

Au nom de la santé

La légalisation de la contraception et de l'avortement

Le droit d'utiliser une contraception hormonale a été acquis dans la plupart des pays européens notamment grâce à la lutte de mouvements féministes. Ce droit devait permettre une réelle maîtrise de son corps en donnant à chaque femme le pouvoir de ne pas procréer contre son gré. Cependant, si les femmes ont acquis un pouvoir certain, elles n'en demeurent pas moins seules responsables face à la gestion des capacités reproductrices. Et les pratiques contraceptives actuelles, loin de remettre en question cette répartition, participent à son incorporation et à celle de son sexe. En renforçant les pratiques autour de la capacité reproductrice des femmes, la pilule apparaît comme un nouvel instrument de régulation et de contrôle sur le rôle dévolu aux femmes dans notre société.

En outre les discours soutenant sa légalisation dans un premier temps, puis une plus grande accessibilité aujourd'hui s'inscrivent le plus souvent dans le cadre d'un projet de santé publique, la maternité choisie grâce à la contraception hormonale devant permettre d'éradiquer ce « fléau moral » que représente l'avortement. Ce but avoué amène un mouvement qui se présentait comme une recherche de l'autonomie matérielle et corporelle dans les mains de la Santé et du corps qui en détient le pouvoir, le corps médical.

Comment la pratique contraceptive devient une pratique de santé

La représentation de l'état de santé n'inclut pas les mêmes critères pour les femmes que les hommes. Ce concept compris bien souvent comme un état physique et psychique qui nous permet de « fonctionner » dans nos différents rôles sociaux, dans nos rapports professionnels comme personnels, recouvre des problèmes bien différents selon les rôles attendus. Nous soulignerons ainsi l'injonction à la maternité, particulièrement impérative pour les femmes. Une assignation rigoureusement défendue par le corps médical, historiquement masculin et patriarcal, comme le montrent les propos des médecins Boucastel et Doleris en 1918: « Le prix de la femme, c'est l'enfant ; volontairement stérile, elle retombe au rang de prostituée, de la fille de joie dont les organes ne sont plus que des instruments, des jouets obscènes au lieu de rester le moule auguste et vénérable de tous

les siècles futurs. »¹.

On n'a pas attendu la pilule ni sa légalisation pour faire usage de méthodes contraceptives. Les couples ont tenté depuis bien longtemps de contrôler les naissances selon les moyens et les croyances en leur possession. Et même si l'Eglise catholique condamne l'avortement depuis 1558, la distinction entre contraception et interruption de grossesse relève de considérations peu précisées. Pour beaucoup il s'est agi pendant longtemps de « faire revenir les règles » et l'on ne s'embarrassait pas de nuance. Voir cette question surgir au moment de la légalisation et de la médicalisation de ces pratiques n'est probablement pas une coïncidence.

Les femmes pionnières du XIXe siècle qui luttaient pour les droits des femmes avaient pour la plupart un avis négatif sur la contraception qui encouragerait le comportement sexuel « impur » des hommes. La question du contrôle des naissances est cependant revenue au premier plan, notamment en Angleterre au début du XXe siècle. En 1918 Mary Stopes publie « *Wise parenthood* » et après sa rencontre avec Margaret Sanger aux Etats Unis, ouvre à Londres une première clinique de *birth control* en 1921. Le discours de Stopes s'inscrit alors dans un contexte politique et religieux qui lui est favorable en mettant en avant le devoir maternel au sein du mariage et représente ainsi une forme de lutte contre le divorce, ce qui lui vaut le soutien de l'Eglise anglicane. En outre il met en avant des arguments de santé, ce qui lui rapporte l'appui du corps médical et ainsi de la chambre des lords. Ne sera prise en compte que la question de la santé des femmes en matière de contraception et la demande contraceptive des hommes est considérée comme un problème sexuel. Ainsi aujourd'hui encore seule la contraception féminine est gratuite dans les centres anglais.

En France à la même époque, le mouvement échoue dans un contexte différent où l'heure est plutôt favorable à une politique nataliste. La procréation est un devoir national et le contrôle des naissances est encore perçu comme trop radical et progressiste. D'autant plus que les tenants de la contraception inscrivent pour la plupart leurs discours pour l'autonomie des femmes dans celui de la lutte des classes. Une figure de cette lutte est Nelly Roussel aux propos très critiques sur la maternité, qui est selon elle surtout source de souffrances pour les femmes, et contre les discours religieux et médical en la matière. Elle favorise par ailleurs la contraception féminine plutôt que masculine qui

¹. Cité par Marie-Laure Brival in Haudiquet et al. (2008), p. 76

permettrait aux femmes d'acquérir plus d'autonomie. Elle voit dans la contraception un moyen d'avoir une activité sociale et politique et met en avant le droit à disposer de son corps.

En luttant pour faire sortir les pratiques contraceptives de la clandestinité et de l'illégalité, les militantes de la période considérée généralement comme la première vague du féminisme vont mettre en avant les risques pour la santé d'une grossesse non désirée. Il faut éviter les interruptions clandestines qui engendrent des complications qui mettent en danger la fécondité des femmes. L'objectif explicite est toujours celui d'une maternité heureuse car choisie. Celles qui ont tenu un discours prônant un changement plus radical comme la remise en question du destin forcément maternel des femmes se sont vues mises en échec.

Par la suite, le combat des féministes de la « seconde vague », notamment l'association française « Maternité heureuse », qui deviendra le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) en 1960, aborde un argumentaire centré sur la lutte contre les avortements clandestins et pour une maternité programmée dans les meilleures conditions. En France, la loi Neuwirth légalise finalement la contraception en 1967. La lutte se poursuit pour un droit à l'avortement en soulignant démonstrativement l'inadéquation de la législation avec une pratique relativement fréquente d'interruption de grossesse. Les malheureuses pécheresses qui mettent en danger leur potentiel reproductif par des avortements non médicalisés seront bientôt remises aux mains du corps médical par une modification du code pénal de 1975 qui dépénalise l'IVG pratiqué par un.e médecin. La contraception est par ailleurs remboursée en France dès 1982, mais il ne s'agit bien sûr que de rembourser une contraception prescrite par le corps médical et destinée aux femmes (pas de remboursement du préservatif). En outre le but mis en avant est toujours la lutte contre l'IVG et on s'étonne que les avortements ne diminuent pas malgré l'augmentation de l'utilisation de la pilule. En 2001 lorsque la législation sur l'avortement est révisée, les articles concernant l'IVG sont modifiés sans qu'il ne soit jamais évoqué de dépénaliser complètement l'interruption de grossesse. Bien sûr la gauche et les associations féminines y voient quand même la consécration d'un droit à l'avortement.

La pilule comme prophylaxie

Il est significatif que ce soit au nom de la santé qu'est promue la contraception hormonale. Son succès législatif doit beaucoup au souci

de prévenir une opération nettement plus discutée, l'avortement (Le Naour et Valenti, 2003). Si cet argument peut faire sens lorsque les interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont illégales et pratiquées dans des conditions provoquant des complications fréquentes, il est devenu moins pertinent. Il a ainsi été démontré que le risque est moindre que celui d'une grossesse menée à terme, et que le risque de stérilité n'est pas augmenté. Et si la santé psychique des femmes qui interrompent une grossesse est menacée, c'est plutôt en raison du jugement moral négatif dont cette pratique est victime, en particulier de la part des professionnel·le·s de santé (Stotland, 1992).

Les médecins ne se sont rallié·e·s à une légalisation de l'avortement et de la contraception que dans la mesure où elles et ils en gardaient le contrôle et sous couvert de progrès pour la santé des femmes et des enfants. Mais on retrouve toujours dans le discours médical le même projet pour les femmes : celui de la maternité. Il ne s'agit pas de remettre en question le projet conceptionnel mais bien de promouvoir une « maternité heureuse ». Ce qui engendre une réassignation massive à son identité sexuée avec la complicité du corps médical et au nom de la santé.

Une lutte féministe très sanitaire

La libre disposition de son corps a constitué une revendication centrale des luttes féministes des années 1960. Le slogan « Our bodies, ourselves » reste emblématique de ce projet politique. Le droit à la contraception et à l'avortement représente une revendication importante dans ce combat pour l'autonomie des femmes.

Mais tous les courants féministes n'ont pas le même objectif. La légalisation des pratiques contraceptives et de l'IVG est nécessaire, mais inscrire dans la loi l'obligation de leur application médicalisée n'aboutit pas à l'autonomie mais à une nouvelle relation de domination par le corps médical. Conscientes de ces rapports de pouvoir entre patient·e·s et médecins, des femmes ont entrepris de se réapproprier leur corps et les connaissances nécessaires à une certaine autonomie par les pratiques dites de *self help*. Il faut par ailleurs mentionner que des médecins, hommes et plus souvent femmes, faisaient partie des associations militant pour la dépénalisation de l'avortement et qu'ainsi les revendications associatives contenaient souvent la demande explicite d'un avortement médicalisé, comme si seule la pratique de cette intervention par un·e médecin en garantissait la sécurité.

D'autre part partout la contraception a été défendue comme un moyen de diminuer voire d'éradiquer la pratique de l'avortement,

soutenant ainsi de façon implicite ou même explicite l'idée que l'interruption de grossesse pose problème. Or d'un point de vue sanitaire précisément, rappelons que ce n'est absolument pas le cas. Il est ainsi étrange de retrouver toujours liées ces questions de contraception et d'avortement avec un discours sur la santé. Bien sûr leur interdiction provoque des atteintes à la santé des femmes, physiques lorsque des pratiques d'interruption ou de contraception sont inefficaces ou dangereuses, mais aussi psychiques lorsqu'une grossesse leur est imposée. Cependant dire cela n'implique pas que les pratiques contraceptives et l'IVG soient nécessairement inscrites dans un discours et des pratiques de santé. La mobilisation de certain·e·s professionnel·le·s de la santé pour la légalisation de ces pratiques est ainsi compréhensible, de même que le fait que des féministes aient dénoncés les conséquences de la situation législative pénalisant la santé des femmes. Ces mouvements tendent à éclairer le processus qui a fait de l'avortement une affaire de santé publique.

Néanmoins cette articulation entre santé, contraception et avortement pose un certain nombre de problèmes aujourd'hui, le plus inquiétant étant la remise en question de ces droits. En mettant en avant un objectif « négatif » de lutter contre l'atteinte à la santé plutôt que celui « positif » de l'autonomie, seul le premier objectif est plus ou moins atteint, mais dépend du pouvoir médical et de l'organisation des systèmes de santé. Il est donc la proie de tous les facteurs déterminant l'offre des soins et son accès : gouvernance médicale, volonté de contrôle des coûts, pénurie de professionnel·le·s, etc. Un autre problème est également posé par ce mandat confié au système de santé : sans discuter de la question de la clause de conscience et des valeurs propres à chaque représentant·e du corps médical, celui-ci reconnaît-il vraiment dans la pratique de l'IVG et de la contraception une pratique de santé ? On peut lire qu'une présidente du MFPP se plaint que l'offre pour la pratique de l'IVG ne suffit pas aux besoins, puis faire l'analyse que ce n'est pas une priorité de santé publique, ce qui serait dommageable car alors l'Etat serait obligé de fournir une offre plus étoffée. Mais à aucun moment la question de savoir si cela constitue réellement une priorité de la santé publique ne paraît effleurer l'auteure. Et même s'il s'agit d'une problématique sanitaire, doit-on se battre pour qu'elle reste sous contrôle médical ?

L'étape stratégique de la légalisation de la contraception et de l'avortement vers l'autonomie s'est transformée en objectif final et se trouve (ré-)interprétée comme victoire finale, voire définitive. Cependant l'IVG reste non seulement illégale dans de nombreux pays,

mais tout aussi menacée dans tous les autres. L'offre et l'accès aux structures la pratiquant ne permettent souvent pas d'assurer une prise en charge rapide et partout elle est limitée par des délais et l'obligation d'une prise en charge médicalisée. Les conditions législatives actuelles, restrictives et limitées, ne permettent pas l'exercice du droit d'avorter. Il est aujourd'hui nécessaire de faire le constat que les femmes ne peuvent disposer librement de leur corps. Même si les législations autorisant les pratiques contraceptives et l'IVG étaient parfaitement appliquées, ces pratiques restent soumises au consentement médical de droit ou de fait. Une première étape pourrait donc être la remise en question du monopole médical sur ces pratiques.

Un problème de santé bien sexué

Une autre conséquence désastreuse de ce discours pour la santé des femmes est illustrée par le fait que tous les dispositifs légaux et étatiques ne traitent que des *femmes* dans la cadre du contrôle de la vie. Ainsi la légalisation de la contraception au nom de la prévention de l'avortement-qui-est-mauvais-pour-la-santé-des-femmes n'a fait que renforcé le pouvoir et la responsabilité des femmes dans la reproduction sans permettre aux hommes (qui ne l'ont pas beaucoup cherchée, il est vrai) de trouver une place dans la gestion de la contraception. Ainsi l'idée de rembourser le préservatif comme moyen contraceptif amène souvent le sourire aux lèvres des responsables politiques qui n'y voient qu'un encouragement au libertinage, alors que l'activité sexuelle est reconnue pour son effet bénéfique sur la santé.

Qu'est-ce qui différencie la contraception de l'avortement ? Certes, biologiquement, l'intervention technologique diffère par sa nature et par le moment du processus de reproduction touché. Certaines personnes voient dans l'ovule immature une espèce de cellule bien moins respectable que le zygote et ses quelques divisions (Duden, 2006). Mais en dehors de ces considérations, la question de la responsabilité se pose tout autrement dans ces deux expériences de la reproduction. Dans le cas de la contraception, il s'agit de prévenir une grossesse qui n'existe pas et qui reste donc abstraite. Ainsi cette abstraction permet de concevoir une responsabilité individuelle, en l'occurrence celle des femmes.

Quand nous considérons une situation d'interruption de grossesse, le caractère concret de la fécondation ne permet plus de délier complètement les responsabilités, dans la mesure où l'intervention d'un « tiers » a évidemment été nécessaire - nous laisserons de côté les Saintes Ecritures. Et le fœtus à évacuer, s'il devait naître, devrait

juridiquement avoir deux parents. Le rôle du père est, dans ce cas de figure, moins facile à oublier. Le droit des pères est cependant nul à ce moment-là. Et c'est l'impasse dans laquelle se retrouve nombre de personnes, hommes et femmes. L'expérience de la reproduction appartient dans notre société aux femmes, comme le décrivent certaines : « c'est une chose qui leur arrive à elles ». Ce sentiment se nourrit du vécu sensible des manifestations corporelles de la gestation. Le fait de « sentir » la reproduction semble justifier son appropriation, et il participe à l'exclusion de ceux qui ne la vivent pas dans leur chair, qui peinent alors à trouver un rôle.

Si on évoque le souhait du père, notamment dans l'interruption de grossesse, le sentiment de dépossession est souvent très fort. Or si nous jugeons que l'imposition de la grossesse par les hommes est un acte de soumission des femmes, nous devons penser aussi en ces termes la poursuite d'une grossesse non désirée par l'homme, même si cette violence n'est pas « incorporée » de la même façon et ne met pas en péril sa santé physique.

Plusieurs technologies sont envisagées pour dépasser ces questions. L'ectogenèse, c'est-à-dire une grossesse extracorporelle grâce à la création technologique d'utérus artificiels, permettra d'atteindre selon Atlan une réelle égalité dans la reproduction en découplant totalement sexualité et grossesse et surtout reproduction et corps des femmes. En outre d'autres comme Marcela Iacub prêchent pour ce découplage par une dissociation juridique de la grossesse et de la maternité, notamment par une banalisation des mères porteuses et des adoptions, tout en donnant plus de droits aux pères. Il est intéressant de voir que ces deux projets proposent ainsi une reproduction sans expérience corporelle de la grossesse, qui permettrait ainsi de se dégager de l'incorporation des inégalités, notamment par la suppression des sensations construisant l'identité et les différences sexuées.

Nous présenterons ici les questions posées par un second développement technologique : la pilule pour hommes.

Santé et virilité

Les recherches sur une contraception hormonale masculine offrent un éclairage alternatif sur la façon dont la pilule contribue à maintenir les femmes dans le rôle qui leur est dévolu. Tout d'abord on pourrait s'étonner du fait que la pilule pour homme n'existe pas encore. Du moins sur le marché, car elle a été développée dans les années 1970. Cependant son intérêt économique n'a pas encore suffisamment séduit l'industrie pharmaceutique pour lancer les études cliniques à grande

échelle nécessaires à sa commercialisation. Les obstacles à son développement sont de plusieurs ordres.

Dans le champ de la santé, il n'existe pas d'arguments équivalents à ceux mis en avant pour défendre la contraception des femmes. Cette méthode est pensée comme sans rapport avec un risque de grossesse, donc pas d'avortement à prévenir. Ce qui témoigne bien de la perspective médicale que non seulement la conception et sa gestion relève uniquement d'une responsabilité féminine, mais aussi ses conséquences. Il en ressort que toute la question de la reproduction appartient exclusivement aux femmes, comme l'atteste l'absence de recherche et d'innovation dans ce domaine avant 1970.

Et c'est sur cette conception de la reproduction que butent les recherches. En effet il est difficile de trouver des sujets pour les études cliniques en nombre suffisant et qui se soumettent correctement aux conditions de la prise hormonale. En plus du manque de sentiment de « concernement » sur leur responsabilité dans la procréation, viennent s'ajouter comme motifs de désengagement les effets indésirables du traitement, notamment la baisse de libido. Il est intéressant de relever que ces plaintes ont constitué un réel obstacle dans le développement d'une contraception hormonale, alors que les femmes se plaignent des mêmes effets depuis l'introduction de la pilule sans que le corps médical n'y accorde la moindre importance.

En outre il est symboliquement déterminant de pouvoir éprouver sa « virilité » par une sexualité reproductrice. Une contraception représente une atteinte à cet idéal. La baisse de libido et le concept même de ne pas pouvoir « féconder » vont donc à l'encontre de l'expérience de l'identité masculine comme sensation témoignant de la *santé* de ses capacités reproductrices.

Dans un autre registre, la « paternité heureuse » ne constitue pas une revendication prioritaire des hommes. Mais plus qu'une volonté consciente de se désengager de cette charge, cet état de fait trahit davantage l'absence d'un parcours de santé « masculin ». Les hommes ne sont pas encadrés par le corps médical dans une pratique corporelle de santé qui leur rappellerait sans cesse leur identité sexuée, comme les femmes le vivent avec la nouvelle norme contraceptive (Bajos et Ferrand, 2006), et surtout leur rôle procréateur n'est que secondaire. Bien sûr, en tant que groupe dominant, cette « liberté » témoigne du fait qu'ils sont la norme. Ne pas présenter d'attributs considérés comme féminins suffit pour être « homme ». Cependant la dénégation du rôle parental à leur encontre constitue une assignation forte à leur sexe, par

opposition à celui des femmes et renforcée par elles.

Mens sana in corpore sano

Le fait que la procréation soit le premier rôle qu'on assigne aux femmes n'est pas un événement. Cependant la contraception, loin d'être cette « avancée » féministe, comme on la retrouve qualifiée, n'a non seulement pas permis de changer cette injonction, mais a même renforcé cette fonction en donnant aux femmes une forme de pouvoir sur leur corps, qui est cependant médié par l'intervention d'un.e médecin, elle-même justifiée par des arguments sanitaires. En matière de pratiques contraceptives, nous assistons à une réassignation massive à son identité sexuée avec la complicité du corps médical et au nom de la santé.

Bien sûr la question de la définition de la santé ne saurait se satisfaire d'une réduction à ses dimensions normatives. Mais la définition « positive » de la santé par l'OMS peut traduire une autre forme d'injonction normative: la sensation d'être à sa place, « bien dans les normes », ne se traduirait-elle pas par un état de « bien-être » psychique ? Et les difficultés rencontrées par celles et ceux qui ne s'y conformeraient pas tombent bien vite dans le domaine de la pathologie. Dans le domaine de la reproduction, nous avons vu qu'il s'agit non seulement de s'approprier l'expérience sensible identificatrice, mais aussi d'éprouver les sensations « justes », celles qui correspondent à notre sexe, comme le désir de maternité par exemple. La santé reste un objectif indiscutable, ou plutôt insuffisamment discuté par les études féministes, bien que sa définition et sa traduction soient entre les mains de groupes ayant leurs intérêts propres, comme le corps médical ou les entreprises pharmaceutiques. Elle sert ainsi tous les buts, de l'enrichissement personnel à la domination masculine.

La notion de santé reste ainsi un concept flou défini par les institutions des pouvoirs publiques, comme les corps médical et politique, mais aussi façonné par les enjeux économiques que ce secteur lucratif représentent. L'utilisation des arguments de santé dans la lutte féministe en restreint ainsi fortement la portée et interdit de penser une transformation des rapports sociaux de sexe plus radicale si la critique ne comprend pas aussi sur une discussion et peut-être une redéfinition du concept de santé.

Bibliographie

- ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) (2001). Prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 semaines
- Atlan H. (2005). *L'utérus artificiel*. Paris : Seuil
- Bajos N., Ferrand M., et al. (2004). Pourquoi le nombre d'avortement n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?. *Populations et sociétés*, 407
- Bajos N., Ferrand M. (2006). L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés contemporaines*, 61/2006, 91-107
- Chaperon S. (2004). Contester normes et savoirs sur les sexualités. In Gubin E. et al., *Le siècle des féminismes*. Paris : Ed. de l'Atelier/Ed. Ouvrières, 333-346
- Duden B. (1996). *L'invention du fœtus*. Paris : Descartes & Cie
- Füssinger C., Rey S., Vuille M. (2006). S'approprier son corps et sa santé. Entretien avec Rina Nissim. *Nouvelles questions féministes*, 25, 98-117
- Gelly M. (2006). *Avortement et contraception dans les études médicales : une formation inadaptée*. Paris : L'Harmattan
- Haudiquet V, Surduts M, Tenebaum N (2008). *Une conquête inachevée : le droit des femmes à disposer de leur corps*. Paris : Syllepse
- Iacub M. (2004). *L'empire du ventre*. Paris : Fayard
- Knibiehler Y, Fouquet C. (1983). *La femme et les médecins : analyse historique*. Paris : Hachette
- Kost K. Darroch-Forrest J., Harlap S. (1991). Comparing the health risks and benefits of contraceptive choices. *Family Planning Perspectives*, 23 (2), 54-61
- Le Naour J., Valenti C. (2003). *Histoire de l'avortement : XIXe-XXe siècle*. Paris : Seuil
- Oudshoorn N. (2003). *The male pill*. Durham: Duke University Press
- Potter L.S. (2001). Menstrual regulation and the pill. In Van de Walle E. & Renne P.E. (Eds), *Regulating menstruation*. Chicago: University of Chicago Press
- Schnegg C. (2007). L'avortement médicamenteux : de la technique à l'expérience. La méthode abortive en question. *Nouvelles questions féministes*, 26(2), 60-72
- Spencer B. (1999). La femme sans sexualité et l'homme irresponsable. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 128, 29-33
- Stotland N.L.(1992). The myth of the abortion trauma syndrom. *Journal of the american medical association (JAMA)*, 268 (15), 2078-2079