

POPULATION & SOCIÉTÉS

La loi Neuwirth quarante ans après : une révolution inachevée ?

Il y a quarante ans, le Parlement votait la loi Neuwirth libéralisant la contraception en France. Pourquoi l'État avait-il jusque-là chercher à l'empêcher, et comment expliquer ce changement d'attitude ? Évoquant la façon dont les couples s'y prenaient auparavant pour prévenir les naissances, Fabrice Cahen s'interroge sur les raisons du retard de la législation française si on la compare aux législations britannique et américaine. Pour ce qui est des conséquences de la loi, beaucoup s'attendaient à ce qu'elle entraîne la disparition des grossesses non prévues. Pourtant, elles représentent encore de nos jours une grossesse sur trois, comme nous l'expliquent Arnaud Régnier-Loilier et Henri Leridon. Quelles en sont les raisons ? Quelles sont les aspirations des couples d'aujourd'hui en matière d'enfants ? Comment s'y prennent-ils pour les réaliser ?

Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ?

Arnaud Régnier-Loilier et Henri Leridon**

En France, la limitation volontaire des naissances a commencé à se répandre dès la seconde moitié du XVIII^e siècle, bien avant l'apparition des méthodes médicales de contraception. Elle a conduit à une baisse de la fécondité moyenne de près de 5 enfants par femme au milieu du XVIII^e siècle à 2,5 au début du XX^e siècle. Pour limiter le nombre de leurs enfants, les couples pratiquaient à cette époque principalement le retrait ou l'abstinence. La première de ces méthodes ayant une efficacité contraceptive imparfaite, et la seconde étant difficile à observer de façon permanente, il en résultait qu'une partie des grossesses étaient non désirées. De moins en moins acceptées, notamment après la Seconde Guerre mondiale, elles ont conduit les femmes à revendiquer ouvertement le droit d'avoir « un enfant si je veux, quand je veux » comme l'a popularisé un slogan du Mouvement français pour le planning familial à la fin des années 1970. L'un des obstacles

à l'exercice de ce droit était alors une loi de 1920 limitant l'accès à la contraception et réprimant l'avortement (voir l'article de Fabrice Cahen dans ce numéro). Le mouvement d'opinion a conduit à l'adoption le 28 décembre 1967 de la loi Neuwirth libéralisant l'usage de la contraception en France, sans pour autant autoriser la propagande anti-conceptionnelle ni l'avortement (1). La diffusion de nouvelles méthodes contraceptives plus efficaces (2) s'accélère alors, le taux d'utilisation de la pilule chez les femmes de 20 à 44 ans ne souhaitant pas d'enfant passant de 5 % en 1970 à 37 % en 1978 et atteignant 60 % aujourd'hui [1]. Quarante ans après l'adoption de la loi Neuwirth, qu'en est-il de la maîtrise de la fécondité ?

(1) Il fallut attendre encore quelques années pour que l'interruption volontaire de grossesse soit à son tour libéralisée (loi Veil, 1975), et que la publicité pour les produits contraceptifs devienne possible en dehors des journaux médicaux (2001).

(2) Notamment la pilule contraceptive, mise au point par Gregory Pincus en 1951, et commercialisée à partir de 1960 aux États-Unis.

* Institut national d'études démographiques.

◆ Huit naissances sur dix sont bien planifiées...

La maîtrise croissante de la fécondité qu'a permise la libéralisation de la contraception peut être retracée grâce à une série d'enquêtes menées par l'Ined (encadré). Ainsi, à la fin des années 1960, 15% des grossesses ayant donné lieu à une naissance étaient « mal planifiées » (voir définition en encadré), 15% survenaient alors que la femme « n'y pensait pas » et 11% étaient « non désirées ». Trente ans plus tard, dans les années 1990, ces proportions n'étaient plus respectivement que 7%, 9% et 2%. Le taux de naissances bien programmées est ainsi passé de 59% en 1970 à 83% en 1995.

Ce recul des naissances non souhaitées, qui a débuté dès le milieu des années 1960, explique en partie la baisse brutale de la fécondité observée au cours des années 1970. L'indice conjoncturel de fécondité est passé de 2 490 enfants pour mille femmes (2,49 enfants par femme) en 1970 à 1 809 (1,81) en 1985, soit une baisse de 27%. Sa décomposition en naissances planifiées ou non (tableau) fait apparaître une stabilité de la part planifiée à près de 1 500 enfants (1 437 et 1 443 naissances pour mille femmes), mais une baisse de la part non désirée, de 499 naissances pour mille femmes en 1970 à 169 en 1985, soit un recul de 66%. La baisse d'ensemble de la fécondité (681 enfants en moins pour mille femmes) tient donc pour moitié à la diminution des naissances non désirées.

La diminution de la part des naissances non désirées ou mal planifiées a eu lieu très rapidement, en une dizaine d'années seulement, entre 1970 et 1980 à peu près. Elle a touché les femmes de tous âges, même si les plus jeunes restent les plus concernées. La composante planifiée des naissances n'évolue plus que légèrement depuis le milieu des années 1980, se maintenant vers 80 à 85% des naissances. Il reste donc 15 à 20% de

Tableau - Décomposition de la fécondité selon que les naissances sont désirées ou non (nombre d'enfants pour 1 000 femmes)

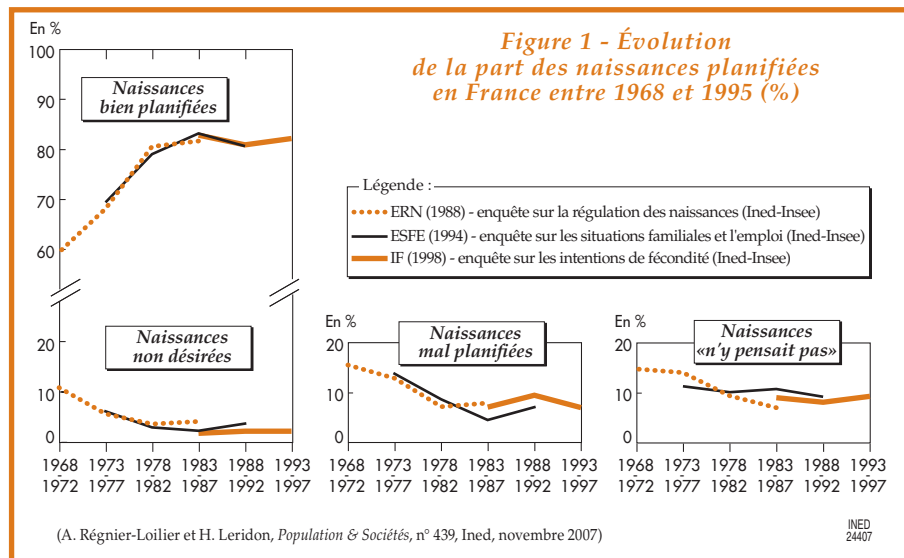
Type de naissance*	Indicateur de fécondité (naissances pour mille femmes)		
	1968-1972	1983-1987	Variation
- planifiée	1437	1443	+6
- mal planifiée	554	196	-358
- non désirée	499	169	-330
Ensemble des naissances	2490	1809	-681

(A. Régnier-Loilier et H. Leridon, *Population & Sociétés*, n° 439, Ined, novembre 2007)

* voir les définitions en encadré.

Note: la catégorie « n'y pensait pas » est ici ventilée entre les naissances non désirées et mal planifiées.

Source: Ined-Insee, enquête sur la régulation des naissances (ERN) de 1988; calculs de Laurent Toulemon (Ined).



naissances mal planifiées ou non désirées, comme le prévoyaient les démographes dès les années 1990 [2]. En effet, aucune méthode contraceptive n'est totalement fiable. La pilule est très efficace si elle est prise chaque jour, mais les oublis sont courants. Le stérilet a aussi une grande efficacité, mais il n'est pas accepté par toutes les femmes, et en France, il est rarement prescrit à celles n'ayant pas encore d'enfants. Par ailleurs, une minorité de couples utilisent des méthodes moins efficaces, comme le retrait, ou la méthode Ogino. Même utilisées de façon optimale, elles s'accompagnent d'un taux d'échec de 5 à 6% – parmi 100 couples les pratiquant continuellement pendant 12 mois, 5 à 6 auront tout de même une grossesse [3]. Enfin, l'avortement, qui représente un ultime recours en cas de grossesse non prévue, n'est pas accepté par toutes les femmes, même s'il continue à tenir une place importante dans la régulation des naissances.

◆ ... mais une grossesse sur trois n'est pas prévue

L'évaluation du degré de maîtrise de la fécondité doit tenir compte des avortements. En France, en 2004, on a enregistré 211 000 interruptions provoquées de grossesse pour 768 000 naissances [4]. Dans la mesure où la part des interruptions thérapeutiques de grossesse (à cause de complications médicales) est faible, de l'ordre de 2%, on peut considérer que la quasi-totalité des avortements correspondent à des grossesses non prévues (mal planifiées ou non désirées).

Si l'on ajoute les avortements au nombre de naissances non désirées, la part des grossesses « non désirées » atteint aujourd'hui un quart (24%) et si l'on y ajoute les naissances « mal planifiées » ou survenues alors que la femme « n'y pensait pas », on estime à un tiers (36%) la part des grossesses « non prévues » (3) (figure 2).

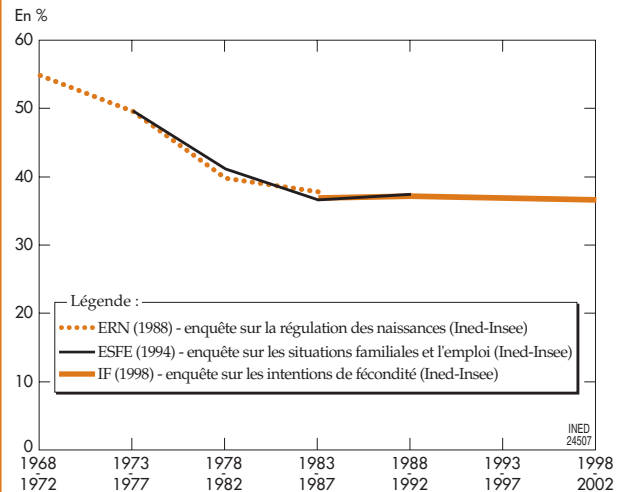
(3) Les fausses-couches ne sont pas prises en compte ici. Bien qu'elles représentent environ 15% des grossesses, on peut faire l'hypothèse que la composante planifiée y est similaire. De plus, aucun élément ne permet de penser que la proportion de fausses-couches ait évolué. Leur prise en compte n'affecterait donc pas les ordres de grandeur.

Au moment du vote de la loi Veil sur l'avortement en 1975, les législateurs espéraient que le développement de la contraception, dont le remboursement avait été voté quelques jours auparavant, conduirait à une diminution progressive du recours à l'avortement [5]. La fréquence des avortements provoqués a effectivement diminué entre 1975 et 1990, période pendant laquelle la contraception continue de se médicaliser, mais depuis, elle est restée stable à un niveau relativement élevé, comparativement aux autres pays d'Europe de l'Ouest ou du Nord [6]. La propension à recourir à l'avortement en cas de grossesse non prévue semble s'être accentuée à mesure que la maîtrise de la fécondité s'améliorait [5]. Pendant que la norme de l'enfant programmé s'affirmait, l'échec face à la planification est devenu de plus en plus difficilement acceptable. On se fixe désormais un certain nombre de conditions préalables à l'arrivée d'un premier enfant. Même si le mariage a nettement reculé au cours des dernières décennies, on n'envisage pas pour autant d'avoir un enfant en dehors d'une union stable (enregistrée ou non) : 97% des femmes âgées de 15 à 44 ans sans enfant mais qui ont l'intention d'en avoir un jour estiment qu'il est « important » ou « très important » d'être sûr que le couple parental soit stable. Les futurs parents se fixent aussi d'autres conditions, en particulier d'ordre matériel : 90% des femmes et 84% des hommes considèrent qu'il est « très important » pour un couple qui souhaite avoir un enfant que l'un des deux au moins ait un travail stable. Dans les faits, moins de 3% des couples ont un premier enfant alors qu'aucun des conjoints n'a d'emploi et dans 70% des cas, les deux sont actifs (enquête « Familles et employeurs », Ined, 2005). Enfin, beaucoup souhaitent d'abord profiter de leur vie de couple avant de concevoir un premier enfant.

◆ Un calendrier des naissances de plus en plus précis

Les couples ont aussi plus d'exigences quant au moment précis où doit survenir la naissance. Si ce n'est pas la première, l'intervalle avec la naissance précédente est de moins en moins laissé au hasard. Les enfants très rapprochés sont en particulier devenus rares. Alors que dans les années 1965, près d'une seconde naissance sur cinq survenait dans l'année civile qui suivait la première naissance, cette proportion est tombée à 8% au début des années 1980 et à 6% dix ans plus tard [7]. La plupart des hommes et des femmes estiment que l'espacement idéal entre deux naissances successives est d'environ 3 ans et, dans les faits, la moitié des secondes naissances au sein d'une même union surviennent dans les 3 ans qui suivent la première naissance. Plusieurs motivations se conjuguent, certaines privilégiant l'intérêt de l'enfant, d'autres celui du couple. On peut d'abord souhaiter que les enfants soient proches en âge de sorte qu'une forte complicité puisse se développer entre eux. À l'inverse, un espacement plus long permet de profiter pleinement du premier enfant et de ne pas être dépassé par la présence de deux enfants en bas âge [8].

Figure 2 - Évolution de la part des grossesses non prévues (%)



(A. Régnier-Loilier et H. Leridon, *Population & Sociétés*, n° 439, Ined, novembre 2007)

Sources : voir encadré et [2].

Encadré

Les enquêtes « fécondité » de l'Ined

Depuis les années 1970, l'Ined a conduit une série d'enquêtes de fécondité. On s'appuiera ici sur les trois dernières, l'enquête sur la régulation des naissances (ERN) en 1988, l'enquête sur les situations familiales et l'emploi (ESFE) en 1994 et l'enquête Intentions de fécondité (IF) entre 1998 et 2003. Dans chacune d'elles, on demandait aux personnes âgées de 18 à 44 ans de donner la liste de leurs enfants en précisant pour chacun si la grossesse était souhaitée a) à ce moment-là, b) plus tard, c) pas du tout, d) plus tôt ou e) survenue alors que la personne n'y pensait pas. Les réponses permettent de distinguer :

- les naissances planifiées, c'est-à-dire souhaitées « à ce moment-là » ou « plus tôt »* ;
- les naissances mal planifiées, souhaitées « plus tard » ;
- les naissances non désirées (déclarées « pas souhaitées du tout ») ;

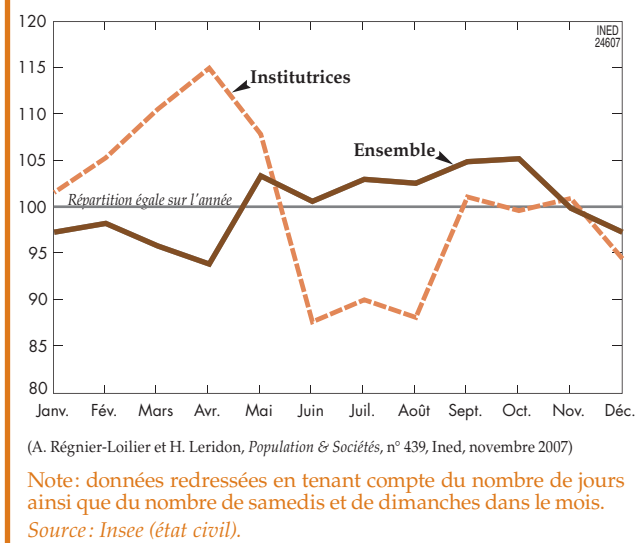
La modalité, « n'y pensait pas », est difficile à classer dans la mesure où elle peut signifier que la grossesse était désirée à un autre moment, ou qu'elle n'était pas désirée, la personne interrogée préférant l'exprimer de manière moins radicale en évitant de dire qu'elle ne la souhaitait pas du tout.

Les chiffres des différentes enquêtes sont cohérents entre eux, indiquant une bonne qualité de l'information recueillie de façon rétrospective (figure 1). On retrouve par exemple des proportions similaires pour les naissances « planifiées » au cours des années 1988-1992, que ce soit dans l'enquête de 1994 – les naissances remontaient alors un à six ans avant l'enquête – ou dans l'enquête de 1998 – elles remontaient cinq à dix ans avant.

* Une grossesse souhaitée « plus tôt » correspond à la situation où le couple cherchait à avoir un enfant mais a mis plus de temps qu'il ne le souhaitait pour l'obtenir, quelles qu'en soient les raisons.

Le calendrier de la fécondité est aussi parfois l'objet de stratégies plus fines. Si la plupart des personnes attendant ou cherchant à avoir un enfant disent avoir cessé leur contraception parce qu'elles « se sentaient prêtes », un couple sur cinq a choisi le mois d'arrêt par anticipation de la période d'accouchement, afin que l'enfant naisse à une période précise de l'année [8].

Figure 3 - Mouvement saisonnier des naissances chez les institutrices et chez l'ensemble des femmes en France en 2006



Les préférences se portent principalement sur le printemps, saison considérée comme la plus agréable pour avoir un enfant. Cela permet aussi pour certains d'agencer les calendriers fécond et professionnel. Chez les enseignantes par exemple, dont les congés professionnels sont fixes, avoir un enfant en avril ouvre la possibilité d'enchaîner congé de maternité et vacances scolaires et de profiter pleinement de celles-ci, le bébé ayant alors passé la période des premiers mois, souvent éprouvante pour les parents. En revanche, avoir un enfant durant l'été reviendrait pour elles à « perdre » tout ou partie du bénéfice des vacances scolaires. On observe effectivement un pic de naissances en avril chez les institutrices, et un déficit important entre juin et août (figure 3). Mais les stratégies peuvent être inverses : certaines femmes cadres ou indépendantes préfèrent pour leur part accoucher en été, moment de l'année où l'activité économique tourne au ralenti.

D'autres raisons poussent les couples à planifier la saison de l'accouchement, comme le souhait d'éviter les désagréments liés à une fin de grossesse au moment des fortes chaleurs, l'envie d'avoir un enfant en fin d'année de sorte qu'il soit « en avance » lors de son entrée au cours préparatoire ou pour que les parents puissent déclarer une part supplémentaire sur leur feuille d'imposition, sans oublier les préférences anecdotiques pour un signe astrologique donné. Beaucoup de couples considèrent ainsi aujourd'hui qu'ils peuvent planifier de manière précise leurs naissances.

La conception reste toutefois un événement aléatoire : le délai entre l'arrêt de la contraception et le début de la grossesse peut varier de 1 à 12 mois, voire davantage selon les couples, et il tend à s'allonger avec l'âge. Passé un certain temps, l'inquiétude de ne pas parvenir à obtenir une grossesse prend le pas sur les préférences de période, de sorte que le couple continue à essayer de concevoir sans plus se soucier du calendrier. Par ailleurs, nombre de couples ne voient pas d'intérêt à planifier ainsi, beaucoup n'en ayant pas

l'idée, et d'autres encore s'y refusant, arguant qu'il n'est pas convenable de chercher à tant planifier.

**

La libéralisation de la contraception, associée à la diffusion de nouvelles méthodes de contraception plus efficaces et à la possibilité de recourir à l'IVG, s'est accompagnée d'une déconnexion accrue entre la sexualité et la fécondité. Autrefois les couples devaient prendre des précautions à chacun de leurs rapports quand ils ne souhaitaient pas concevoir : ce n'est plus le cas aujourd'hui, du moins, avec les méthodes médicales de contraception. L'état « normal » est ainsi devenu celui où l'on n'est pas exposé au risque d'une grossesse non désirée. Concevoir nécessite d'abord de s'affranchir de toute pratique contraceptive – arrêter la pilule ou se faire ôter le stérilet – et de programmer l'enfant. Plus de 8 naissances sur 10 sont ainsi aujourd'hui « bien planifiées », parfois à un degré très fin. Ce meilleur contrôle de la fécondité ne doit cependant pas faire oublier qu'une grossesse sur trois reste non prévue en France et, à l'inverse, que bon nombre de couples souhaitant avoir un enfant n'y parviennent pas, l'assistance médicale à la procréation n'apportant qu'une réponse partielle aux problèmes de stérilité.

RÉFÉRENCES

- [1] LERIDON H., OUSTRY P., BAJOS N. et l'équipe Cocon - « La médicalisation croissante de la contraception en France », *Population & Sociétés*, n° 381, juillet-août 2002, Ined.
- [2] LERIDON H., TOULEMON L. - « La fin des naissances non désirées », *Données sociales*, 1990, Insee, p. 293-296.
- [3] TOULEMON L., LERIDON H. - « Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements », *Population*, vol. 47, n° 1, 1992, Ined, p. 1-46.
- [4] VILAIN A. - « Les interruptions volontaires de grossesse en 2004 », *Études et résultats*, n° 522, Drees, septembre 2006, 8 p.
- [5] BAJOS N., MOREAU C., LERIDON H., FERRAND M. - « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? », *Population & Sociétés*, n° 407, décembre 2004, Ined.
- [6] ROSSIER C., PIRUS C. - « Évolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002 », *Population*, vol. 62, n° 1, 2007, Ined, p. 57-90.
- [7] PRIOX F. - « Du premier au deuxième enfant : maîtrise de la contraception, normes sociales et choix de l'intervalle » in Aidelf (éd.), *Les modes de régulation de la reproduction humaine. Incidences sur la fécondité et la santé*, Puf, 1994, p. 85-96.
- [8] RÉGNIER-LOILIER A. - Avoir des enfants en France. Désirs et réalités, Coll. *Les Cahiers de l'Ined*, n° 159, 2007, Ined, 268 p.

RÉSUMÉ

Au cours de ces quarante dernières années, la maîtrise de la fécondité s'est nettement améliorée mais a dans le même temps généré une exigence toujours plus forte de planification. On ne souhaite plus seulement intervenir sur le nombre d'enfants, sur le moment de l'entrée en parentalité mais aussi choisir l'espacement voire la période de naissance des enfants dans l'année. Ceci ne doit pas laisser l'illusion d'une maîtrise parfaite de la fécondité. La part des grossesses non prévues reste très élevée en France et, à l'inverse, bien des couples continuent à rencontrer des difficultés pour avoir un enfant.

De la contraception clandestine à la loi Neuwirth : la France à la traîne ?

Fabrice Cahen*

La loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967, dite loi Neuwirth, marque un tournant dans l'histoire des politiques de population en France et apparaît comme l'indice d'une nouvelle attitude institutionnelle à l'égard des comportements sexuels et reproductifs, même si comme beaucoup de lois, elle n'a fait que sanctionner une évolution à laquelle elle était pour partie étrangère. La célébration de son quarantenaire fournit l'occasion de rappeler dans quelles conditions s'accomplissait la vie intime des hommes et femmes des générations antérieures.

◆ Les mésaventures d'un jeune couple autrefois

Les archives policières ou judiciaires constituent pour les historiens l'un des rares moyens d'accéder à la connaissance des pratiques privées des individus du passé. L'exemple qui suit concerne un couple ordinaire au début de l'année 1943. N. effectue une promenade amoureuse en compagnie de T., qu'elle « fréquente » depuis deux ans, au bord de la rivière qui relie leur commune respective [1]. Elle s'apprête à perdre sa virginité. N'ayant sans doute alors d'attentes, d'espoirs ou de craintes que très immédiats, les deux partenaires – et elle bien plus encore que lui – engagent pourtant d'une certaine manière leur avenir. Ils s'exposent en effet, avec peu de moyens fiables de les éviter, à un ensemble de risques (1). N. a seize ans. Elle débute une carrière de coiffeuse et vit encore chez son père, veuf, qui la surveille de près. De deux ans son aîné, T. travaille à l'usine. Leur âge, leur situation, une époque où les naissances hors mariage sont stigmatisées et les « filles mères » méprisées, tout porte à éviter l'« accident ». Au regard des normes alors en vigueur, cette relation juvénile, non maritale, et sans finalité procréatrice n'a pas à avoir lieu. Une loi adoptée une génération plus tôt, le 31 juillet 1920, entrave toute forme d'information sexuelle, contribuant à maintenir dans l'ignorance du fonctionnement de leur corps une grande masse d'individus ; interdisant la publicité pour les contraceptifs artificiels (ceux de type féminin comme le pessaire – ancêtre du diaphragme [2] – étant même exclus de la vente), il réduit considérablement les moyens dont disposent les couples pour se prémunir contre une fécondation non souhaitée. Le cas échéant, il n'existe aucun moyen légal d'interrompre une grossesse : criminalisé par le Code pénal (de 1791 puis de 1810), l'avortement est depuis la fin du XIX^e siècle sévèrement combattu. La loi de 1920 comporte des articles

visant la provocation à l'avortement et la complicité d'avortement. Celle de 1923 tente d'en faciliter la répression en le correctionnalisant afin de le soustraire aux jurys populaires, la possibilité de distribuer des peines moins lourdes étant censée réduire la proportion des acquittements. Le « Code de la famille » de 1939 renforce les peines et inclut la simple tentative d'avortement. Enfin, Vichy durcit encore le dispositif en rendant possible, en 1942, le déferrement des avorteurs devant le Tribunal d'État – ce qui vaudra à deux personnes la peine capitale.

N. et T. n'ont pas à connaître les détails de ce corpus législatif pour être conscients de la vigilance dont ils doivent faire preuve, ne serait-ce que parce que d'autres amants de leur entourage ont eu affaire un jour à un hasard malheureux. Ceux qui, refusant leur sort, se sont « débrouillés » ont constaté à quel point le village ou le quartier étaient prompts à repérer certaines anomalies : rondeur nouvelle d'un ventre, draps trop longtemps immaculés ou au contraire souillés d'une tâche de sang à l'aspect suspect. Au-delà de la réprobation sociale, quelques-uns ont enduré des suites judiciaires et pénales graves.

Six mois environ après l'acte amoureux, N. se trouve pour une période de quelques semaines hors de son domicile. Selon sa version des faits, il ne s'agit que de vacances chez une tante. Mais son absence éveille les soupçons et une dénonciation anonyme s'abat sur elle. Convoqués par les gendarmes pour un interrogatoire, les deux amants doivent livrer, tour à tour, les moindres détails de leur étreinte puis de leurs faits et gestes ultérieurs. N. subira aussi une inspection gynécologique, un médecin légiste ayant été désigné pour détecter d'éventuels signes de manœuvres abortives. Sa période de congé cache-t-elle le recours à une « faiseuse d'anges », dont l'intervention aurait occasionné, comme c'est souvent le cas, des suites pathologiques et une hospitalisation (2) ? Moins explicite que d'autres, le procès verbal n'est pas formel. Les gendarmes parviennent toutefois à obtenir un aveu : N. a bien traversé une phase de détresse, ne constatant pas le retour de ses règles. Mais la prise de simples « pilules » aux vertus censément emménagogues, obtenues d'ailleurs sans la moindre prescription médicale, aurait suffi à la reprise normale du cycle.

Le cas évoqué ici prend place dans une conjoncture bien particulière, aux pires heures d'un régime pétainiste

(1) Le risque vénérien sera exclu de cet article.

(2) Les risques sanitaires de l'avortement clandestin sont élevés, le taux de décès atteignant peut-être, d'après les estimations les moins discutables, 1 % dans la première moitié du XX^e siècle.

* Institut national d'études démographiques et École des hautes études en sciences sociales

obsédé par les formes de sexualité qui s'écartent de la norme [3]. Le caractère dictatorial de Vichy, le climat fortement délétère qu'il entretient, le zèle manifesté par certaines unités de police ou de gendarmerie, ne peuvent être assimilés à la situation des décennies précédentes ou ultérieures. Mais replacée dans une perspective plus longue, la politique menée en ce domaine, loin d'être originale, est plutôt l'exacerbation d'une volonté dont les racines remontent au siècle précédent. En aval, il suffit de se reporter aux travaux d'histoire de la sexualité pour constater à quel point, même avec des risques pénaux bien moindres, la vie intime des Français reste, de l'après-guerre aux années 1960, marquée par la « peur au ventre » [4]. On doit rappeler aussi combien pèsent encore à cette époque, sur les fidèles catholiques, les interdits religieux.

◆ La France, pays d'arrière-garde ?

Il est saisissant de comparer la situation qui prévaut en France au début des années 1960 avec celle qui existe outre-Manche et outre-Atlantique : au Royaume-Uni comme aux États-Unis, la nécessité de réformes concernant les conditions légales de la vie intime se fait ressentir dès le début du xx^e siècle [5]. L'histoire a mis en avant le rôle de personnalités déterminantes, telles l'infirmière américaine Margaret Sanger et l'écrivaine écossaise Marie Stopes, fondatrices pendant la Grande guerre du mouvement du *Birth control*. On ne peut cependant expliquer le succès de cette véritable croisade, initiée par la mise en place des cliniques de « contrôle des naissances » (au départ en marge de la légalité), sans rappeler l'affinité entre les principes du *Birth control* et les courants idéologiques et scientifiques dominants dans le monde anglo-saxon du premier xx^e siècle. Se démarquant du féminisme et du « néomalthusianisme » (mouvement anarchiste qui prônait la libre maternité) dont ils récuse l'immoralisme, les militants appuient leurs justifications sur des raisonnements eugénistes et racistes : réduire le nombre d'enfants par famille, surtout chez les ouvriers (Royaume-Uni) et les noirs (États-Unis), pour permettre une vie de famille plus saine, et obtenir une meilleure « qualité » de population. Ce registre permet de convaincre progressivement une partie influente du champ biomédical, et de faire face à l'opposition de nombreux médecins conservateurs [6, 7]. S'agissant des procédés de régulation, les militants édifient une coupure symbolique entre la contraception, ayant vocation à devenir « rationnelle » (avec le diaphragme pour instrument privilégié), et l'avortement que cette dernière a précisément pour fonction de faire disparaître.

Dès les années 1930, le « contrôle des naissances » est pleinement reconnu par les autorités américaines et britanniques. Pourtant, l'essor du *Birth control* dans l'entre-deux-guerres modifie moins qu'escompté les pratiques populaires quotidiennes, en témoigne l'usage toujours préféré du retrait chez les ouvriers britanniques [8]. La campagne a probablement surtout pour effet de conforter les individus dans leur refus de la fatalité biologique.

Ainsi, la promotion de la contraception « moderne » n'entraînera pas de recul des pratiques abortives. Le combat féministe pour la légalisation de l'avortement passe donc, rétrospectivement au moins, pour un corollaire du précédent. En la matière, les pays anglo-saxons précèdent à nouveau la France : la jurisprudence britannique permet une tolérance de l'avortement pour « détresse physique et mentale » dès 1938, et sa légalisation sera obtenue en 1967. Aux États-Unis, la législation varie selon les États, mais en 1973, la Cour suprême prononce l'inconstitutionnalité de sa pénalisation.

Par comparaison, la France contemporaine est-elle en « retard » ? Elle constitue plutôt un cas de figure très différent, avec un décalage étonnamment durable entre l'évolution des mœurs et l'adaptation du droit. C'est en effet dès la seconde moitié du xviii^e siècle, bien avant les autres pays occidentaux, que les stratégies de fécondité commencent à s'y transformer en profondeur, menant à une réduction significative de la descendance finale des couples. Ce processus de sortie de l'ancien régime démographique suppose le recours croissant aux méthodes de prévention des naissances. Comme l'a établi de longue date la démographie historique, le coït interrompu et l'abstinence devancent de très loin les dispositifs techniques (le préservatif, par exemple, est peu apprécié) [2, 5] ; l'avortement n'intervient qu'en cas d'échec des procédés précédents.

Cependant, au début de la III^e République, un ensemble de forces et de doctrines hétéroclites – natalisme, familialisme, hygiénisme eugénisant, ou encore féminisme maternaliste – en viennent à former un système solidement ancré dans les institutions [9]. Celui-ci a pour pièce maîtresse le natalisme d'État : dans un contexte de concurrence internationale et de crise nationale, le ralentissement démographique induit par les nouveaux comportements conjugaux est interprété comme le signe d'une menace d'extinction à plus ou moins long terme de la « race » française. Cette « dépopulation », érigée en « fléau social », hante les élites et le pouvoir, envahissant les discours, et servant de caution à l'ingérence croissante de l'État. Les Français, et particulièrement les Françaises, sont sommés de placer leurs conduites privées en conformité avec l'intérêt suprême de la Nation (notamment pour ses besoins militaires), à savoir la protection et le développement du capital humain. Lors des débats savants qui précèdent nombre d'élaborations politiques, la prévention des naissances devient un thème récurrent, en particulier chez les médecins qui, recoupant confessions de patients et constats directs (augmentation constante des entrées de femmes infectées ou blessées par un avortement clandestin), comprennent qu'ils ont affaire à un phénomène de masse.

Cette configuration typiquement française tient en partie aux interactions entre la haute administration, les militants natalistes et familialistes, et les scientifiques intéressés par la « population » [10, 11]. On ne saurait négliger l'efficacité de puissants réseaux associatifs, comme l'Alliance Nationale contre la Dépopulation, dont les ramifications s'étendent jusque dans l'appareil d'État, surtout à partir du début du xx^e siècle. Ces organisations

exercer par leur mobilisation hautement stratégique un véritable lobbying, incitant les dirigeants à pourchasser les discours et attitudes « malthusiens », que ce soit en légiférant ou en appliquant plus fermement les dispositions existantes.

Dans la mesure où il apparaît à beaucoup comme illusoire d'agir en direction des « âmes » (l'ambition de reconquête morale vaut une déception chronique aux responsables catholiques), les projets politiques qui s'accumulent visent prioritairement les corps, particulièrement les procédés techniques par lesquels les ménages tentent d'éviter ou d'espacer les naissances. Certes, la « biopolitique » n'étant jamais pure coercition, des mesures incitatives sont développées, comme les allocations familiales – dont la fonction redistributive n'est pas l'ambition première. Mais le volet contraignant passant pour inévitable, et moins exigeant sur le plan budgétaire, la prévention des naissances et l'avortement sont de plus en plus fréquemment pris pour cible directe.

Pourtant, la répression se montre peu efficace dans les faits : la loi impose des contraintes, sanctionne au gré des circonstances, mais ne dissuade guère. Le cas de l'avortement en est la preuve : fort difficile à déceler, il fait rarement l'objet de sanctions lourdes, en raison de la mansuétude des tribunaux face aux femmes avortées. La Justice cherche surtout des « responsables » : ainsi la loi de 1920, qui peine à provoquer les dix condamnations annuelles aux alentours de 1930, s'avère-t-elle néanmoins terrible pour les chefs de file du mouvement néo-malthusien français. Il en est de même des avorteurs « professionnels » qui tombent entre les mains de la police. Les couples ordinaires contournent, eux, quotidiennement, et souvent en tout innocence, les barrières légales [9]. Quant aux courbes démographiques, elles ne sont pas redressées, en tout cas pendant l'entre-deux-guerres : durant les treize années qui suivent la loi de 1920, l'indice synthétique de fécondité passe en France de 2,7 à 2,1 enfants par femme ; une baisse certes atténuée comparée à celle que connaît alors le Royaume-Uni (qui chute d'un peu plus de 3 enfants par femme à 1,7), mais qui suit une tendance identique. Plus trompeur mais important aux yeux des contemporains, le taux brut de natalité des deux États se rejoint d'ailleurs en 1933 autour de 15 pour mille.

◆ Aux origines d'une réforme

Malgré le spectaculaire retournement de conjoncture démographique que constitue le baby-boom, entre 1942 et le milieu des années 1960, la propension à maîtriser et planifier sa descendance continue à se généraliser. Alors qu'on dénombre encore un quart de naissances non désirées, la prévention des naissances demeure massive. Ce mouvement aboutit à un recul considérable du nombre des familles nombreuses et la norme familiale se resserre autour de deux enfants. Les innovations technologiques (comme la contraception orale chimique, autorisée aux États-Unis dès 1960) ne sont pas au principe de cette « seconde révolution contraceptive » [12], dont les raisons profondes touchent

à la volonté de garantir au maximum l'avenir de ses enfants. On sait par exemple les effets de la scolarisation de masse et du rôle accru des diplômés dans la mobilité sociale, avec pour résultante une concurrence scolaire intensifiée. L'école véhicule aussi de nouvelles aspirations de réussite individuelle, peu compatibles avec une surcharge familiale. L'entrée massive des femmes dans le salariat contribue aussi à l'amélioration de leur statut et à l'élévation de leurs aspirations. C'est une frange de la moyenne bourgeoisie féminine qui est la première à exprimer ouvertement la revendication d'un droit à l'épanouissement hors du foyer, et hors du modèle familial traditionnel, impliquant des moyens non-prohibés d'éviter les grossesses à répétition [10].

Dès le début de la IV^e République, plusieurs types d'acteurs se rejoignent pour porter cette demande de plus en plus forte d'accès à la contraception [13] : « survivants » du néo-malthusianisme et promoteurs d'un contrôle des naissances relié à des préoccupations « sexologiques » et parfois eugénistes (comme Jean Dalsace, qui avait créé à Suresnes un dispensaire de planning familial dès 1935), femmes médecins s'intéressant notamment aux méfaits psychosomatiques de l'insécurité contraceptive, francs-maçons, militants socialistes, « renégats » d'un PCF très nataliste jusqu'en 1965. Le Dr Marie-Andrée Lagroua-Weill-Hallé, réalisant que l'avortement clandestin est la seule échappatoire pour beaucoup de ses patientes, souvent déjà mères de plusieurs enfants, va tenter de diffuser en France les principes du *Birth control* américain. En 1956 elle fonde la « Maternité heureuse », qui devient, à la suite de son adhésion en 1960 à l'*International Planned Parenthood Federation*, le Mouvement français pour le planning familial. L'association propage de l'information, notamment auprès des médecins, suscite – bénéficiant de bons relais dans certains titres de presse – un mouvement d'opinion, et met en place à partir de 1961 des centres de « planning familial » fournis clandestinement en contraceptifs (diaphragmes et gels principalement). À l'image des précédents anglo-saxons, la modération va s'avérer payante (ici encore on veut croire que la contraception légale puisse se substituer à l'avortement) – mais elle montrera aussi ses limites. Les adversaires traditionnels manifestent leur vive hostilité, à commencer par l'Église catholique qui prône la continence et ne tolère que certaines méthodes « naturelles » basées sur l'observation des cycles, ainsi que par une partie du corps médical – souvent lui-même imprégné de valeurs chrétiennes. En revanche, des évolutions importantes sont perceptibles dans certains organismes phares de l'expertise publique, comme à l'Institut national d'études démographiques [11], qui incite à une certaine dédramatisation des enjeux de la contraception et de l'avortement.

C'est dans ce changement général de sensibilité, dont beaucoup reste à étudier, et non dans le huis clos de la représentation politique, que la loi de 1967 trouve ses racines. La première proposition de loi inspirée par les militants du Planning familial est déposée à l'Assemblée en 1956 [13]. D'autres tentatives sont effectuées au début

des années 1960. Toutes se heurtent à l'inflexibilité de la majorité, les propos d'un ministre comme Michel Debré sur la nécessité de maintenir une politique de population strictement nataliste rappelant la tonalité de certains discours d'avant-guerre. La question est néanmoins propulsée au cœur des débats lors de la campagne présidentielle de 1965. En juin 1966, le sénateur gaulliste Lucien Neuwirth, ancien résistant, qui entretient des relations personnelles avec certains membres du Planning, dépose à son tour une proposition demandant la légalisation de la contraception. Le contexte international aidant (l'Onu apporte son soutien à la planification familiale), le gouvernement en accepte l'étude. Le texte plaide avant tout pour l'abrogation des articles de la loi de 1920 interdisant la contraception, et pour l'autorisation de fabrication et d'importation de contraceptifs. Il s'agit d'une réélaboration, plus modérée, des propositions précédentes (qui allaient parfois jusqu'à la libéralisation totale de la contraception) : la finalité anti-avortement est particulièrement mise en avant, la défense de la contraception se faisant selon une logique de moindre mal, bien éloignée d'un quelconque « droit à disposer de son corps ». La réaffirmation du bien-fondé d'une politique familiale vigoureuse a de quoi rassurer une partie de ceux qui craignent la dénatalité et le désordre sexuel et social. Cependant, les adversaires souvent issus des rangs de la majorité, restent déterminés et imposent un rude affrontement parlementaire. Leur opposition repose sur le triptyque risque moral, risque démographique (malgré les prévisions du Haut Comité à la Population et à la Famille qui, en janvier 1967, garantit l'absence de nocivité de la loi en ce domaine), risque médical (ils n'hésitent pas à brandir les dangers supposés de la pilule contraceptive ou encore du stérilet). Parfois, les propos trahissent un véritable reflux : tel député redoute ainsi que les mâles ne perdent « la fière conscience de leur virilité féconde ».

◆ Les limites de la réforme

L'échec des conservateurs est largement contrebalancé par la série d'amendements très restrictifs qu'ils parviennent à imposer : délivrance de la pilule et du stérilet soumise à ordonnance médicale – et uniquement sous autorisation parentale pour les mineurs de moins de 18 ans –, obligation pour les pharmaciens d'inscrire sur des « carnets à souche » les noms des acheteurs de pilules, à l'instar des produits pharmaceutiques dangereux ou addictifs (mesure qui ne sera jamais mise en œuvre). De plus, l'administration (essentiellement les services du Ministère de la Santé) va s'employer pendant près de cinq ans à retarder la mise en place des décrets d'application, bloquant ainsi l'effectivité de la nouvelle loi [14]. Le mouvement féministe, revigoré par mai 1968, poursuit donc le combat, exigeant à la fois une amélioration de l'accès à la contraception et une inévitable légalisation de l'avortement. Si une part importante de ces demandes sont satisfaites depuis le milieu des années 1970 grâce à la loi Veil de décembre 1974 dépenalisant l'avortement et à la loi sur la contraception

votée presque en même temps, supprimant le carnet à souche, l'autorisation parentale, et permettant le remboursement par la Sécurité sociale, il apparaît aujourd'hui que ces acquis légaux sont une condition nécessaire mais non suffisante à la « libération » sexuelle et à l'amélioration de la condition des femmes. La domination masculine (y compris dans sa forme intériorisée) reste un frein à la contraception, et l'apparition au cours des décennies d'une « norme contraceptive » centrée sur la pilule – pourtant inadaptée à un certain nombre de femmes – soulève plusieurs problèmes [15]. L'emprise médicale et technologique sur la contraception et l'avortement est également questionnée.

Quoi qu'il en soit, cette reconnaissance par l'État du droit à maîtriser sa fécondité constitue une avancée fondamentale. Dès la fin du XIX^e siècle, le statisticien et démographe Jacques Bertillon, bien que résolument nataliste, avait perçu que loin d'obéir passivement aux lois de la nature ou aux pressions économiques, l'individu contemporain était « acteur » de ses choix reproductifs. En 1967, la V^e République en tirait les premières conséquences raisonnables, rendant possible l'avènement de sujets de droits sexuels et reproductifs.

RÉFÉRENCES

- [1] Archives de la Gendarmerie Nationale, 47 E 379.
- [2] Étienne van de WALLE - « Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ? », *Population & Sociétés*, n° 418, décembre 2005, 4 p.
- [3] Cyril OLIVIER - *Le vice ou la vertu. Vichy et les politiques de la sexualité 1940-1944*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail, 2005.
- [4] Anne-Claire REBREYEND - « Sexualités vécues. France 1920-1970 », *Clio*, 18/2003, Mixité et coéducation, 2003.
- [5] Angus Mc LAREN - *Histoire de la contraception, de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Noësis, 1996.
- [6] Carole R. McCANN - *Birth Control politics in the United States, 1916-1945*, Cornell University Press, 1994, nouv. éd. 1999.
- [7] Simon SZRETER - *Fertility, class and gender in Britain, 1860-1940*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996.
- [8] Kate FISHER et Simon SZRETER - « "They Prefer Withdrawal" : The Choice of Birth Control in Britain, 1918-1950 », *Journal of Interdisciplinary History*, XXXIV:2, 2003.
- [9] Anne-Marie SOHN - *Chrysalides : femmes dans la vie privée (XIX^e-XX^e siècle)*, Paris, Publications de la Sorbonne, 1996.
- [10] Rémi Lenoir, *Généalogie de la morale familiale*, Paris, Seuil, 2003.
- [11] Paul-André ROSENTAL - *L'intelligence démographique. Sciences et politiques des populations en France (1930-1960)*, Paris, Odile Jacob, 2003.
- [12] Henri LERIDON - *La seconde révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, « Cahier de l'Ined », n° 117, Paris, PUF, 1987, rééd. 1999.
- [13] Christine BARD et Janine MOSSUZ-LAVAU (dir) - *Le Planning familial : histoire et mémoire, 1956-2006*, Presses Universitaires de Rennes, 2007.
- [14] Sophie CHAUVEAU - « Les espoirs déçus de la loi Neuwirth », *Clio*, 18/2003, Mixité et coéducation, 2003.
- [15] Nathalie BAJOS et Michèle FERRAND (dir) - *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm, 2002.