	43	42	133
San Salvador	144	118	96	114

tue en seconde place en Amérique latine et en cinquième place aux USA. Des indications manquent pourtant pour expliquer ce fait.

La première enquête sur les problèmes de la population, organisée en 1963 en Turquie par une équipe turco-américaine, a démontré que la population interrogée ne considérait pas le contraception comme contraire à la religion, exception faite pour l'avortement et cela de la part de 10% seulement des personnes questionnées.

En Tunisie, d'après l'expérience acquise aux centres de contraception et aux hôpitaux spécialisés, les femmes musulmanes venues en consultation ont préféré les DIU dans une proportion de 51%. Le reste a opté pour les méthodes traditionnelles (48% pour les gelées, 28% pour l'aérosol, et 24% pour le condom). Les méthodes «féminines» semblent par ailleurs attirer d'avantage les préférences que les méthodes «masculines». Mais une fois de plus les données manquent pour interpréter ce choix, surtout sous l'angle religion.

Au Japon on trouve une préférence nette pour la méthode Ogino (35,5%), suivie dans l'ordre par l'utilisation du Condom (29,5%) mais là encore on n'est pas mieux informé.

Une tendance fondamentale se dessine à travers l'ensemble de ces constatations, bien que de valeur scientifique inégale et disparate. L'«interdit religieux» en matière de contraception n'est qu'une limitation relative à l'action. Malgré les convictions religieuses, dont les effets négatifs s'estompent sous l'influence de la situation socio-économique, de l'éducation reçue, de l'information divulguée, de vastes couches de population sont plutôt favorables à la régulation des naissances. Or, si ces phénomènes étaient mieux explorés, l'action pourrait en tirer un grand profit. C'est pourquoi la promotion de nos connaissances dans ce domaine devient une nécessité impérieuse, que l'on doit satisfaire dans les meilleurs délais.

1. cf. op. cit., p. 177.

e. l'avortement provoqué

L'avortement, méthode de limitation des naissances très ancienne, pose de nombreux problèmes sous l'angle des motivations qui déterminent sa pratique. Non dépourvu de risques pour la femme (mort et le plus souvent stérilisation de la patiente) surtout lorsqu'il est pratiqué clandestinement et dans des conditions d'hygiène précaires, condamné par les religions et les législations, il est pourtant largement répandu dans des pays très divers. On peut dire même, que dans certains d'entre eux les cas d'avortement présentent une tendance à se multiplier.¹

Les raisons qui semblent encourager cette méthode peuvent être classées sous trois rubriques: a) utilisation faible des contraceptifs, b) légalisation de l'avortement, c) pressions sociales. En effet, il semble de prime abord que la mise à la disposition du public des moyens contraceptifs entraîne une diminution du nombre des avortements. D'après des éléments d'information recueillis par le «Population Council» une corrélation en ce sens pourrait être établie à partir des observations menées dans des hôpitaux situés aux Etats Unis et en dehors des Etats Unis pour les années 1965 et 1966-67. Pendant cette période les accouchements ont diminué de 12% dans les hôpitaux pris en considération aux USA, les avortements ont diminué également de 26%, tandis que les acceptations de la planification familiale ont augmenté de 40%. Les accouchements dans des hôpitaux hors des Etats Unis ont diminué de 1% pour la même période, les avortements de 12%, tandis que les acceptations de la planification familiale sont montées de 300%. Une analyse plus détaillée des observations relevant de la seconde catégorie d'hôpitaux montre que dans 12 d'entre eux les cas d'avortement ont diminué, tandis que dans 4 autres ils ont augmenté.

Des constatations du même genre ont été effectuées au Japon, où le nombre des cas d'avortement a diminué selon le rythme suivant:

Année	Nombre d'avortements
1963	955.090
1964	878.748
1965	843.248

On croit pouvoir expliquer cette diminution par l'adoption d'autres méthodes de contraception.²

1. cf. J. V. Stykos, *op. cit.*, pp. 294-298.

2. Asociacion Colombiana de Facultades de Medicina—Division de Estudios de Poblacion. Reports and comments on the visit to family planning programs in Japan, Republic of Corea, Taiwan, Hongkong, India, Thailand, Federation of Malaysia, Singapore, October 27-December 23, 1966. Herman Mendoza Hoyos, p. 3.

L'expérience de la Roumanie pourtant semble suivre une tendance contraire. L'interdiction de l'avortement libre dans ces pays a fait monter très sensiblement le nombre des naissances bien que la contraception soit à la fois connue et accessible.

Ces contradictions dans les faits, qui témoignent de la nature complexe de cette corrélation, sont dues, de toute évidence, aux particularités des contextes, qui ne sont pas partout les mêmes, et qui influent différemment sur les motivations. Ce problème serait sans doute mieux éclairé s'il était possible de procéder à des rapprochements entre les données statistiques d'une part, et la situation socio-économique, le degré du développement, la scolarisation, l'information, etc. dans lesquels vivent et dont bénéficient les utilisateurs observés d'autre part, tâche qu'il est actuellement impossible de mener à bien. En second lieu, le nombre des avortements peut être fonction de l'échec des autres méthodes contraceptives utilisées, ce qui amène la femme à y avoir recours pour éviter une grossesse non désirée. Troisièmement, l'avortement est, malgré les risques, un procédé «réversible» par contraste avec la stérilisation qui elle est irréversible. Enfin, comme c'est le cas pour le stérilet, l'avortement exige une seule «décision», tandis que les autres contraceptifs exigent des soins constants.

La légalisation de l'avortement semble également favoriser son expansion, comme le montre les statistiques des différents pays. Il faudrait pourtant remarquer à ce propos que les chiffres rapportés ne sont que partiellement significatifs, étant donné que l'accroissement des cas rapportés peut être dû au fait que les avortements clandestins, jusqu'alors non déclarés, y figurent désormais. Les mesures législatives prises à cet égard ne sont pas uniformes. Certaines permettent l'avortement sur simple demande; d'autres l'autorise sur prescription médicale, en raison des dangers qui menaceraient la santé de la mère et de l'enfant si la grossesse n'était pas interrompue (maladie de la mère ou tares héréditaires pour l'enfant); d'autres encore combinent les raisons médicales aux raisons économiques et sociales (telles que l'existence d'une famille déjà nombreuse, la pauvreté, etc.) ou éthiques (conception après un viol, par exemple). Très souvent le consentement du père ou des autorités, ou des deux à la fois, est exigé avant l'intervention. Certains pays, en outre, offrent des possibilités d'avortement gratuit aux intéressés dont le cas est prévu par la loi.³ Dans plusieurs pays, enfin, la femme, après un avortement, reçoit une instruction sur la contraception. Les différences

3. Pour une vue d'ensemble sur ce problème ainsi que pour une vue par pays, voir: A.M. Dourlen-Rollier: *Le planning familial dans le monde*, Paris, Payot, 1969.

entre ces législations ne semblent pas affecter la tendance générale signalée plus haut. Même celles qui autorisent les avortements tout en imposant des restrictions administratives et médicales produisent les mêmes effets: la loi est généralement interprétée et appliquée largement, et de nombreux certificats médicaux sont délivrés par complaisance.

Les pressions sociales, enfin, constituent la motivation majeure pour les avortements légaux et clandestins. On peut citer en particulier l'état matrimonial de la femme ou du père, leur condition économique, les difficultés de logement, l'existence d'une famille nombreuse, etc. Leur degré d'intensité varie selon les individus et leur statut, mais aussi selon les particularités des différents contextes et le système des idées et des valeurs prédominant.

En ce qui concerne les attitudes du public à l'égard de l'avortement, le rapprochement le plus important à faire est celui avec la religion. Sur la base des données recueillies par l'Organisation Gallup à la demande du Population Council pour les Etats Unis¹ il apparaît que les Juifs acceptent l'avortement mieux que les Protestants, et les Protestants mieux que les Catholiques, si la vie de la mère est en danger, si la conception est l'effet d'un viol ou d'un inceste, si l'enfant risque d'être affligé d'une tare.

Une tendance similaire se distingue des réponses données aux questions relatives au célibat de la mère, à sa condition économique faible, à son désir de ne pas avoir d'enfant.

La même enquête révèle également que les attitudes en question sont fonction de l'éducation que le public a reçue. Les Catholiques, par exemple, acceptent l'avortement pour les raisons citées au-dessus dans une proportion moindre que chez les non-Catholiques, mais de manière plus «homogène» que ceux-ci. L'attitude des non-Catholiques varie avec le niveau de leur instruction; plus il est élevé, plus les interrogés s'expriment en faveur de l'adoption de l'avortement.

f. la stérilisation

La stérilisation, dernière venue dans la gamme des méthodes contraceptives, fait l'objet de controverses importantes, aussi bien au niveau théorique que pratique. Envisagée du point de vue de son efficacité, elle donne une satisfaction presque totale, bien que parfois les trompes sectionnées de la femme repoussent, permettant ainsi une grossesse normale, et que les trompes liées se délient, provoquant une grossesse extra-utérine, donc dangereuse. Examinée sous l'angle psychologique, elle peut provoquer chez la femme la psychose puerpérale et la mélancolie. Elle

est en tout cas contre-indiquée pour les personnes névrotiques. Pratiquée chez l'homme (vasectomie), elle peut créer des frustrations nombreuses, étant donné son irréversibilité dans un pourcentage élevé (70% actuellement).²

Ces points établis, la stérilisation est actuellement reconnue comme un moyen d'action massive, sur option volontaire bien entendu. Plusieurs pays l'acceptent et la prévoient dans leur législation sociale, tels que certains états des USA, le Danemark, la Suède, le Royaume Uni, l'Inde, le Pakistan, etc.

Les motivations qui déterminent son acceptation sont les mêmes que pour les autres moyens contraceptifs. Il faut cependant préciser qu'elle est souhaitée principalement par des couples d'âge mûr et qui ont déjà formé la famille qu'ils désirent. Du point de vue «sexe», il semble que les hommes l'acceptent mieux que les femmes. L'expérience montre qu'aux Indes, et pour la période de 1956 à 1962, le nombre d'hommes qui ont pratiqué la stérilisation a augmenté, tandis que celui des femmes a diminué après avoir atteint un palier élevé (21.797 en 1959 contre 12.821 en 1961). Cela tient probablement à la nature de l'intervention chirurgicale qui est plus facile chez l'homme que chez la femme, et également au fait qu'elle ne comporte aucune conséquence sur l'activité sexuelle masculine.

Le facteur «religion» y joue un rôle important. L'Eglise catholique l'interdit formellement: «Comme le Magistère de l'Eglise l'a plusieurs fois déclaré, la stérilisation directe, qu'elle soit perpétuelle ou temporaire, tant chez l'homme que chez la femme, est à exclure» (art. 14 de l'encyclique *Humanae Vitae*). L'Islam lui est également hostile. La Comité Fatwa de l'Université El Ashar du Caire l'a condamnée.³ Si on consulte les faits, une enquête menée à Kerala, Inde, donne les résultats (voir, tableau de la page suivante) très significatifs des positions religieuses de la population étudiée.⁴

D'après ce tableau, on peut supposer que l'une des raisons du progrès indéniable de la mise en oeuvre de la stérilisation aux Indes est la religion hindouiste, sans toutefois méconnaître l'action d'autres facteurs, comme par exemple la campagne menée en ce sens par les autorités.

Cette hypothèse, fondée sur les faits, semble contredire la thèse que certains soutiennent selon laquelle l'application de cette méthode n'exige pas de

2. cf. H. Michel-Wolff: «Le facteur psychologique dans la contraception», in: *La Revue de la Médecine*, février 1963, p. 62 et suivantes.

3. cf. Un. Nations: *World Population Conference*, 1965, Belgrade, vol. II, p. 86.

4. Union internationale pour l'Etude scientifique de la Population—Contributed Papers—Sidney Conference—Australia, 21-25 August, 1967, pp. 440-448.

1. cf.: *Studies in Family Planning*, n° 30/1968, p. 5.

Distribution of sterilised persons according to religion and sex

Religion	Males		Females		Total
	Number	Percentage	Number	Percentage	Percentage
1	2	3	4	5	6
Hindus	10408	73.02	2530	72.62	72.94
Christians	2811	19.72	647	18.57	19.50
Muslims	1027	7.21	307	8.81	7.52
Others	7	0.05	...	...	0.04
N.R.*	3250	...	1124	...	...
TOTAL	17503	100.00	4603	100.00	100.00

préparation «culturelle» du public. De nouvelles recherches devront être menées dans cette direction, d'autant plus que des réactions violentes anti-stérilisation de la part de la population ont déjà été signalées. Les événements qui se sont produits à la fin de 1968 dans la région de Hargana (Inde) sont très éloquentes.

en guise de conclusion

Le bilan à établir à partir des faits rapportés tout au long des paragraphes précédents en ce qui concerne nos connaissances sur les problèmes évoqués est sans doute positif, mais pas suffisamment.

De ces faits, il ressort clairement que l'acceptation du principe de l'utilisation des moyens contraceptifs est fonction de la condition économique, sociale et familiale des intéressés, ainsi que du niveau

et du genre de leur éducation, de l'information diffusée, des mesures législatives et administratives, enfin, prises à cet égard. Les croyances religieuses y jouent certainement un grand rôle, mais qui semble modéré par l'influence de l'éducation et de l'information, du niveau de vie et du milieu (urbain ou rural) des utilisateurs.

Les préférences pour tel ou tel procédé de contraception semblent exposées à l'influence de ces mêmes facteurs, sans oublier toutefois que les décisions des utilisateurs sont aussi fonction des propriétés «techniques» de chacun de ces moyens.

Sur tous ces problèmes, nos connaissances doivent être complétées et systématisées par de nouvelles recherches, dans lesquelles l'aspect «humain» doit occuper une place privilégiée. Il faudrait également mener des études spécifiques à partir des rapprochements à établir entre la contraception d'une part et les systèmes des connaissances et des croyances «traditionnelles» d'autre part, pour mieux comprendre les phénomènes relatifs à la contraception et à son acceptation par un public insuffisamment touché par la modernité.

Tout cela dans une perspective opérationnelle. Si la planification familiale est un moyen pour promouvoir le développement, et si le développement doit s'effectuer dans les délais les plus courts possible, il est clair que cette tâche doit s'accomplir rapidement. L'action ne sera jamais suffisamment efficace, si elle ne se déploie pas «en connaissance de cause».

Dans une quinzaine d'années, le contrôle des naissances sera en passe de devenir un phénomène universel et se fera avec des moyens bien supérieurs à ceux qui existent actuellement. On se demande jusqu'à quel point la prévision actuelle d'une population mondiale de 6,9 à 7 billions vers l'an 2000—calculée d'après le taux d'accroissement actuel, soit un peu plus de 2p. 100 par an—pourrait être modifiée par un contrôle mondial des naissances dans les années 80 et 90. Ces gens qui font les prévisions de la croissance démographique ne disent pas dans quelle mesure ils tiennent compte du contrôle des naissances dans les pays sous-développés vers 1980-2000.

Herman Kahn et Anthony J. Wiener, *L'an 2000* (La bible des 30 prochaines années), Hudson Institute Inc., 1967.