

Les enjeux de la stérilisation

Collection «Questions en Santé Publique»

Édité par : A. GIAMI, H. LERIDON
Paris : Inserm/INED, 2000. (346 pages)

Présentation de l'ouvrage par A. GIAMI et H. LERIDON

Michel Erlich brosse d'abord un tableau de l'histoire des différentes techniques de stérilisation, en insistant sur leurs dimensions symboliques et culturelles (*Histoire de la stérilisation. Aspects techniques, idéologiques et culturels*). Si la castration masculine est très ancienne, on ne pratique des ligatures des trompes que depuis le dernier quart du XIX^e siècle. Le terme « stérilisation » n'apparaît d'ailleurs, dans son sens contraceptif, qu'en 1912. La vasectomie a d'abord été utilisée à des fins punitives et eugéniques, à partir de 1900, notamment aux États-Unis. Entre 1907 et 1938, la stérilisation (pour les deux sexes) a été mise en œuvre dans le cadre de « lois eugéniques » dans 30 États américains, deux canadiens, dans le canton de Vaud, en Allemagne, au Danemark, en Norvège, en Suède, en Finlande, en Estonie et en Islande. Des interventions forcées, mais légales, ont encore été pratiquées dans certains de ces pays au cours des années 1950 et 60, voire 70... Malgré ces dérives, la stérilisation était - à la même époque - défendue comme méthode de régulation des naissances par les pionniers de cette cause (comme Margaret Sanger ou Mary Stopes) ; mais la stérilisation volontaire à but contraceptif ne s'est vraiment développée, de façon d'ailleurs extrêmement rapide, qu'à partir des années 1970. Les répercussions psychosexuelles de la stérilisation, discutées en fin de ce chapitre, mettent bien en évidence la nécessité d'une préparation psychologique et d'une information visant à prévenir les « regrets » et les troubles sexuels pouvant en résulter.

Une mise en perspective historique de la question de l'eugénisme permet d'établir les différents types de relations ayant existé entre, d'un côté, l'eugénisme comme système de pensée (André Béjin) ou comme forme d'organisation sociale et politique (Jean-Paul Gaudillière, Benoît Massin et Alain Drouard) et, de l'autre, les pratiques de stérilisation. André Béjin s'est intéressé aux *Débats sur la stérilisation eugénique en France, de 1890 à 1950*. Si Vacher de Lapouge se prononçait, dès 1899, pour un « sélectionnisme » permettant de « corriger les conséquences fâcheuses de la sélection naturelle », c'était essentiellement en voulant dissuader les uns (les « moins bons ») d'avoir des enfants, et en favorisant la reproduction des autres (les « meilleurs »). Il posait ainsi les bases de ce que l'on pourrait appeler un « eugénisme à la française », excluant l'usage de la contrainte directe. Même un Charles Richet, qui recommandait en 1913 la castration (ou la stérilisation aux rayons X) de certaines catégories de population, ne semblait guère convaincu de l'efficacité de la démarche. Les médecins et eugénistes français resteront donc dans l'ensemble sceptiques quant aux vertus eugéniques des stérilisations pratiquées dans les pays anglo-saxons, les nata-

Texte reproduit avec l'autorisation de l'Inserm et de l'INED

GIAMI A, LERIDON H : Introduction. In A. Giami, H. Leridon (eds) :

Les Enjeux de la Stérilisation. Paris, édition Inserm/INED, 2000, pp.4-10.

listes craignant de leur côté une « dérive malthusienne ». Une figure emblématique du natalisme français, Fernand Boverat, devait déclarer crûment préférer « la quantité « à » la qualité ».

Cette analyse est confortée par la comparaison entre les cas français et anglais que propose Jean-Paul Gaudillère (*Eugénisme, démographie et stérilisations en France et en Grande-Bretagne, 1930-1960*). En Grande-Bretagne, l'influente Eugenics Society soutient, dans les années 1930, la préparation de lois visant à autoriser la stérilisation comme une « forme de médecine préventive ». Malgré de fortes pressions, le gouvernement britannique s'y est toujours opposé, et aucune loi n'obtiendra de majorité à la Chambre des députés. En France, l'eugénisme a été plutôt l'affaire de médecins soucieux « d'hygiénisme » : pédiatres, puériculteurs, obstétriciens... Les références natalistes et familialistes étant, par ailleurs, fortes, ces médecins n'iront pas au-delà de la demande d'un examen pré-nuptial obligatoire, demande satisfaite dans les années 1940 (l'obligation est toujours en vigueur). Après la Seconde guerre mondiale, un spécialiste de l'eugénisme comme Jean Sutter confirmera le scepticisme des médecins français quant à l'efficacité eugénique des stérilisations ; dans la foulée, il manifesterà le même doute quant à l'efficacité démographique des stérilisations volontaires, en contradiction totale avec les médecins et démographes anglais qui insisteront - au contraire - sur les aspects néfastes de la croissance démographique dans les pays en développement, et sur la nécessité de la ralentir par tous les moyens possibles.

Le cas de l'Allemagne nazie est certainement le plus emblématique des dérives meurtrières de l'eugénisme. Benoît Massin dresse un bilan complet de la *Stérilisation eugénique et du contrôle médico-étatique des naissances en Allemagne nazie, 1933-1945*. Pour lui, il s'agit là d'un cas extrême de « biocratie » telle que la rêvait un Édouard Toulouse en 1920. De 1933 à 1939, un ensemble impressionnant de lois, décrets et circulaires est venu couvrir tous les aspects de l'eugénisme, du natalisme et du familialisme. Il faut souligner que cet eugénisme très actif s'est appuyé sur des idées et un cadre élaborés *antérieurement* par des méde-

cins allemands, notamment des psychiatres de renom international, au moment de la République de Weimar dans un contexte démocratique. Certains de ces médecins ont continué à soutenir et aider l'administration au moment de l'arrivée au pouvoir des nazis. Résultat de cette adhésion de la grande majorité du corps médical au programme eugéniste des nazis : 400 000 stérilisations pratiquées entre 1933 et 1945 (les experts souhaitaient en 1934 pouvoir en pratiquer trois fois plus !), sans compter les déportations en camps de concentration. Outre les malades mentaux, les « faibles d'esprit » et certains handicapés physiques, on a stérilisé des alcooliques, des « asociaux », des prostituées, des enfants abandonnés, des homosexuels et des délinquants sexuels (par castration), des Tziganes, des « métis » divers (notamment juifs)...

On a pris conscience plus récemment que les pays scandinaves, pionniers en la matière, avaient poursuivi les pratiques de stérilisations « forcées » longtemps après la fin de la Guerre. Alain Drouard (*À propos de l'eugénisme scandinave. Bilan des recherches et travaux récents*) analyse les aspects spécifiques de cet eugénisme. La Suède avait ouvert la voie d'un eugénisme institutionnalisé, appuyé sur la génétique et l'anthropologie physique (la craniométrie, notamment), en créant en 1922 le premier « Institut de biologie raciale » au monde. La première loi de stérilisation forcée fut promulguée au Danemark en 1929, dans le cadre de « mesures de politique sociale » destinées à aider et protéger (!) les plus défavorisés. Des lois similaires suivront en 1934 en Norvège, et 1935 en Finlande et en Suède. Pour la seule Suède, on estime à 63 000 le nombre des stérilisations pratiquées entre 1935 et 1975.

Avec la contribution de Gisèle Graton (*La stérilisation volontaire au Québec : aspects juridiques et réflexions éthiques*), nous passons au contexte des stérilisations contraceptives volontaires. Au Québec, les opérations stérilisantes sont possibles pour toute personne majeure juridiquement « apte », mais le consentement libre et éclairé est indispensable. Pour les personnes juridiquement non autonomes, le consentement doit néanmoins être toujours recherché et, en toute hypothèse,

aucune stérilisation ne peut être pratiquée quand la personne s'y oppose (on reviendra plus loin sur le cas des personnes handicapées mentales). Hormis la nécessité du recueil du consentement, la loi fait confiance au libre arbitre des individus. On a renoncé, par exemple, à tout type de « protocole standard » pour décider des personnes qui seraient éligibles ou non, compte tenu de leur âge, du nombre de leurs enfants, de leur situation conjugale ou de tout autre critère.

La situation de la stérilisation est, en France, obscure et ambiguë. Anne-Marie Dourlen-Rollier nous rappelle « qu'aucune loi ne l'autorise, mais aucun texte ne l'interdit » (*Contexte juridique de la stérilisation volontaire en France et dans les pays développés*). La stérilisation est considérée par beaucoup comme « interdite », alors qu'il n'existe aucune jurisprudence dans ce sens : celle-ci, qui ne porte que sur des affaires civiles (et non pénales), est plutôt libérale, se bornant à rappeler la nécessité d'un consentement « libre et éclairé » du patient. Le Conseil de l'Ordre des médecins a évoqué le problème de façon plutôt positive en 1983 et 1995 (déclarant, en 1995, que la stérilisation « pourra être pratiquée pour des motifs très sérieux »), et plus encore en 1996 en considérant « la stérilisation comme méthode contraceptive ». La France devrait, au demeurant, mettre ses lois ou ses pratiques en harmonie avec la recommandation émise par le Conseil de l'Europe en 1975 et le nouvel article 16-3 du Code civil. Dans le reste de l'Europe, en effet, la loi autorise souvent explicitement les stérilisations à but contraceptif ; à défaut, c'est la jurisprudence ou l'abolition de lois contraires qui les permet, et la situation française est très minoritaire. Simone Bateman, qui avait activement participé à la réflexion du Comité consultatif national d'éthique en 1996, revient sur cet épisode important du débat français (*La stérilisation : un moyen de contraception ? A propos des avis du Comité consultatif national d'éthique*). Le CCNE a examiné plusieurs situations pouvant poser des problèmes juridiques en France : les stérilisations « thérapeutiques » effectuées sans le consentement éclairé de l'intéressé ; les stérilisations de personnes vulnérables, non suffisamment informées, effectuées à la demande de tiers ; les stérilisations contraceptives volontaires dites « de

convenance ». Dans toutes ces situations, la faille juridique soulevée est que, à la différence des autres méthodes contraceptives, l'intervention porte une atteinte *non réversible* à l'intégrité du corps humain, sans que l'on puisse le plus souvent invoquer une réelle urgence thérapeutique. Finalement, le CCNE a exposé trois positions morales face à la pratique de la stérilisation, sans choisir entre elles, en espérant que sa réflexion permettrait d'ouvrir un débat de société sérieux. Hélas, constate Simone Bateman, cela n'a pas été le cas, et les avis du CCNE sont restés sans écho public.

Comme on l'a dit plus haut, la stérilisation est maintenant (en fait, depuis plus de vingt ans) la méthode de régulation des naissances la plus pratiquée dans le monde. Henri Leridon fait le point sur *La stérilisation en France et dans le monde*. Au total, stérilisations tubaires et vasectomies sont le fait de plus de 40 % des couples « contracepteurs » dans le monde. Des taux encore plus élevés sont observés, aussi bien dans les pays en développement (Brésil, Chine, Inde, Corée du Sud, Porto-Rico ...) que dans des pays développés (Canada, États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni ...). Les stérilisations masculines représentent une part importante du total (parfois majoritaire) dans les pays développés cités ci-dessus ; elles sont moins fréquentes dans les pays en développement, plafonnant au quart des couples opérés en Chine, Corée du Sud ou Thaïlande. Plus frappantes encore sont les proportions de couples déjà stérilisés à 30-34 ans (âge de la femme) : c'est un tiers de ces couples aux États-Unis et au Canada, 44 % en Inde. La grande majorité des couples ont eu au moins deux enfants avant l'intervention. En France, les stérilisations sont rares avant 35 ans ; elles sont presque toujours féminines et, au total, la méthode est peu utilisée. C'est, sans doute, en partie pour les raisons évoquées plus haut (incertitudes sur son statut juridique), mais aussi parce que la contraception médicale réversible (pilule et le stérilet) est plus répandue que partout ailleurs.

Plus encore que la stérilisation tubaire, la vasectomie est - en France - « en situation de marginalité souterraine » nous dit Alain Bourmeau (*La stérilisation masculine volontaire à but contraceptif (vasectomie). Expérience du Centre de planification et d'éducation familiale*

de l'Hôpital Saint-Jacques à Nantes). Son témoignage est exceptionnel : il porte, en effet, sur 2 700 vasectomies pratiquées à Nantes depuis 25 ans, selon un protocole très rigoureux. Comme au Québec, l'équipe de ce centre a décidé de ne pas fixer de critères a priori quant à la recevabilité d'une demande ; elle préfère proposer un accompagnement étroit, devant aboutir après un certain délai à un « consentement éclairé réciproque » entre le couple demandeur et le médecin. Une évaluation du fonctionnement de l'équipe est réalisée en continu. Contrairement aux pratiques d'autres équipes, l'auto-conservation du sperme n'est ni obligatoire, ni même recommandée : elle pourrait, en effet, donner le sentiment d'une « réversibilité possible à la demande » qui n'est pas souhaitable pour une prise de décision réfléchie.

A. Bourmeau souligne que la stérilisation est un choix plus difficile pour l'homme que pour la femme, psychologiquement et culturellement ; la demande est d'ailleurs parfois induite par un rejet d'une demande de ligature des trompes adressée par l'épouse à un autre médecin.

Les aspects techniques de la stérilisation jouent évidemment un rôle important dans l'orientation des pratiques. Stephen Killick passe en revue les diverses techniques de *La stérilisation féminine* et leurs conséquences. En règle générale, moins la technique est invasive, meilleure est la réversibilité, mais plus le risque d'échec est élevé. Dans l'ensemble, on surestime l'efficacité moyenne de la stérilisation : dix ans après l'intervention, on compte entre 7 et 36 grossesses pour 1. 000 femmes ; à titre de comparaison, le taux d'échec avec un stérilet pendant la même durée est un peu supérieur à 100 pour 1. 000. En cas d'échec, le risque de grossesse extra-utérine est élevé, environ un tiers. S. Killick insiste aussi, à juste titre, sur les « stérilisations involontaires » résultant d'interventions chirurgicales ou de traitements imposés par l'état de santé de la femme, ou encore induites par une maladie sexuellement transmissible.

Dans une perspective internationale, deux exemples très contrastés ont été abordés. En Amérique du Nord, la stérilisation volontaire s'est répandue de façon fulgurante à partir des années 1970, au point que Nicole Marcil-

Gratton y voit une « troisième révolution contraceptive » (*De l'interdiction à la libéralisation : les paradoxes entourant le recours à la stérilisation en Amérique du Nord*). La surprise a été particulièrement grande de voir le très catholique Québec participer à ce mouvement, qui s'inscrivait - il est vrai - dans le cadre d'une « révolution tranquille » marquée par une forte laïcisation de la société. Une autre surprise a été la part prise par les vasectomies, au Canada comme aux États-Unis : dans ce dernier pays, pour N. Marcil-Gratton, les motifs économiques auraient pu jouer un rôle important, l'intervention étant moins coûteuse qu'une ligature des trompes ; l'argument peut être important quand le système d'assurances médicales ne prend pas en compte ce type d'opérations. La question des regrets a été étudiée : ils sont globalement peu fréquents, mais non négligeables chez les plus jeunes (plus du tiers des personnes stérilisées avant 30 ans expriment ensuite des regrets). Le regret ne va cependant pas forcément jusqu'à la demande de ré-intervention, pour diverses raisons.

La stérilisation féminine au Brésil, analysée par Elisabeth Meloni Vieira, est en grande partie responsable de la chute très rapide de la fécondité dans ce pays. Cette situation a surpris d'autant plus qu'elle est intervenue sans programme officiel de planification familiale, à la différence d'autres pays du Sud. Il semble que l'organisation du système de soins, assez complexe et faisant une large place au secteur privé, soit au cœur du problème. On constate en particulier une très forte synergie avec une fréquence exceptionnellement élevée d'accouchements par césarienne : 36 % de tous les accouchements au niveau national, plus de la moitié à São Paulo, et même 80 % pour les femmes les plus instruites ! Rappelons qu'en 1985, l'OMS a fixé à 15 % la limite maximum du taux de césariennes par rapport aux accouchements. Or après une ou deux césariennes, la stérilisation est présentée à la femme comme s'imposant pour des raisons médicales. La « culture de la césarienne » qui s'est développée au Brésil a elle-même des causes complexes, mêlant la perception « moderniste » de cette technique médicale de délivrance, la peur - chez beaucoup de femmes - de l'accouchement naturel, les intérêts financiers des médecins

accoucheurs et la médicalisation de l'accouchement accentuée par la quasi-absence de sages-femmes. La diffusion de la stérilisation a aussi été facilitée par l'interdiction de l'avortement et la faible place faite aux autres méthodes contraceptives.

Alain Giami aborde ensuite la question de la stérilisation des personnes handicapées mentales en la replaçant dans le contexte de la gestion de leur sexualité (*Stérilisation et sexualité des personnes handicapées mentales*). Historiquement, les stérilisations forcées ont eu plusieurs objectifs : *eugénique* (empêcher la transmission de « tare »), *coercitive* (punir les « déviants ») et *castratrice* (inhiber et réduire leur activité sexuelle). Pour ce qui concerne les « handicapés mentaux », il faut d'abord rappeler que c'est une catégorie sans définition précise, répondant surtout à des usages administratifs et juridiques plutôt que fondée sur une classification rigoureuse. Historiquement, le « handicap mental » a été longtemps sous-tendu par des fantasmes et des représentations médicales de la « monstruosité ». L'imprécision de la notion de handicap et les fantasmes de monstruosité ont parfois facilité les pratiques coercitives à l'égard de ces personnes. La situation actuelle en France est mal connue : il n'existe aucune statistique sérieuse sur les stérilisations de personnes handicapées mentales, mais l'on sait depuis longtemps que la pratique existe. Le recours à la stérilisation de ces personnes permet de faire l'économie d'un travail en profondeur d'éducation sexuelle qui faciliterait la reconnaissance de leur sexualité. En outre, l'information dont disposent les personnes soumises à ces pratiques est soit inexistante, soit partielle ou fautive (en matière de réversibilité, notamment). L'intervention s'inscrit ainsi dans un contexte de contrôle externe de la sexualité exercé par les familles et les professionnels concernés.

La famille de ces personnes joue ainsi un rôle important, parfois majeur, dans ce type de décision, comme le montre André Dupras (*Les parents et la stérilisation de leur enfant handicapé mental : de la fécondité biologique à la fécondité psychosociale*). Au Québec, la décision de la Cour Suprême en 1986 n'a réglé qu'en apparence le problème de la stérilisation des personnes non autonomes. La question a

été ensuite plutôt refoulée, les pratiques se faisant discrètes. Il faut dire que la très grande popularité des stérilisations contraceptives au Canada a certainement influé sur les attitudes concernant les stérilisations de personnes handicapées. A. Dupras nous propose une analyse détaillée des contradictions existant entre les divers « systèmes » en jeu : les parents et les proches de l'intéressé, les professionnels de la santé, les associations, les systèmes institutionnels de soins, les structures judiciaires, les référents idéologiques... Au final, il n'existe pas de véritable consensus social sur la question. André Dupras souligne l'aspect parfois « libérateur » de la stérilisation : « Plutôt que de condamner leur enfant à une stérilisation sociale, les parents optent pour sa promotion sociale en le stérilisant ».

Revenant au cas français, Nicole Diederich défend un point de vue opposé en mettant en évidence comment la stérilisation de jeunes femmes handicapées mentales renforce les handicaps dont celles-ci sont déjà porteuses (*Influence de la stérilisation des femmes « handicapées mentales » sur leur devenir*). Elle insiste d'abord sur le fait que ces interventions concernent très majoritairement des femmes légèrement handicapées, contrairement à une idée reçue. Il s'agit surtout de femmes issues de milieux défavorisés, ayant connu de graves difficultés dans leur enfance, et dont les parents ont pu avoir eux-mêmes des problèmes sérieux - d'alcoolisme, par exemple. Or ces parents jouent un rôle décisif dans la présentation et la gestion de la demande de stérilisation. Il faut aussi souligner que les femmes sont, ici, bien plus mal traitées que les hommes, à niveau de handicap égal : on leur refuse certains « droits » que l'on accorde aux hommes. De plus, la « liberté » nouvelle que peut conférer aux femmes le fait d'avoir été stérilisées et d'accéder ainsi à une sexualité plus épanouissante n'est pas démontrée : d'une part, la stérilisation protège certes contre les grossesses, mais non contre les MST et le sida, ce dont ces femmes ne sont pas toujours bien informées ; d'autre part, la stérilisation prive à jamais ces femmes d'une grossesse et d'un enfant, projet souvent bien nécessaire à l'intégration d'un statut de normalité.