



THÈSE

En vue de l'obtention du DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par l'Université Toulouse 2 - Jean Jaurès

Présentée et soutenue par

Leslie FONQUERNE

Le 8 novembre 2021

(Faire) Avaler la pilule. Une sociologie des prescriptions et des usages d'une contraception en "crise"

Ecole doctorale : **TESC - Temps, Espaces, Sociétés, Cultures**

Spécialité : **Sociologie**

Unité de recherche :

CERTOP - Centre d'Étude et de Recherche Travail, Organisation, Pouvoir

Thèse dirigée par

Stéphanie MULOT et Julie JARTY

Jury

Mme Armelle Andro, Rapporteur

Mme Elise de La Rochebrochard, Rapporteur

M. Michel Bozon, Examineur

Mme Yaëlle Amsellem-Mainguy, Examinatrice

M. Marc Zaffran, Examineur

Mme Stéphanie Mulot, Directrice de thèse

Mme Julie Jarty, Co-directrice de thèse



THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par l'Université Toulouse 2-Jean Jaurès

Présentée et soutenue par

Leslie FONQUERNE

Le 08 novembre 2021

(Faire) Avaler la pilule.

Une sociologie des prescriptions et des usages
d'une contraception en « crise »

École doctorale TESC, sociologie

Unité de recherche
CERTOP UMR 5044

Directrices de Thèse

Stéphanie MULOT, Professeure de sociologie, UTJJ

Julie JARTY, Maîtresse de conférences en sociologie, UTJJ

Jury

Michel BOZON, Directeur de recherche émérite en sociologie, INED

Armelle ANDRO, Professeure de sociologie et de démographie, Université Paris 1

Élise DE LA ROCHEBROCHARD, Directrice de recherche en épidémiologie et démographie, INED

Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY, Chargée de recherche en sociologie, INJEP

Marc ZAFFRAN (Martin WINCKLER), Médecin généraliste et écrivain

Université Toulouse 2-Jean Jaurès
CERTOP UMR 5044

THÈSE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ
Spécialité sociologie

(Faire) Avaler la pilule.
Une sociologie des prescriptions et des usages
d'une contraception en « crise »

Fonquerne Leslie

Présentée et soutenue publiquement
Le 08 novembre 2021

JURY

Stéphanie MULOT, Professeure de sociologie, UTJJ (Directrice)

Julie JARTY, Maîtresse de conférences en sociologie, UTJJ (Directrice)

Michel BOZON, Directeur de recherche émérite en sociologie, INED

Armelle ANDRO, Professeure de sociologie et de démographie, Université
Paris 1 (Rapporteuse)

Élise DE LA ROCHEBROCHARD, Directrice de recherche en épidémiologie
et démographie, INED (Rapporteuse)

Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY, Chargée de recherche en sociologie, INJEP

Marc ZAFFRAN (Martin WINCKLER), Médecin généraliste et écrivain

*À tou-te-s ceux qui se reconnaissent comme ayant contribué à ce travail,
comme étant ceux à qui je le dois.*

Remerciements

Bien que la thèse représente un important travail solitaire, elle se nourrit grandement d'échanges collectifs, de réflexions partagées et de soutiens mutuels. Je tiens donc à exprimer ici toute ma gratitude envers les personnes ayant contribué, d'une manière ou d'une autre, à ce travail de recherche et ayant permis son aboutissement. Tout comme dans la recherche, l'exhaustivité dans l'exercice des remerciements semble vaine, j'espère donc oublier le moins de personnes possible et je remercie, le cas échéant, les personnes concernées pour leur indulgence...

Mes premiers remerciements vont à mes directrices de recherche, Stéphanie Mulot et Julie Jarty, pour leurs conseils constructifs et complémentaires, toujours transmis dans la bienveillance. Je vous suis si reconnaissante de m'avoir accompagnée dans ce travail de thèse en féministes et ne pouvais espérer de codirection plus pertinente.

Stéphanie, je te remercie d'abord pour tes contenus pédagogiques, qui, dès la Licence en anthropologie, ont suscité chez moi un grand intérêt et ont contribué à me faire découvrir (et me passionner pour) les études en genre. Je te remercie ensuite pour l'intérêt que tu as porté à mon travail dès le début, en dirigeant mes premières recherches en Master d'anthropologie, et, par la suite, pour tes convaincants encouragements m'ayant amené à prendre la folle décision de poursuivre en doctorat. Merci enfin de me rappeler, chaque fois que cela est nécessaire, d'à la fois « *keep cool* » et « *think big* ».

Julie, je tiens à t'exprimer toute ma reconnaissance pour avoir largement participé à l'enrichissement de mes connaissances en épistémologies féministes (notamment en me permettant d'assister à des cours du master GEPS puis d'y enseigner ponctuellement), qui allaient constituer l'approche principale de cette thèse. Je te remercie également pour tout le temps que tu m'as accordé tout au long du doctorat (entre autres *via* d'indispensables relectures d'articles) et pour les multiples opportunités d'activités de recherche que tu m'as offertes, dont le séjour en Uruguay dans le cadre du projet INCASI a représenté une extraordinaire expérience.

J'espère sincèrement avoir l'occasion de mener d'autres projets à vos côtés.

J'exprime tous mes remerciements aux membres ayant constitué, auprès des directrices, le comité de suivi de thèse. Un grand merci à Yaëlle Amsellem-Mainguy et Marc Zaffran (Martin Winckler) pour avoir accepté de faire partie de ce comité, de lire l'état d'avancement de mon travail et pour les retours pertinents et bienveillants qui ont suivi.

Yaëlle, je vous remercie pour vos relectures attentives, que vous m'avez accordées y compris sur des versions de thèse ultérieures à celle présentée au comité, et pour nos échanges, très éclairants, durant le confinement.

Mar(c)tin, je vous remercie pour votre ouverture à l'interdisciplinarité et pour le temps que vous m'avez accordé durant nos échanges qui se sont poursuivis par mail *a posteriori* de la tenue du comité.

J'espère que cette version finale de thèse est digne de vos remarques à tou·te·s les deux.

Je remercie chaleureusement l'ensemble des membres du jury, Yaëlle Amsellem-Mainguy, Armelle Andro, Michel Bozon, Élise de La Rochebrochard et Marc Zaffran (Martin Winckler), de me faire l'honneur de prendre le temps de lire et de discuter mon travail. Je vous souhaite une agréable lecture et me réjouis d'échanger prochainement avec vous.

Je témoigne évidemment toute ma gratitude à l'ensemble des personnes ayant accepté de participer à cette enquête. J'adresse un grand merci aux jeunes femmes (recrutées en tant qu'usagères de pilules), qu'elles soient initialement des amies ou des inconnues (et dont je dois malheureusement taire les prénoms), pour tout le temps qu'elles m'ont accordé et pour avoir accepté de se raconter. Merci également aux jeunes hommes (recrutés en tant que partenaires des jeunes femmes usagères), aux mères (des jeunes femmes) et aux militantes du Planning Familial. Je remercie aussi l'ensemble des professionnel·le·s de santé, pour nos échanges, parfois (souvent ?) nos débats et pour avoir joué le jeu des entretiens et des observations en m'ouvrant les portes de leurs lieux d'exercice.

Puisse cette thèse vous apporter en retour.

Mes remerciements vont également à l'ensemble des personnes travaillant dans les entités ou les structures m'ayant permis de cheminer dans les meilleures conditions de travail possible. Je remercie l'Université Toulouse Jean Jaurès qui m'a accueillie durant l'ensemble de mon parcours universitaire, ainsi que l'école doctorale TESC à laquelle je suis affiliée. Je remercie également le LabEx SMS, grâce auquel j'ai pu bénéficier d'un CDU durant les trois premières années de thèse. Je veux également remercier les membres du département de sociologie de l'Université Toulouse Jean Jaurès auprès de qui j'ai évolué en tant qu'ATER et qui m'ont ainsi permis, d'une part, de mener la thèse dans des conditions financières adéquates durant deux années supplémentaires, et, d'autre part, de développer une expérience de l'enseignement. Merci aussi à Marie-Laure Maraval (chargée de méthodologie informatique) pour sa disponibilité.

Je remercie évidemment le laboratoire CERTOP auquel j'ai le plaisir d'être rattachée en tant que doctorante, et particulièrement les membres de l'axe Santal (au sein duquel je suis intégrée), notamment les doctorantes et docteurs Laura Arciniegas, Mélanie Porte et Amandine Rochedy. Merci aussi à mes collègues doctorant·e·s du laboratoire : à Anaïs Daniau, avec qui j'ai partagé le rôle de représentante élue des doctorant·e·s ; à Anaïs Lafage-Coutens, Mathieu Rossignol-Brunet et Violène Sibertin-Blanc, qui nous ont efficacement succédé dans cette tâche, ont organisé des rencontres régulières et ont toujours pris soin de prendre des nouvelles ; à Natalia Pacheco-Cruz pour nos discussions régulières ; et à Renaud Nougazol pour les conseils relatifs à une fin de thèse. Je n'oublie pas les membres du

personnel administratif, notamment la chargée de communication du laboratoire, Anne Razous, avec qui j'ai eu l'occasion de travailler et que je remercie pour sa perpétuelle gentillesse ; ainsi que Joël Courant et Christelle Abraham, que je remercie respectivement pour leur précieuse aide informatique et administrative. Je veux également mentionner la documentaliste du laboratoire, Nazha Waladi, et la remercier pour m'avoir régulièrement suggéré des lectures en rapport avec mon objet de recherche et m'avoir permis d'accéder à des ouvrages en avant-première et durant de généreux laps de temps...

J'exprime toute ma gratitude à l'ensemble de l'équipe Sagesse qui, avec le laboratoire, m'a accueillie dans ses bureaux durant ces années de thèse et qui a ainsi matérialisé ces bonnes conditions de travail. Travailler au sein de ces locaux aura contribué à affirmer la légitimité de mon approche féministe. Pour n'en citer que quelques-unes, j'adresse donc mes sincères remerciements à :

Auréline Cardoso, qui a été une des premières à m'accueillir et que j'ai eu le plaisir de voir évoluer du statut de doctorante à celui de docteur. Merci pour tes relectures, pour nos échanges toujours bienveillants et pour ton soutien dans les démarches méandreuses qui caractérisent les (ré)inscriptions en doctorat, les attendus universitaires implicites ou encore les demandes de certains organismes de service public...

Héloïse Prévost, reine des schémas, désormais docteur en sociologie, avec qui j'ai eu le plaisir de partager le même bureau. Merci pour ton soutien, pour avoir co-créé cet espace de travail *safe* et pour nos indispensables pauses gâteaux (apparemment trop sains pour les souris de la Maison de la Recherche) et visionnages de vidéos d'animaux rigolos...

Nathalie Lapeyre (professeure de sociologie), pour nos échanges informels, pour les retours occasionnels sur mon travail, et pour avoir pris de mes nouvelles chaque fois que l'on s'est croisées.

Simone Deslarzes (doctorante), pour ses passages sporadiques dans une constante bonne humeur.

Sophie Collard et Doriane Meurant (chargées de mission et de développement au sein de l'association Artemisia), mais aussi leurs collègues en service civique, Anna, Julie, Marie, Marilou... pour participer à faire vivre l'espace Sagesse, à en faire un lieu si agréable, et pour nos moments de partages durant les repas... même quand vous n'aviez pas encore faim !

Mes remerciements vont également à mes collègues jeunes chercheur·e·s issu·e·s de divers réseaux et auprès de qui j'ai partagé de belles opportunités d'activités de recherche, toutes plus formatrices les unes que les autres. Je remercie donc mes amies d'Arpège-EFiGiES Toulouse que je n'aurais pas encore citées : Aude Ferrachat, qui a en outre répondu régulièrement à mes sollicitations pour de l'aide à de la traduction en anglais ; Agathe Roby ; Marine Rouch ; Marie Walin ; et Justine Zeller, qui fait partie des relectrices de cette thèse. J'ai tant appris à vos côtés ! Arpège-EFiGiES Toulouse a définitivement constitué un espace privilégié pour évoluer sereinement dans l'ESR sur des questions de genre et féminisme. J'adresse aussi un merci particulier à Laetitia Biscarrat du réseau Arpège pour les conseils régulièrement échangés.

Merci également à l'ensemble des membres du très dynamique laboratoire junior Contraception&Genre : Julie Ancian, Mona Claro, Cyrille Jean, Aurore Koechlin, Mireille Le Guen, Anne-Charlotte Millepied, Alexandra Roux, Emma Tillich, Cécile Thomé ; ainsi que les anciennes membres Cécile Ventola et Mylène Rouzaud-Cornabas, avec qui j'ai eu le plaisir d'intervenir régulièrement en binôme et que je remercie également pour sa pertinente relecture. J'espère avoir l'occasion de rencontrer prochainement les nouvelles recrues. Merci enfin aux collègues et amies anthropologues, Aïda Castellano, Anne-Lise Granier, Anaïs Garcia et Sofia Pequignot pour nos échanges et partages de doutes et de réflexions et pour vos chaleureux encouragements.

J'adresse mes remerciements, par-delà les frontières, aux membres del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República de Montevideo, et particulièrement à Natalia Genta, Rafael Rey et Sol Scavino pour leur chaleureux accueil durant mon séjour en août 2019 dans le cadre du projet INCASI. Merci également à Alejandra López Gómez de la Facultad de psicología pour le temps qu'elle m'a accordé et pour m'avoir permis d'enrichir ma bibliographie. Merci enfin aux jeunes chercheur·e·s, Fidel Azarian, Maria de la Paz Bidauri ou encore Eugenia Roberti, pour n'en citer que quelques-un·e·s, pour leurs venues à l'Université Toulouse Jean Jaurès dans le cadre de projets similaires et pour les échanges si enrichissants. ¡Muchas gracias a tod@s!

Enfin, je veux remercier mes proches, pour leur perpétuel et précieux soutien :
Mes parents, Franc et Françoise, pour leur constante présence, malgré la nébuleuse que représente la thèse et, *a fortiori*, le doctorat et ses débouchés ;
Ma mère et sa collègue et amie Michèle pour avoir accepté d'être parfois sollicitées pour traquer les fautes d'orthographe ;
Jany et Philippe, pour m'avoir permis d'écrire (et me reposer) au vert quand c'était nécessaire ;
Et surtout, Chris, pour son soutien inconditionnel et pour avoir rendu ces années de thèse les plus douces possible.

Merci à vous tou·te·s pour votre confiance et félicitations pour avoir réussi à m'accompagner jusqu'ici... J'espère poursuivre à vos côtés et vous souhaite la meilleure des continuations.

Sommaire

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES TABLEAUX	20
LISTE DES FIGURES	21
LISTE DES ABRÉVIATIONS	24
AVANT-PROPOS.....	25
INTRODUCTION GÉNÉRALE	35
I. L'« ESPACE DE LA CONTRACEPTION » : ACTUALITÉ MÉDIATIQUE, DÉBATS SCIENTIFIQUES	36
I.1 Postulats journalistiques et affrontements de postures médicales.....	36
I.2 (La crise de) La contraception (orale) dans la recherche scientifique	38
I.2.1 Des travaux précurseurs à l'international.....	38
I.2.2 En France : des transitions démographiques à la question de l'émancipation.....	39
II. UN CADRAGE THÉORIQUE INTERDISCIPLINAIRE ET POLITISÉ.....	43
II.1 Entre la sociologie et l'anthropologie.....	43
II.2 Pour une recherche engagée	47
II.2.1 Les corps des femmes dans les vagues : entre militantisme et recherche, l'évidence de l'approche féministe.....	47
II.2.2 Déconstruire le mythe de la neutralité des sciences : standpoint, le privilège épistémologique du point de vue situé	50
II.2.3 De la cohérence entre le fond et la forme : le choix de l'écriture inclusive non sexiste.....	53
III. MÉTHODOLOGIE : UNE APPROCHE QUALITATIVE.....	54
III.1 Recrutement de la population et entretiens.....	55
III.1.1 Au près de jeunes femmes usagères de contraception orale	55
III.1.2 Au près de l'entourage des usagères	62
• <i>Au près des mères</i>	62
• <i>Au près des hommes partenaires</i>	62
III.1.3 Au près d'expert·e·s de la contraception	66
• <i>Au près de professionnel·le·s de santé prescriptrices et prescripteurs</i>	66

• <i>Auprès de personnel de pharmacie</i>	67
• <i>Auprès de membres du Planning Familial</i>	68
III.2 Observations de consultations médicales et gynécologiques	68
III.2.1 Démultiplier pour assurer l'anonymat.....	69
III.2.2 Un terrain d'observations urbain	70
III.3 De la méthode inductive à l'hypothético-déductive : réajuster les outils méthodologiques.....	70
III.4 L'analyse par codifications thématiques et études de cas	73
IV. CONFRONTER LES EXPÉRIENCES DES GROUPES D'ENQUÊTÉ·E·S ET DÉPASSER LE « TABOU MÉTHODOLOGIQUE »	74
V. PLAN DE LA THÈSE	76
1^{ÈRE} PARTIE - UNE PILULE ÉMANCIPATRICE ? METTRE L'ÉVIDENCE EN CRISE	81
CHAPITRE 1 – LA PILULE À LA JONCTION DU SYSTÈME DE GENRE ET DES LOGIQUES BIOPOLITIQUES	83
1.1 À la genèse de la pilule : médicalisation des corps des femmes et biopolitique des hormones	84
1.1.1 Médicalisation des corps des femmes, incorporation des systèmes de domination	84
• <i>Corps « féminins », corps pathologisés</i>	84
• <i>La figure de l'homme (blanc) comme référence</i>	86
• <i>Origines coloniales de la contraception</i>	87
1.1.2 Médicalisation de la procréation, facteur de légitimation d'une médecine dominante	88
• <i>Appropriation des corps et des savoirs des femmes par une médecine dominante</i> 88	
• <i>Assise de la médecine officielle en contexte (néo)libéral : catégoriser les malades, marchandiser la santé</i>	89
• <i>D'une « hétérosexualité reproductrice » utile à la nation</i>	90
1.1.3 Médicalisation des œstrogènes : la pilule, « arme du genre » ?.....	92
• <i>Pourquoi et comment le développement des hormones sexuelles « féminines » a surpassé celui des hormones sexuelles « masculines » ?</i>	92
• <i>Hormones médicalisées, palliatrices de défaillance</i>	94
• <i>De la pilule au corps de « biofemme » : les « fausses règles » ou le leurre de la féminité</i>	96
1.2 Enjeux biopolitiques du contrôle des naissances	102
1.2.1 Motivations féministes passées sous silence.....	102
• <i>Des politiques familialiste et nataliste pour l'économie de la nation française ...</i>	102
• <i>Le contrôle des naissances comme enjeu de santé publique</i>	104

• « Transmettre la vie doit être un acte lucide » : mères responsables, épouses sensuelles	104
• De la démocratisation de l'émancipation.....	106
1.2.2 Contraception et IVG : des enjeux communs.....	108
• Un projet féministe dépolitisé par les instances politiques	108
• Une histoire de luttes communes	109
• Une remise en question perpétuelle.....	110
CHAPITRE 2 – « FÉMINISATION » GLOBALE DE LA CONTRACEPTION : (DÉ)RESPONSABILISATION DES FEMMES SELON DES ENJEUX POLITIQUES	113
2.1 Une diversité contraceptive relative : la contraception, panel « féminisé » de la santé	114
2.1.1 Panorama contraceptif français : des moyens de contraception qui ne se valent pas ?	114
• Médicalisation et « féminisation » de la contraception : sortir du regard cis-centré défendu par les pouvoirs publics.....	114
• Un schéma contraceptif normé	123
• Contraception d'urgence, recours culpabilisant	125
2.1.2 Contraception testiculaire.....	126
• Il n'y a pas d'inégalité du côté des hommes.....	126
• Pilule aux hormones, préservatif à la fraise	129
• Contraception testiculaire : l'offre actuelle en France et à l'international	129
2.1.3 Particularités de la pilule	133
• Démocratisation d'une responsabilité féminine.....	133
• Une incorporation active durablement lucrative	133
• Une population cible : les 20-24 ans avalent massivement la pilule	134
2.2 Des (bio)logiques contraceptives à travers le monde	135
2.2.1 Panorama contraceptif mondial	135
• Primat de la contraception de long cours, populations minorisées sous contrainte ?	135
• Un recours aux méthodes « traditionnelles » proportionnel à la diffusion des méthodes « modernes ».....	137
• « Culture de la contraception » ou « culture de l'IVG ».....	140
2.2.2 Le « pilulocentrisme » français.....	142
2.2.3 Échelles d'actions des politiques publiques en matière de contraception ..	144
2.2.4 Particularités et intérêts du contexte toulousain.....	147
CHAPITRE 3 – PILULE(S) « EN CRISE » : OBJET(S) COURANT(S) ET « SCANDALEUX ». 151	
3.1 La ou les pilule-s ?	152
3.1.1 Évolution des packaging, systématisation du marketing et développement de la rigueur d'ingestion	152

3.1.2 Homogénéité des cycles ; pluralité des hormones, des dosages et des modes de prise	157
3.1.3 Des marques et des génériques : une histoire de générations de pilules... 158	
3.2 Des pilules « scandaleuses » : conséquence d'une médicalisation hégémonique ?	162
3.2.1 « La crise de la pilule », un scandale parmi d'autres ?	162
• <i>Analogie comparative : avant et pendant une crise sanitaire</i>	162
• <i>Crises sanitaires, et après ? Repenser l'agentivité des usagères</i>	166
3.2.2 Des scandales aux prémices anciens et internationaux	168
3.2.3 Scandales actuels	172
• <i>À l'international depuis 2010</i>	172
• <i>En France : une première plainte en 2012 contre les pilules 3G dirigée vers un fabricant et une agence sanitaire</i>	173
3.3 Du scandale de la contraception orale à « la crise de la pilule »	177
3.3.1 Le scandale de la contraception orale au-delà de la controverse	177
• <i>Controverse et crise : deux pôles d'un même continuum</i>	177
• <i>Traitement médiatique de l'objet de la controverse : l'exemple de deux chaînes télévisées</i>	178
• <i>Controverses médiatiques : inéluçabilité des points de vue situés</i>	180
3.3.2 Une crise forcément politique	181
• <i>Incertitudes : de la perte de confiance aux risques contrôlables</i>	181
• <i>Identifier des risques : miser sur l'interpellation des institutions publiques</i>	182
• <i>Crise : interpellier l'État</i>	182
• <i>Considérer les scandales du point de vue de la « société du care »</i>	185
3.4 Conséquences de « la crise de la pilule »	186
3.4.1 Dans la société dite civile	186
• <i>L'intervention de l'État et le monopole de quelques laboratoires pharmaceutiques</i>	186
• <i>Diversification des usages contraceptifs</i>	187
• <i>Une fin au scandale ?</i>	190
3.4.2 Dans la recherche : un intérêt scientifique non proportionnel à la large diffusion de la contraception orale ?	191
• <i>Des années 1970 à 1990 : primat des études des sexualités, en contexte de VIH-Sida</i>	191
• <i>Le tournant du XXI^{ème} siècle : études de la contraception</i>	192
• <i>Les années 2000 : focus sur des moyens contraceptifs spécifiques</i>	193
• <i>Des vides scientifiques ?</i>	193
• <i>« La crise de la pilule » : un regain d'intérêt scientifique pour la contraception ?</i>	194

2^{ÈME} PARTIE – DE LA FORMATION MÉDICALE À L'ACCÈS AU SOIN ET AU TERRAIN : CONTRÔLES ET RÉSTANCES DANS LA CARRIÈRE DE LA CONTRACEPTION ORALE..... 199

CHAPITRE 4 – LA CONTRACEPTION ORALE DANS LES FORMATIONS DES PROFESSIONS PRESCRIPTRICES : OUTIL D'APPRENTISSAGE DE L'AUTORITÉ MÉDICALE ? 203

4.1 De l'évidence de se former à la nécessité de s'informer	205
4.1.1 Une formation initiale élitiste ?	205
• <i>Les conditions (matérielles) de la formation initiale : onéreuse, sélective et harassante.....</i>	<i>205</i>
• <i>Une forte mobilité géographique et structurelle.....</i>	<i>207</i>
4.1.2 Une formation partielle, partielle et discontinue ?	209
• <i>La formation en (dis)continu</i>	<i>209</i>
• <i>La place insidieuse des laboratoires pharmaceutiques dans la formation</i>	<i>211</i>
4.2 Marginale et fluctuante : la contraception dans les formations des professions prescriptrices.....	212
4.2.1 Études de cas : la place différenciée de la contraception dans les cours de médecine et de maïeutique	212
• <i>Observer un cours de contraception en internat de médecine générale.....</i>	<i>212</i>
• <i>Consulter un cours de contraception de troisième année d'école de sages-femmes</i>	<i>227</i>
4.2.2 Une formation sur le tas et sur le tard	228
• <i>Les cours : « le néant » contraceptif ?</i>	<i>229</i>
• <i>Les stages et le mimétisme.....</i>	<i>236</i>
• <i>La formation en continu : un réajustement selon l'expérience de terrain</i>	<i>237</i>
4.3 De l'apprentissage de différentes formes de hiérarchisation	240
4.3.1 Le genre des professions de santé	240
• <i>Les femmes dans les métiers de la santé : du care et du sale boulot.....</i>	<i>240</i>
• <i>Le « contrat de genre » assimilé dès la formation : une médecine paternaliste, à destination... des femmes ?</i>	<i>242</i>
4.3.2 Professions prescriptrices : des légitimités hiérarchisées et en concurrence ?243	
• <i>Entre gynécologues et sages-femmes : un rapport d'autorité unilatéral</i>	<i>244</i>
• <i>Les généralistes : un entre-deux hiérarchique</i>	<i>245</i>
• <i>La gynécologie (médicale) : entre expertise et compétences interdisciplinaires</i>	<i>246</i>
4.3.3 « Mais j'en fais beaucoup plus que vous ! » : conditions d'exercice en structures privées et publiques.....	248
• <i>L'exercice en libéral : la « liberté » d'être « débordé·e ».....</i>	<i>248</i>
• <i>L'exercice en structures publiques : de la hiérarchie professionnelle aux motifs de consultations, l'expérience de situations de domination</i>	<i>250</i>
4.3.4 Disparités territoriales d'exercice	254
4.3.5 De la possibilité d'exercer en dehors de l'ethos dominant ?	255

- *Des conséquences sanitaires de la guerre d'Espagne aux discordances entre antennes du Planning Familial : un héritage historique fort, favorable à une médecine « rebelle » ?*..... 255
- *Pallier les difficultés d'accès à l'IVG : la création du REIVOC ou la démocratisation de la pratique gynécologique* 258
- *Toulouse : « moteur dans la formation des généralistes » à la gynécologie*..... 260

CHAPITRE 5 – INTER-INFLUENCE DES PARCOURS CONTRACEPTIFS ET BIOGRAPHIQUES DES JEUNES FEMMES USAGÈRES 263

5.1 Profil des femmes usagères de contraception orale	264
5.1.1 Une diversité relative ? Des usagères jeunes et diplômées	264
• <i>Population jeune, apports empiriques</i>	264
• <i>Pilules « en crise » à destination des plus diplômées</i>	267
5.1.2 Des caractéristiques majoritaires au regard des données locales et nationales	268
• <i>Des usagères jeunes dans une ville jeune</i>	268
• <i>À l'image des PCS des femmes en France : des employées en charge du care et dans le domaine des services</i>	269
5.2 Des parcours contraceptifs normés	271
5.2.1 Parcours généraux	272
5.2.2 Usages de contraception orale en période d'instabilité biographique	273
• <i>Données générales</i>	273
• <i>Choix relatif, émancipation compromise</i>	277
• <i>De la salle de bain au sac à main : ranger la contraception orale, selon les mobilités biographiques</i>	278
• <i>Usage secret, discret ou exhibé : ingérer la contraception orale</i>	287
• <i>« Angoisses pilulesques » : les difficultés au-delà des oublis de pilules</i>	292
• <i>Être (re)connue dans la pharmacie : acheter la contraception orale</i>	304
• <i>D'une première pilule à une « camisole chimique » ?</i>	315

CHAPITRE 6 – L'ACCÈS AU TERRAIN ET À LA CONTRACEPTION SELON LES CARACTÉRISTIQUES STRUCTURELLES DES LIEUX D'EXERCICE 323

6.1 L'accessibilité aux praticien·ne·s, révélatrice de la structure du système de soin	324
6.1.1 Des difficultés d'enquête révélatrices de la hiérarchie des professions	324
6.1.2 Favoriser des modalités d'entretiens propices au développement de l'enquête	327
6.2 Diversité des structures de santé, multiplicité des difficultés de terrain ?	330
6.2.1 L'enquête sous conditions	330
• <i>Enquêter auprès d'« ennemi·e·s » ?</i>	330
• <i>Pérenniser le terrain</i>	331
6.2.2 (Re)Délimiter le terrain au fil des résultats ?	333
• <i>Enquêter en ville : proximité et périphérie du soin</i>	333

•	<i>Tâtonnements éthique et méthodologique : une observation exploratoire « semi-incognito »</i>	335
6.3	Des consultations aux scénarios structurels	340
6.3.1	Similarité des sessions d'observation, diversité des structures	340
•	<i>Des rapports au temps différenciés</i>	340
•	<i>Les outils : entre légitimité et crainte de la présence de la chercheure</i>	342
6.3.2	Des consultations par étapes : l'examen gynécologique, enjeu sous-jacent de la médicalisation de la contraception.....	345
•	<i>De la centralité de l'examen dans la consultation gynécologique</i>	345
•	<i>Une place variable de l'examen selon les structures</i>	347
•	<i>« L'HAS recommande les frottis tous les trois ans, moi je préfère tous les deux ans » : une survalorisation de « l'acte » selon les motifs de consultation ?</i>	349
6.3.3	La contraception médicalisée : rappel à l'ordre médical et de genre	350
•	<i>L'injonction à la contraception orale</i>	350
•	<i>Un accès inégal aux moyens de gestion de la fécondité selon les structures ? L'exemple de l'IVG en hôpital, dans le cadre de consultations de CDPEF</i>	352
•	<i>Du degré d'injonction à la contraception selon le nombre d'IVG ?</i>	354
CHAPITRE 7 – DE LA PRÉVENTION À LA COERCITION : POSTURES DÉONTOLOGIQUES ET RÉFLEXIVES DES PROFESSIONNEL·LE·S		361
7.1	D'une relation duelle à une reconfiguration tripartite	362
7.1.1	Imposer une tierce présence en consultation ?	362
7.1.2	Présenter une chercheure en sociologie... dans une consultation médicale	364
7.1.3	Démarrer une consultation... biaisée à des fins prescriptrices ?	370
7.1.4	Encombrante et inconfortable ? La place de la chercheure	371
•	<i>L'installation et le port de la blouse</i>	371
•	<i>Enjeux éthiques de matérialité et de séparation des espaces de consultation et d'auscultation</i>	375
7.2	Les violences gynécologiques, au sein du <i>continuum</i> des violences de genre	378
7.2.1	Des violences « sexistes » aux violences gynécologiques	379
•	<i>Des violences institutionnelles</i>	379
•	<i>Choisir, est-ce consentir ?</i>	382
7.2.2	La rétention d'information en contexte de culture du viol : violence médicale ordinaire ?	382
7.2.3	La consultation de contraception orale, favorable au risque de violences médicales ? Étude de cas d'une consultation gynécologique	385
7.2.4	Les violences médicales et gynécologiques au sein d'un continuum	390
7.2.5	Une féministe témoinne de violences gynécologiques	393

3^{ÈME} PARTIE - EFFETS DE « LA CRISE » ? (RE)CONFIGURATIONS DES INTERACTIONS ET DES PRATIQUES (INTER)INDIVIDUELLES	399
CHAPITRE 8 – LA PILULE EN HÉRITAGE : TRANSMISSIONS HISTORIQUES ET MATRILINÉAIRES	403
8.1 « C'est pas son médecin à elle qu'elle allait voir, c'était celui de sa maman » : accompagner les filles pour rassurer les mères	404
8.1.1 Un rite de passation : médicaliser la sexualité des filles	405
8.1.2 Médecins de famille : de la (omni)présence maternelle à la fragilité du secret médical	408
8.2 « Histoires de filles », « affaires de femmes » : rôles sexués	414
8.2.1 Mères impliquées, pères délégués	414
8.2.2 Mobiliser les mères pour contourner le pouvoir (para)médical ?	417
8.3 Elles ne sont « pas féministes, mais... » : des effets de génération	419
8.3.1 Une transmission matrilineaire depuis la deuxième vague féministe ?	419
• <i>Une implication récente</i>	419
• <i>Le gros mot</i>	421
• <i>Tendances différentialiste... et antiféministe</i>	423
8.3.2 Mères et filles : générations héritières de la deuxième vague	425
• <i>Entre injonctions et nouvelles revendications : s'envisager féministe parmi des contradictions ?</i>	425
• <i>De la libération à « la crise »</i>	428
CHAPITRE 9 – LE GENRE DE LA CONTRACEPTION : PENSER UNE IMPLICATION MASCULINE À L'HEURE DE LA FÉMINISATION DES USAGES	433
9.1 Les parcours biographiques des usagères déterminant dans l'accès aux partenaires	434
9.2 Les partenaires : entourage démedicalisé, légitimateur de normes médicales ?	436
9.2.1 Éduquer les partenaires	436
• <i>Des sources non médicales : l'impensé du rendez-vous andrologique</i>	436
• <i>Se départir de la sphère privée : un adulte référant, substitut des mères et des pair·e·s ?</i>	440
• <i>L'école et Internet</i>	442
• <i>Les usagères : principales ressources</i>	443
• <i>Ce que les partenaires savent</i>	444
• <i>Entretiens palliateurs</i>	446
9.2.2 Impliquer les partenaires	448
• <i>De la non implication</i>	448
• <i>Pourquoi les partenaires ne veulent pas avaler la pilule</i>	451
• <i>Des formes d'implication</i>	456

• <i>Difficultés opportunes à l'implication</i>	459
9.2.3 Limites de l'implication	462
• <i>Entre soutien et injonctions</i>	462
• <i>De l'émancipation au biais de la disponibilité sexuelle</i>	466
• <i>« Vous avez un chéri ? » Reproduction de l'hétéronormativité en consultations</i>	470
9.3 Perceptions des moyens de contraception par groupes d'enquêté·e·s	474
9.3.1 Perceptions des moyens de contraception vaginaux et ovariens	475
• <i>Des méthodes locales (et) non hormonales discréditées ?</i>	475
• <i>Méthodes hormonales, perceptions plurielles</i>	477
• <i>À la limite de la contraception : la contraception d'urgence et la stérilisation</i>	478
9.3.2 Perceptions des moyens de contraception pénien et testiculaires.....	478
9.3.3 Définir la pilule au regard de la contraception.....	480
• <i>La contraception : « féminine » et hiérarchisée</i>	480
• <i>La pilule : confort pour les uns, engagement pour les femmes</i>	482
• <i>Contraception désirable ?</i>	484

CHAPITRE 10 – D'UNE RÉORGANISATION AU SEIN DE « L'ESPACE DE LA CONTRACEPTION » **491**

10.1 Changements imputés à « la crise » : avancées et limites	492
10.1.1 Du statut émancipateur à celui de médicament ?	492
• <i>La pilule n'est « pas un bonbon »</i>	492
• <i>Des laboratoires laxistes ?</i>	493
10.1.2 Une libération de la parole des femmes ?.....	494
• <i>Un milieu médical sexiste</i>	494
• <i>Un contexte favorable aux dénonciations des dérives du tout pilule</i>	497
10.1.3 Entre prévention des risques et désorientation des pratiques	500
• <i>Le corps médical face aux médias</i>	500
• <i>Une recrudescence du contrôle de soi ?</i>	502
• <i>Risques sanitaires, évolution des recommandations : des confusions</i>	503
• <i>Recommandations des politiques publiques : motivations sanitaires ou réactionnaires ?</i>	504
• <i>Pilules non remboursées : pilules dépréciées ?</i>	505
10.2 Les usagères et leur entourage : peu exposé·e·s aux sur-risques sanitaires ?.....	507
10.2.1 Des usagères peu concernées par « la crise » ?.....	507
• <i>Au pays de « la crise »</i>	507
• <i>Du non « naturel » : fatalement risqué ?</i>	508
• <i>Altérer le risque : se distinguer des « mauvaises » usagères</i>	509
10.2.2 Pilules comme innovations « positives », mères détachées de « la crise ».....	509
10.2.3 Les partenaires, le père : le genre de l'altération du risque.....	511

10.3 Réenvisager l'exercice médical face à la défiance.....	513
10.3.1 Les pilules : quelles (re)considérations de l'évidence contraceptive ?.....	513
• <i>Des pilules (sous-)cutanées et intra-vaginales ? Définir « la pilule » selon les professionnel-le-s de santé</i>	<i>513</i>
• <i>« Échec » contraceptif, échec professionnel ?.....</i>	<i>515</i>
• <i>« La magie des noms » : la part de marketing dans les prescriptions</i>	<i>516</i>
• <i>« Maintenant c'est pas féministe de prendre la pilule » : effets de professions, de générations et de genre</i>	<i>518</i>
10.3.2 Impact du scandale sur les expériences et relations professionnelles	520
• <i>Légitimité de prescription en concurrence ?.....</i>	<i>520</i>
• <i>La matérialité de l'influence des laboratoires pharmaceutiques.....</i>	<i>522</i>
10.3.3 Perceptions des méthodes contraceptives par les professionnel-le-s de santé	527
• <i>La contraception, des perceptions</i>	<i>527</i>
• <i>La contraception orale : facilité prescriptive, ingestion punitive ?</i>	<i>529</i>
• <i>La contraception médicalisée vaginale et ovarienne : stigmatisée, non remboursée ou anaphrodisiaque.....</i>	<i>530</i>
• <i>La contraception d'urgence et la stérilisation : méthodes impensées et de derniers recours</i>	<i>533</i>
• <i>Les méthodes locales vaginales non hormonales et les méthodes dites naturelles : hors compétences médicales ?.....</i>	<i>536</i>
• <i>Anormale : la contraception pénienne et testiculaire.....</i>	<i>540</i>
CHAPITRE 11 – À QUI FAIRE AVALER LA PILULE ?	553
11.1 Impacts des pratiques de soin sur l'accès et le vécu contraceptif des patientes.....	554
11.1.1 Médicalisation de femmes non malades : contracepter ou corriger ?.....	554
• <i>Entre les murs : exposition de l'information et conditions de travail et d'accueil des patientes.....</i>	<i>554</i>
• <i>Des corps performés par une médecine dominante ?</i>	<i>557</i>
11.1.2 Consultations courtes, risque accru de violences médicales ?.....	560
• <i>La parole ou l'action</i>	<i>560</i>
• <i>« Montrer » la contraception.....</i>	<i>562</i>
• <i>La consultation participative, une ressource contre la violence médicale ?.....</i>	<i>567</i>
11.2 Catégoriser les patientes selon des critères non médicaux	568
11.2.1 Entre compétences attendues des jeunes usagères et peur du médico-légal.....	569
11.2.2 Usagères « déviantes », prescriptions de long cours	570
• <i>« Idéales » ou précarisées : les femmes inégalement exposées aux effets indésirables</i>	<i>570</i>
• <i>Cas de grossesse pluriels, responsabilité contraceptive perpétuelle.....</i>	<i>571</i>
• <i>« Pas plus de cinq cigarettes par jour » : hygiénisme et recommandations officielles</i>	<i>572</i>

• <i>Face aux patientes racisées : une médecine complice des situations qu'elle dénonce ?</i>	573
11.3 Avaler bien plus qu'une pilule, incorporer des normes de genre	576
11.3.1 Se connecter à une prise de pilule « 2.0 »	576
11.3.2 Se contrôler, parer à l'interrogatoire en collectant des données.....	579
11.3.3 Anticiper l'auscultation, modeler le corps genré.....	581
CONCLUSION GÉNÉRALE	589
I. PENSER L'IMBRICATION DES INNOVATIONS DES RÉSULTATS ET DE LA MÉTHODOLOGIE	591
I.1 Faire dialoguer les groupes d'enquêté·e·s constituant la population d'enquête	591
I.2 Pour une réflexivité systématique dans la recherche	593
I.3 Considérer la matérialité du terrain investi, accéder aux logiques macro sociales	595
I.4 Les jeunes femmes usagères : une population d'enquête socialement disposée à contester l'autorité (para)médicale ?	596
II. LE GENRE DE « LA CRISE »	598
II.1 Pour une contraception (enfin) libre et gratuite	598
II.1.1 Libérer la contraception orale, une « crise » perpétuelle ?	598
II.1.2 Singularité de « la crise », pluralité des pilules, gratuité partielle.....	599
II.2 Faire avaler la pilule, façonner des corps et des identités genré·e·s	600
II.2.1 La contraception orale comme feinte de la libération sexuelle ?	600
• <i>Le genre de la contraception orale ou la reproduction de l'hétéronormativité</i>	600
• <i>Une jeunesse actrice et compétente</i>	602
• <i>La contraception orale ou le leurre de la transgression des normes de genre ?</i>	602
II.2.2 Obstacles institutionnalisés et systémiques à un objet potentiellement émancipateur	603
• <i>Médicales et de genre : des violences transmises et apprises</i>	603
• <i>Les revers de la contraception orale en contexte de culture du viol</i>	603
II.3 Une médecine prescriptrice en crise ? Enjeux éthiques actuels des pratiques (para)médicales	604
II.3.1 Interroger la responsabilité des professionnel·le·s de santé... ..	605
• <i>Une corrélation de hiérarchisation entre les professions et les méthodes contraceptives</i>	605
• <i>Une typologie des postures soignantes qui traduit des points de vue situés</i>	606
II.3.2 ... dans un système de soin peu enclin aux postures soignantes éthiques	607
III. UNE RECHERCHE INTERVENTIONNELLE, ENGAGÉE ET IMBRIQUÉE	609
III.1 Allier restitutions de la recherche et préconisations ?	609
III.2 Violences et engagement : favoriser de nouvelles études ?	611

- *Systématiser la considération des violences médicales et gynécologiques dans l'étude des violences de genre*..... 611
- *Imbriquer les postures engagées : féminisme et antispécisme*..... 612

BIBLIOGRAPHIE	615
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE	617
SITOGRAPHIE	639
SOURCES	645
ANNEXES	651
A. OUTILS MÉTHODOLOGIQUES	653
A.1 Tableaux récapitulatifs des profils des enquêté·e·s.....	653
A.1.1 Tableau récapitulatif des profils et des parcours contraceptifs des jeunes femmes usagères	653
A.1.2 Tableau récapitulatif des profils des partenaires	657
A.1.3 Tableau récapitulatif des profils des parent·e·s.....	658
A.2 Outil de contact des professionnel·le·s de santé : exemple d'une lettre à un·e gynécologue.....	659
A.3 Tableaux d'organisation des entretiens	660
A.4 Guides d'entretien	670
A.4.1 Guides d'entretien des jeunes femmes usagères.....	670
• <i>Guide d'entretien des nouvelles interlocutrices</i>	671
• <i>Guide d'entretien des anciennes interlocutrices</i>	676
A.4.2 Guide d'entretien des partenaires.....	680
A.4.3 Guide d'entretien des mères.....	685
A.4.4 Guide d'entretien des professionnel·le·s prescriptrices et prescripteurs	688
A.4.5 Guide d'entretien des membres du personnel de pharmacie	691
A.4.6 Guide d'entretien de l'andrologue Roger Mieusset.....	693
A.4.7 Guide d'entretien des militantes d'un Planning Familial	695
A.5 Liste des méthodes contraceptives mobilisée en fin d'entretiens	697
A.6 Fiche d'informations sociodémographiques.....	698
A.7 Grille d'observation	700
B. DOCUMENTS RECUEILLIS SUR LE TERRAIN	703
B.1 Situations cliniques étudiées dans le cours de médecine observé	703
B.2 La contraception selon la méthode BERGER	706
B.3 Tableau de classification des pilules par générations.....	707

Liste des tableaux

Tableau 1 - Les différentes méthodes de contraception et la proportion de médicalisation	122
Tableau 2 - Part d'utilisation des moyens contraceptifs les plus définitifs par les couples de 15-49 ans contraceptés selon les régions du monde en 2011 (United Nations 2013) ...	136
Tableau 3 - Part d'utilisation de la contraception « traditionnelle » et « moderne » par les femmes de 15-49 ans en union et contraceptées selon les régions du monde en 2011 (United Nations 2013)	138
Tableau 4 - Part d'utilisation de la contraception hormonale par les femmes de 15-49 ans en union et contraceptées selon les régions du monde en 2011 (United Nations 2013)....	139
Tableau 5 - Part d'utilisation de la contraception hormonale par les femmes en union et contraceptées en Europe et en France (United Nations 2013)	142
Tableau 6 - Étude de cas d'un cours portant sur la contraception, destiné à des internes en médecine générale.....	214
Tableau 7 - Les types d'usages de contraception orale (plaquette en cours d'utilisation)...	290
Tableau 8 - Les types de visibilité d'usages de contraception orale	291
Tableau 9 - Logiques de délivrance de contraception orale aux jeunes usagères par le personnel de pharmacie	314
Tableau 10 - Relations de soin établies par le personnel de pharmacie selon l'âge des usagères et en cas de défaillance d'ordonnance	315
Tableau 11 - Nombre et durée des entretiens menés auprès des professionnel·le·s (en min.)	327
Tableau 12 - Lieux/modalités des entretiens menés auprès des professionnel·le·s.....	328
Tableau 13 - Nombre et durées des consultations observées	341
Tableau 14 - Durée différenciée des consultations en cabinets libéraux de ville selon le genre et le poste des praticien·ne·s.....	342
Tableau 15 - Étude de cas d'une consultation gynécologique en cabinet de ville : place des violences médicales en consultation de contraception orale	385
Tableau 16 - Perceptions des moyens de contraception (autres qu'oraux) selon les groupes d'enquête·e·s (usagères, mères, partenaires).....	485
Tableau 17 - Perceptions des moyens de contraception (autres qu'oraux) par professions (para)médicales.....	544
Tableau 18 - Typologie des pratiques de soin autour de la contraception (orale) et des idéaux-types de régimes de genre associés.....	585
Tableau 19 - Profils et parcours contraceptifs des jeunes femmes usagères	654
Tableau 20 - Profils des partenaires	657
Tableau 21 - Profils des mères et du père	658

Tableau 22 - Organisation des entretiens avec les jeunes femmes usagères.....	661
Tableau 23 - Organisation des entretiens avec les parent·e·s	663
Tableau 24 - Organisation des entretiens avec les partenaires.....	664
Tableau 25 - Organisation des entretiens avec les militantes d'un Planning Familial	664
Tableau 26 - Organisation des entretiens avec les médecins généralistes	665
Tableau 27 - Organisation des entretiens avec les gynécologues	667
Tableau 28 - Organisation des entretiens avec les sages-femmes.....	668
Tableau 29 - Organisation des entretiens avec le personnel de pharmacie.....	669
Tableau 30 - Organisation de l'entretien avec l'andrologue Roger Miousset.....	669

Liste des figures

Figure 1 - Organisation des activités du doctorat	32
Figure 2 - Schéma de présentation des profils des jeunes femmes usagères et des modes de prise de contact	61
Figure 3 - Schéma de présentation des mères, des partenaires des usagères et des liens de filiation.....	65
Figure 4 - Tableau comparatif et récapitulatif des « différentes méthodes contraceptives » (version imprimable), selon choisirsacontraception.fr, 2016	118
Figure 5 - « Les différentes méthodes contraceptives », l'exemple d'un prospectus informatif officiel, 2008	119
Figure 6 - Enovid [®] , premières pilules conditionnées en format flacon (1960, États-Unis), source : Public Broadcasting Service	153
Figure 7 - Ortho-Novum [®] , plaquette de pilules en format circulaire (1963, États-Unis)(Sanabria 2009)	153
Figure 8 - Optimizette [®] (2014), pilules conditionnées en format plaquette (photo personnelle, plaquette d'Élia).....	153
Figure 9 - Seasonale [®] , pilules conditionnées en format livret multi plaquettes (Sanabria 2009)	155
Figure 10 - Les générations de pilules selon le type de progestatifs (reproduction d'un tableau de Laboratoires-majorelle.com)	160
Figure 11 - Frise chronologique et analogique de scandales : « l'affaire » du sang contaminé et « la crise de la pilule ».....	165
Figure 12 - Article du Monde du 14 décembre 2012 (Cabut, Krémer et Santi 2012)	175
Figure 13 - Schéma du continuum d'une crise	184
Figure 14 - Évolution du taux d'utilisation de contraception orale selon les générations de pilules (Rouzaud-Cornabas 2017)	188

Figure 15 - Graphique des méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge	190
Figure 16 - Schéma de la salle du cours de médecine observé.....	214
Figure 17 - Schéma des années de formation des professions prescriptrices et de la place accordée à la contraception.....	231
Figure 18 - La consultation de contraception selon le modèle BERCER	239
Figure 19 - Langage hiérarchique en structure hospitalière.....	253
Figure 20 - Population toulousaine par tranches d'âge	268
Figure 21 - Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et PCS en France en 2016	269
Figure 22 - Schéma du trio de pilules les plus prescrites chez les interlocutrices	275
Figure 23 - Plaquette non entamée de Dévi, rangée dans le tiroir du bureau (photo personnelle)	280
Figure 24 - Plaquette en cours d'utilisation de Dévi, entreposée à la vue à la cuisine (photos personnelles).....	281
Figure 25 - Plaquette entamée d'Eva, rangée dans la trousse du sac à main (photo personnelle)	282
Figure 26 - Plaquette entamée d'Andréa, rangée dans le tiroir de la table basse du salon (photo personnelle)	282
Figure 27 - Trois lieux de rangement de la plaquette entamée d'Elia, de haut en bas : une boîte dans une pièce à usage collectif, la table de chevet, la trousse du sac à main (photos personnelles).....	284
Figure 28 - Ancien (à dr.) et nouveau (à g.) lieux de rangement de la plaquette de pilule de Cyrielle (photos personnelles).....	285
Figure 29 - Plaquette de pilule de Manon, à utiliser dans le sens antihoraire (photo personnelle)	293
Figure 30 - Un magazine de santé, source d'information pour Aurore (photos personnelles)	298
Figure 31 - Carte de la disponibilité de la contraception orale avec/sans ordonnance dans le monde (Collectif Libérez ma pilule 2017)	307
Figure 32 - Proportion de consultations avec examen selon les structures investiguées....	348
Figure 33 - Schéma d'une salle de consultation en clinique	372
Figure 34 - Schéma d'une salle de consultation en cabinet libéral de ville.....	374
Figure 35 - Schéma d'une salle de consultation en hôpital.....	376
Figure 36 - Schéma d'une salle de consultation en cabinet libéral de ville.....	377
Figure 37 - Schéma d'une salle de consultation en centre de santé.....	377
Figure 38 - Extrait d'un document de formation médicale préconisant l'apprentissage de touchers vaginaux sur patientes endormies (Lorriaux 2015)	495

Figure 39 - Capture d'écran d'un en-tête d'article du site « Marie accouche là » (2016)	498
Figure 40 - Capture d'écran du tumblr « Je n'ai pas consenti » (2015)	498
Figure 41 - Capture d'écran d'un #PayeTonUterus (Twitter, 2016).....	498
Figure 42 - Capture d'écran d'un #MyPillStory (Twitter, 2016).....	498
Figure 43 - Schéma du « prisme contraceptif »	552
Figure 44 - Affiche « La contraception » (Planning Familial, 2014) exposée dans un centre de santé.....	556
Figure 45 - Schéma de trois catégories de contraceptifs réalisé par une gynécologue	562
Figure 46 - Schéma de cycles menstruels réalisé par une généraliste	563
Figure 47 - Carte de poche en cas d'oubli(s) de pilule (Ministère de la santé, 2012).....	564
Figure 48 - Carte de poche en cas d'oubli(s) de pilule, recto-verso (INPES et laboratoire Pierre Fabre)	565
Figure 49 - Extrait d'une ordonnance type de prescription de contraception orale en centre de santé, incluant la marche à suivre en cas d'oubli(s) de pilules	566
Figure 50 - Aperçus d'applications de suivi de prise de pilules (de haut en bas : Pill'oops, myPill, MoubliPa)	578
Figure 51 - Agenda d'Emma où les notes « J1 » indiquent les premiers jours de règles (photo personnelle)	580
Figure 52 - Application Clue de Vaani (photo personnelle).....	580
Figure 53 - Schéma de la dynamique des types de pratiques médicales et de soin	586
Figure 54 - Schéma du modèle centre-périphérie du soin contraceptif.....	588
Figure 55 - Polycopié distribué et étudié durant le cours de médecine observé et présentant des situations cliniques.....	705
Figure 56 - « Méthodes contraceptives efficaces - Faire son choix », méthode BERCER (2015).....	706
Figure 57 - Tableau classificatoire des pilules par générations (ANSM 2013)	709

Liste des abréviations

Les acronymes sont également développés en notes de bas de page lors de la première occurrence.

AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARDECOM	Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine
ASH	Agent des services hospitaliers
ATSEM	Agent territorial spécialisé des écoles maternelles
AVC	Accident vasculaire cérébral
CDPEF	Centre départemental de planification et d'éducation familiale
CHU	Centre hospitalier universitaire
COC	Contraceptif oral combiné
CU	Contraception d'urgence
DIU	Dispositif intra-utérin
DU	Diplôme (inter)universitaire
EICCF	Établissements d'Information, de Consultation et de Conseil Familial
GIS	Groupe information santé
GND	Grossesse non désirée
GNP	Grossesse non prévue
HAS	Haute autorité de santé
HCE	Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IST	Infections sexuellement transmissibles
IVG	Interruption volontaire de grossesse
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
MFPP	Mouvement français pour le Planning Familial
MLAC	Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception
MLF	Mouvement de libération des femmes
MST	Maladies sexuellement transmissibles
PMA	Procréation médicalement assistée
PMI	Protection maternelle et infantile
REIVOC	Réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la Contraception en région Occitanie Pyrénées Méditerranée
REVHO	Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

AVANT-PROPOS

Accroche

« La pratique de la contraception n'est guère, aujourd'hui, en France – si l'on excepte les positions de l'Église catholique – objet de controverses » écrivait Michèle Ferrand en 1992 dans la préface d'un ouvrage d'Hélène Bretin (Bretin 1992). Une vingtaine d'années plus tard, le 14 décembre 2012, *Le Monde*¹ titrait « Alerte sur la pilule de 3^e et 4^e génération ». En effet, fin 2012, début 2013, éclatait un « scandale » médiatique, politique et sanitaire à propos de possibles graves effets dits secondaires et relatifs à l'usage de certaines pilules contraceptives. Quarante-cinq ans après la loi Neuwirth (1967) légalisant la contraception en France, le symbole de celle-ci incarné par la pilule était ébranlé et sa vocation d'émancipation, remise en question.

De la continuité du travail de Master

C'est dans ce contexte que j'ai entrepris mon premier travail de recherche, en Master d'anthropologie². Les études genre³ constituent ce qui m'animait dès ma première année de Licence à l'Université. Chaque travail, individuel ou collectif, demandé au cours de mes études était l'occasion d'approfondir un peu plus cette approche de la recherche. Parallèlement, constater que les normes sociales impactent les individus jusque dans les sphères appréhendées comme étant les plus « intimes », telle que la sexualité (Bozon 1995, p. 45), m'interpellait. Le fait que des sciences sociales comme la sociologie et l'anthropologie permettent, qui plus est, d'étudier ces mécanismes, me fascinait. Ainsi, je décidais de réaliser mon mémoire de Master sur les représentations de la féminité induites par une prise de pilule contraceptive. L'idée de départ était en fait de traiter de la contraception dans son ensemble, mais les premiers entretiens exploratoires traduisaient déjà l'essor des pilules comme moyens de contraception chez les interviewées.

Ce premier terrain a été mené entre l'automne 2013 et le printemps 2015 auprès de neuf jeunes femmes âgées de 20 à 27 ans et résidant en région toulousaine. Dans cette enquête réalisée principalement par récits de vie et entretiens semi-directifs répétés, je constatais déjà un décalage entre les discours critiques des usagères à propos des pilules (mentions d'effets vécus comme indésirables, méfiance vis-à-vis des hormones

¹ (Cabut, Krémer et Santi)

² Mon parcours universitaire a été réalisé à l'Université Toulouse Jean Jaurès / Le Mirail et se compose d'un DEUG en sociologie ; d'une Licence et d'un Master en anthropologie sociale et historique.

³ L'Université Toulouse Jean Jaurès s'ancrant dans un contexte français au sein duquel les études genre sont encore peu développées contrairement à d'autres pays, il s'agissait plus modestement d'une approche genre. Il convient de visibiliser ici le Master GEPS (Genre, Égalité et Politiques Sociales), seule formation en études genre proposée par l'Université de Toulouse.

de synthèse, rendez-vous gynécologiques décrits comme désagréables) et leurs utilisations pérennes des comprimés. À partir de variables construites selon le rapport des jeunes femmes à la contraception et les différents jeux de rôles sociaux constatés, ce travail de mémoire avait permis d'élaborer une typologie de féminités (militante, revendiquée, esseulée, subie) selon les usages de pilules et invitait à élargir le sujet de recherche, les usagères n'étant pas les seules décisionnaires dans les choix contraceptifs.

Contexte de réalisation de la thèse

Étant donné ma formation initiale en anthropologie générale, il aura été nécessaire d'opérer une mise à niveau en études genre. J'ai donc, principalement au cours de la première année de thèse, suivi des enseignements du Master GEPS afin de développer des compétences requises en sociologie du genre et ainsi pouvoir prétendre à cette spécialisation.

Plus largement, cette thèse se nourrit également de mes diverses expériences pédagogiques et de recherche. Ayant bénéficié d'un CDU⁴ du LabEx SMS⁵ et d'un poste d'ATER⁶ (à mi-temps) renouvelé une année, l'enseignement de « l'enquête sociologique par observation »⁷, des inégalités « de sexe » en Europe⁸ ; les interventions plus ponctuelles au sein du Master d'anthropologie⁹, du Master GEPS¹⁰, et d'une formation à destination de médecins généralistes et de sages-femmes¹¹ ;

⁴ Contrat doctoral unique.

⁵ Laboratoire d'excellence Structurations des Mondes Sociaux.

⁶ Attachée temporaire d'enseignement et de recherche.

⁷ TD de l'UE SO 00302V enseignée au département de sociologie de l'Université Toulouse Jean Jaurès / Le Mirail.

⁸ CM et SED de l'UE SO 010P5V « Femmes et égalité des sexes en Europe » enseignée au département de sociologie de l'Université Toulouse Jean Jaurès / Le Mirail.

⁹ Au sein de l'UE AE00804V « Anthropologie du corps et de la santé » du Master 1 ASH (anthropologie sociale et historique), Université Toulouse Jean Jaurès / Le Mirail.

¹⁰ Au sein de : l'UE SO G0702V « Politiques sociales et inégalités femmes-hommes » du M1, l'UE SO G0905V « Genre, sexualités, santé » du M2 ; en participant à un jury d'auditions d'entrées dans le Master et en participant à deux jurys d'évaluation de mémoires de M1.

¹¹ Au sein du Diplôme Inter Universitaire « Régulation des naissances : contraception et IVG », Université Paris Descartes ; en lien avec le REVHO (réseau entre la ville et l'hôpital pour l'Orthogénie).

l'inscription dans plusieurs réseaux de recherche¹² ayant favorisé des publications collectives ; l'animation et la participation à diverses manifestations scientifiques ; un séjour de recherche en Uruguay¹³ ; ainsi que diverses expériences de valorisation de la recherche, constituent autant d'expériences réalisées en parallèle de ce travail de thèse et ayant grandement permis d'étoffer les réflexions présentées dans le présent manuscrit. Ces opportunités ont également contribué à l'élaboration de la forme de cette thèse puisqu'elle a été rédigée sur la base d'un document modèle mis en forme selon des normes académiques¹⁴ et fourni lors d'une formation de l'école doctorale TESC¹⁵ dédiée au traitement de texte. La figure ci-après présente l'organisation de ces activités réalisées tout au long du doctorat. La dimension des cases n'est pas nécessairement proportionnelle au temps accordé à chaque activité.

¹² Notamment Arpège (réseau toulousain interdisciplinaire de recherche sur le genre), EFIGIES-Toulouse (antenne locale d'un réseau de jeunes chercheur.e-s en genre et sexualité promouvant une approche féministe), le laboratoire junior Contraception&Genre affilié à la Cité du Genre de l'Université Sorbonne Paris Cité (HALL – USPC).

¹³ Séjour de recherche réalisé sous la direction de Marcelo Boado dans le cadre du réseau INCASI coordonné par le Dr Pedro López-Roldán, un projet européen financé du programme de recherche et d'innovation Horizon 2020 de l'Union européenne dans le cadre de l'Assemblée générale Marie Skłodowska-Curie n° 691004

¹⁴ D'après la formation « Dépôt et diffusion des thèses à l'Université Toulouse - Jean Jaurès » (suivie le 10 septembre 2020), il n'y a pas de feuille de style officielle pour les thèses à l'Université Toulouse Jean Jaurès. La DAR (direction d'appui à la recherche) propose une feuille de style non obligatoire. Seul le style de la couverture de thèse est imposé.

¹⁵ Mon école doctorale de rattachement, dont l'acronyme signifie : Temps, Espaces, Sociétés, Cultures.

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année
Tout au long de l'année	Problématisation (début de rédaction)	Travail de terrain Retranscriptions et début d'analyse	Travail de terrain Retranscriptions et analyse	Analyse et rédaction	Rédaction	Rédaction (au regard des relectures des directrices)
	100h de formation doctorale	Travail de co-représentante élue des doctorant-e-s du laboratoire CERTOP	Rédaction de l'état d'avancement de la thèse pour le Comité de thèse	Co-élaboration (laboratoire C&G) d'un numéro de revue thématique	Co-élaboration (laboratoire C&G) d'un numéro de revue thématique	Co-élaboration (laboratoire C&G) d'un numéro de revue thématique
1 ^{er} semestre	Co-organisation et co-animation de deux ateliers et d'une journée d'études Arpège-EFIGiES (réseaux genre et féminisme)	Co-organisation et co-animation de deux ateliers et d'un colloque Arpège-EFIGiES ; d'un atelier du laboratoire junior Contraception&Genre ; et d'une journée d'étude AMADES (anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé)	Travail de co-représentante élue des doctorant-e-s du laboratoire CERTOP	Enseignements en tant qu'ATER	Enseignements en tant qu'ATER	Rédaction d'un article pour la revue à comité de lecture <i>Enfances, Familles, Générations</i>
	Formation en Master GEPS (genre, égalité et politiques sociales)	Participation à la Fête de la Science ; Communication dans une journée d'étude du Master GEPS	Co-organisation et co-animation d'une journée d'accueil des nouvelles-nouveaux doctorant-e-s du laboratoire CERTOP			
	Intervention ponctuelle en cours de M1 d'anthropologie et de L3 de sociologie	Discutante à une journée d'études FRAMESPA (France Amériques Espagne Sociétés Pouvoirs Acteurs)	Interviewée par des masterantes de l'IEP (Sciences Po Toulouse)	Travail de co-représentante élue des doctorant-e-s du laboratoire CERTOP	Communication et restitution de résultats de thèse à la journée d'études REIVOC (réseau de praticien-ne-s favorisant l'IVG)	Rédaction d'un article pour la revue à comité de lecture <i>Santé Publique</i>
			Publication collective (laboratoire junior) dans <i>Le Monde</i>			

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année
2 nd semestre	Préparation à l'entrée sur le terrain (prises de contacts, élaboration des outils méthodologiques, etc.)	Communication dans l'axe SANTAL-CERTOP ; Communication au sein d'un atelier du laboratoire junior Contraception&Genre (Paris) ;	Co-intervention dans le diplôme universitaire (DU) « Régulation des naissances : contraception et IVG » (Université Paris Descartes)	Co-intervention dans le DU « Régulation des naissances : contraception et IVG » (Université Paris Descartes) Co-évaluation dans un jury d'auditions pour les entrées en Master GEPS	Rédaction d'un chapitre d'ouvrage dans le cadre du projet INGESCI (Inclusion du genre dans les sciences) Communication au sein du séminaire doctoral Arpège	Discutante à une séance des Lundis de l'INED en distanciel
	Travail de co-représentante élue des doctorant·e·s du laboratoire CERTOP (Centre d'étude et de recherche Travail, Organisation, Pouvoir)	Communication au sein d'un colloque EFiGiES	Deux communications (pour les ateliers EFiGiES) au CIRFF (Paris Nanterre) Une communication dans l'axe SANTAL-CERTOP Une communication Arpège-EFiGiES à une journée d'études du groupe Sciences sociales et émancipations Participation à un colloque de l'hôpital La Grave	Rédaction d'un article pour la revue à comité de lecture <i>Émulations</i> (paru en 2020) Publication en binôme dans le <i>Bulletin d'information du département de sociologie</i>	Rédaction (confinement)	
	Communication dans l'axe SANTAL (Santé, alimentation)-CERTOP		Deux publications collectives : Dans la revue à comité de lecture <i>Population&Sociétés</i> ;	Interviewée pour <i>Siné Madame</i> ; Interviewée pour la chaîne <i>UniversCites</i> , Sciences Po Toulouse		
	Publication en binôme de deux comptes-rendus d'activités d'Arpège-EFiGiES sur le carnet en ligne <i>Hypotheses</i>	Interviewée pour le magazine <i>Slate</i>	Dans la revue en ligne <i>Mondes Sociaux</i> Intervention Arpège-EFiGiES pour la radio Voy'elles Interviewée par des étudiantes du Celsa (journalisme) Paris Sorbonne	Séjour de recherche INCASI (International Network for Comparative Analysis of Social Inequalities) à la Universidad de la República, Montevideo, Uruguay		

Légende

	Travail de thèse
	Formation
	Activités scientifiques
	Vie de laboratoire
	Communications
	Enseignements
	Valorisation de la recherche
	Publications
	Séjour de recherche

Figure 1 - Organisation des activités du doctorat

Parmi les moins précaires des précaires

À travers le concept de « *strong objectivity* » (objectivité forte), Sandra Harding (Harding 1992) préconise de situer le point de vue depuis lequel les connaissances sont produites¹⁶ ; le premier influant inéluctablement sur la nature des secondes. Ainsi, les conditions de la recherche impactent nécessairement le travail (précaire) de thèse (Prévost 2019, p. 169-188). Dans un contexte de raccourcissement de la durée des thèses¹⁷ dont les exigences restent fortes et souvent implicites (notamment à travers la valorisation de *curriculum vitae* fournis), et de délais de réalisation et de financement calqués sur les besoins de thèses en sciences dites de la nature (menées en trois ans), l'objectif d'une thèse de sociologie en trois ans, fondée sur un terrain long, semblait compromis. M'attachant à répondre aux divers critères constituant les compétences attendues dans l'enseignement supérieur et la recherche (notamment en ayant organisé un colloque international annuel durant trois années consécutives), les cinq années (financées) de doctorat n'ont pas été suffisantes pour mener à bien une thèse digne des exigences attendues. Au terme du CDU puis du renouvellement du contrat d'ATER se posait alors l'angoissante question des conditions matérielles envisagées pour mener à bien une sixième, et nécessaire, dernière année de doctorat. Au vu des caractéristiques du statut de chargé·e de cours, des collectifs engagés contre la précarité des jeunes chercheur·e·s appellent à refuser le recrutement des vacataires au profit de contrats de travail « en bonne et due forme »¹⁸. N'ayant pas accepté ce statut ni les conditions administratives et financières

¹⁶ Ce point sera approfondi dans l'Introduction Générale et justifiera notamment l'emploi de l'écriture inclusive non sexiste.

¹⁷ (Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche 2016)

¹⁸ (Finvacations 2020)

difficiles qu'il impose (et ayant pu le faire en ayant bénéficié des contrats mentionnés en amont), la dernière année de doctorat a donc été menée en étant au chômage. Par ailleurs, ce travail a été réalisé dans un contexte de mouvements sociaux multiples (non sans lien avec les points précédemment évoqués) et s'inscrivant sur la durée, en particulier au moment de la rédaction. Les temporalités d'engagements professionnels, politiques et militants¹⁹ n'apparaissent pas dans la figure exposée précédemment. Pourtant, les mobilisations notamment face à Parcoursup et à la loi ORE²⁰ (dès 2018), au projet de réforme des retraites et à la LPPR²¹ (dès 2019), ont nécessité de repenser et d'adapter le planning de thèse et de réaliser ce travail dans des conditions rarement optimales où temps de travail militants et temps de travail consacrés à la thèse se confrontaient régulièrement. En définitive, l'ensemble de cet environnement de travail n'a cessé de nourrir perpétuellement des réflexions sur la question du genre et de l'engagement.

Enfin, face à la pandémie de Covid-19²², une importante partie de la rédaction de cette thèse a été réalisée en contexte de (re)confinement (mars-mai 2020 puis octobre-décembre 2020) et de poursuite du télétravail (mai-août 2020 et dès octobre 2020). Bien que dans cette situation anxiogène les conditions de réflexion soient peu confortables, ces évènements montrent qu'il reste actuellement nécessaire de (re)penser ce qui constitue une crise sanitaire et une controverse scientifique.

¹⁹ En étant, entre autres, régulièrement présente aux AG intersyndicales, de départements, des personnels et étudiant·e·s, du collectif des précaires ; en participant à la rédaction de motions dans les divers réseaux investis ; en participant à des interventions alternatives à l'Université.

²⁰ Loi relative à l'orientation et la réussite des étudiant[·e·]s.

²¹ Loi de programmation pluriannuelle de la recherche.

²² La « maladie à coronavirus 2019 » a été « signalée pour la première fois à Wuhan, en Chine, le 31 décembre 2019. » (OMS 2020)

INTRODUCTION GÉNÉRALE

« La pilule est **libératrice**. » (Une médecin généraliste, la soixantaine, cabinet de ville, 9 janvier 2018)

« [...] j'estime qu'on nous dit pas que le premier jour où on prend la pilule on nous **empoisonne**. Moi aujourd'hui j'ai l'impression que je suis un petit peu **prise au piège** parce que j'ai l'impression que mon seul moyen de recours pour arrêter mon acné, c'est une chose que je vis très mal surtout à 24 ans, mon seul moyen c'est de reprendre la pilule. Non pas pour un moyen contraceptif du coup, mais pour me soigner l'acné. Donc, aujourd'hui non je ne suis plus sous pilule, **je lutte** quand même parce que je ne l'ai toujours pas reprise. [...] En fait, **je suis prisonnière** on va dire. Je sais que la finalité je vais devoir la reprendre. Ce qui m'embête c'est que je ne veux pas la reprendre sur du long terme et je ne peux pas non plus faire que ça : l'arrêter, la reprendre, l'arrêter, la reprendre. Donc je suis un peu dans **une impasse** aujourd'hui. » (Laura, [ancienne et future] usagère de pilule, 24 ans, chargée de gestion immobilière, 3 juillet 2016)

Le 3 juillet 2016, Laura fut la première jeune femme (usagère de contraception orale) que je recontactais depuis la fin du travail de terrain de Master. Je la sollicitais, pour un troisième entretien, cette fois-ci dans le cadre de la thèse. Quelques jours avant, le 28 juin 2016, je menais un premier entretien auprès d'Emma, première nouvelle usagère recrutée. Ce fut le début d'un nouveau terrain qui allait durer deux ans.

I. L'« ESPACE DE LA CONTRACEPTION » : ACTUALITÉ MÉDIATIQUE, DÉBATS SCIENTIFIQUES

I.1 Postulats journalistiques et affrontements de postures médicales

Les médicaments n'ont jamais fait l'objet d'autant de contrôles. Paradoxalement, ils sont aussi régulièrement au cœur de scandales médiatiques (Fainzang et Ouvrier 2019).

Fin 2012, début 2013, éclatait un scandale médiatique, politique et sanitaire, relatif au sur-risque de thromboses veineuses profondes associé aux pilules de troisième et quatrième générations. Scientifiquement théorisé par la suite comme étant « la crise de la pilule » (Bajos et al. 2014; Rouzaud-Cornabas 2019), au regard des conséquences sur les prescriptions et les usages de contraception orale, cette problématique semble s'ancrer dans un contexte favorable au débat portant sur les biais de la médicalisation

des corps des femmes. Ces questionnements sont particulièrement visibles (dans les médias dits traditionnels et sur Internet) depuis le début des années 2010. Suite à cette « crise », en 2017, la journaliste Sabrina Debusquat publiait un essai intitulé *J'arrête la pilule*²³. Durant une interview vidéo (désormais supprimée d'Internet), notamment consacrée à la promotion de son ouvrage, la journaliste postulait que « la pilule tue plus de femmes que les violences conjugales ». À l'occasion de la journée mondiale de la contraception, le 26 septembre de la même année, les membres du laboratoire junior Contraception&Genre²⁴ (dont je fais partie) publiaient une tribune dans *Le Monde*, intitulée « Au lieu de condamner la pilule, considérons la parole des femmes » (Ancian et al. 2017), invitant à repenser les arguments remettant en question, à juste titre, la centralité de la contraception orale dans la « norme contraceptive » (Bajos et Ferrand 2004). L'appui sur des données scientifiques devait prémunir d'une diabolisation de la contraception (orale). Dans le cadre d'un « espace de la contraception »²⁵ caractérisé par une domination médicale (Rouzaud-Cornabas 2019, p. 23 et 326), il s'agissait également d'interpeller les professionnel·le·s de santé prescriptrices et prescripteurs face à la nécessité de replacer l'expérience du vécu des femmes usagères au cœur des consultations et des prescriptions. Cependant, tou·te·s les professionnel·le·s de santé habilité·e·s à prescrire la contraception n'ont pas la même éthique de travail et s'affrontent également entre confrères et consœurs dans ces débats. Alors que l'ancien médecin généraliste (spécialiste de la contraception) et écrivain Martin Winckler prône une posture soignante éthique (Winckler 2017a), le gynécologue obstétricien et président du Conseil d'administration du CNGOF²⁶ Israël Nisand, en appelle davantage à la réaction des patientes victimes de violences gynéco-obstétricales (en s'étonnant de leurs témoignages et en leur conseillant de porter plainte plus systématiquement). Le professionnel nie alors l'existence et les effets de la culture du viol (« rape culture ») (Keller, Mendes et Ringrose 2018) face à la caméra de la documentariste Nina Faure²⁷. Lors d'une conférence, dont un extrait est rediffusé dans le documentaire *Paye (pas) ton gynéco*, Israël Nisand relate l'histoire d'un confrère accusé de viol par onze femmes et condamné à un an de prison et dix ans

²³ (Debusquat 2017)

²⁴ (« Contraception&Genre Laboratoire junior » 2017)

²⁵ En écho à la notion d'« espace de la cause des femmes » formulée par Laure Bereni, Mylène Rouzaud-Cornabas développe celle d'« espace de la contraception », afin de « rendre compte de configurations d'acteur·rice·s multiples (féministes, académiques, cliniciens, agences publiques, ministères, victimes etc.) qui se sont stabilisées au cours du temps puis ont été profondément remises en cause avec la controverse des pilules de nouvelles générations. » (Rouzaud-Cornabas 2019, p. 23)

²⁶ Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.

²⁷ (Faure 2018)

d'interdiction d'exercice. Tout en indiquant que ces patientes avaient senti l'érection du praticien en question au moment où il leur prenait la tension, il qualifie ces sanctions de « très graves [...] pour cette faute-là » et, tout en insultant ces femmes de « folles », ajoute : « Je pense qu'il n'est coupable de rien, si ce n'est des petites choses sur le plan du comportement »²⁸. Dans la presse et dans un blog (Winckler 2017b), Martin Winckler répondait aux propos d'Israël Nisand en termes de consentement, de corporatisme et de conflits d'intérêt.

I.2 (La crise de) La contraception (orale) dans la recherche scientifique

I.2.1 Des travaux précurseurs à l'international

Toutefois, bien que le contexte s'y prête, la critique de la contraception (orale) n'est pas nouvelle. Si elle existait en France, certes de manière marginale dans les années 1970 et 1980 (Le Guen et al. 2018), elle apparaissait comme significative dans le monde anglo-saxon, que ce soit chez les potentielles usagères ou dans le débat scientifique. En dressant une sociohistoire (1950-1970) de l'acceptation de la contraception orale (chez les médias, les chercheur·e·s, la profession médicale, les femmes potentielles usagères, les industries pharmaceutiques) aux États-Unis d'Amérique²⁹, Elizabeth S. Watkins retrace un contexte déjà marqué par une « controversy over the safety of the pill »³⁰ (Watkins 1998, p. 104). Dès le début des années 1970, la FDA³¹ envoyait des lettres à plus de 380 000 médecins, hôpitaux et pharmacies, les encourageant à informer les femmes des risques thromboemboliques récemment constatés et associés à la contraception orale (*Ibid.*, p. 113). Dans ce contexte, elle revient également sur le rôle du *Women's Health Movement*, les féministes reprochant à « the medical profession [to be] "condescending, paternalistic, judgmental and noninformative" »³² (Boston Women's Health Book Collective 1971 cité par Rothman 1978 : 282 citée par *Ibid.*, p. 104). Déjà, ce mouvement féministe

²⁸ Voir à 14'48 min. du documentaire cité dans la note de bas de page précédente.

²⁹ La précision « d'Amérique » vaut pour toutes les mentions « États-Unis » dans cette thèse.

³⁰ Que l'on pourrait traduire par une « controverse sur la sûreté de la pilule ».

³¹ Food and Drug Administration.

³² Que l'on pourrait traduire par : « la profession médicale [d'être] condescendante, paternaliste, jugeante et non informative ».

« impelled the medical profession to seriously consider the issue of informed consent »³³ (*Ibid.*, p. 133).

Avant les années 2000 et à travers l'exemple de la contraception dite masculine, Nelly Oudshoorn (dont les travaux retracent l'histoire des hormones) démontrait également déjà que les scientifiques ne sont pas les seules actrices et acteurs dans le domaine du développement de la contraception ; le rôle des médias, néerlandais dans ce cas, étant également considérable (Oudshoorn 1999). Ils peuvent, en effet, contester l'autorité scientifique et participer au maintien de certaines représentations. Les articles issus des « mass medias » se montrent pessimistes quant au développement d'une contraception dite masculine et insistent sur les effets dits secondaires. Par contraste, les textes scientifiques mentionnent la co-construction nécessaire entre le monde scientifique et les usagers et présentent le développement de cette contraception comme étant au stade de prototype et donc améliorable. Les bulletins de presse de l'OMS³⁴ proposent une lecture intermédiaire en indiquant que les contraintes liées à cette contraception sont des difficultés techniques résolubles, tout en appréhendant les participants comme des héros. Si depuis les années 1950, une bonne dizaine de moyens contraceptifs ont été développés à destination des femmes, l'offre réservée aux hommes, quant à elle, stagne.

L'on peut également mentionner ici les travaux de Lara Marks et d'Emilia Sanabria qui appréhendent la contraception orale comme un objet technique dont elles dressent l'histoire respectivement aux États-Unis (Marks 2001) et au Brésil (Sanabria 2016).

1.2.2 En France : des transitions démographiques à la question de l'émancipation

En France, le débat scientifique en sciences sociales autour de ces questions a d'abord porté sur les théories de la « transition démographique » qui expliquaient la baisse de la fécondité en Europe par l'accès aux méthodes médicales de contraception. Or, il semblerait plutôt qu'elle ait précédé la généralisation des moyens médicaux de contraception. La diffusion des méthodes contraceptives serait, non pas une cause, mais une résultante de la « transition démographique » (Rusterholz 2017 citée par Roux 2017). Henri Leridon distingue également deux « révolutions contraceptives ».

³³ Que l'on pourrait traduire par : « a poussé la profession médicale à se pencher sérieusement sur la question du consentement éclairé ».

³⁴ Organisation mondiale de la santé.

Si la « première révolution contraceptive »³⁵, au XVIII^{ème} siècle, se caractérise par une « baisse précoce de la natalité française » (Leridon 1987, p. 366), la « seconde révolution contraceptive » est, quant à elle, médicalisée. Au-delà de la légalisation de la contraception en 1967 impliquant la diffusion de méthodes médicalisées (avec la contraception orale et le dispositif intra-utérin en tête de file), elle comprend plus largement la régulation des naissances en France de 1950 à 1985.

Les débats concernent aujourd'hui davantage le potentiel émancipateur de la contraception médicalisée pour les femmes. La contraception semble avoir d'abord été appréhendée comme permettant de remettre en question les rapports de genre (Héritier 2002 : 239 citée par Bajos et Ferrand 2004, p. 118; Lefaucheur 1992 citée par Hirata et al. 2004, p. 109-114). Finalement, l'écrasante majorité des travaux mettent en avant « l'ambivalence » de la contraception (Löwy 2006), oscillant entre libération et régulation, voire contrôle, des corps (Baulieu, Héritier et Leridon 1999). Parmi les revers de la contraception médicalisée, les travaux mentionnent les effets dits secondaires (Guyard 2008) ; la féminisation de la responsabilité et par conséquent la culpabilisation des femmes en cas de grossesses non prévues (Bajos et Ferrand 2004; Clair 2012) ; la multiplication des injonctions, y compris après la naissance d'un·e enfant, et ce, d'autant plus s'il est désiré·e :

« [I]l y a un changement de la dynamique du couple après la naissance de l'enfant n'a rien de nouveau. L'innovation réside dans sa légitimation récente à travers la capacité de la femme à choisir le moment pour la réalisation de son "projet d'enfant" [...] Mais, si elle ne s'accompagne pas d'un ensemble de facteurs favorisant cette égalité, l'une des conséquences possibles de la "maternité choisie et assumée" est la reproduction efficace de la hiérarchie du genre » (Löwy 2006, p. 149).

Dans la continuité de cette perspective visant à mettre en lumière les revers d'un accès contraceptif coercitif, la présente thèse explorera également, en différents lieux, le renfort de la naturalisation des corps des femmes (chapitre 1), le contrôle médical sur la durée et effectué par les hommes (dès le chapitre 1), les diverses charges - mentale, physique, financière - qui pèsent sur les femmes usagères (chapitres 5 et 9).

Aujourd'hui, les recherches portant sur la contraception continuent de questionner les revers de la contraception médicalisée, particulièrement au regard d'une (dé-)responsabilisation des partenaires masculins. Différentes postures se distinguent. L'Histoire est marquée par une « appropriation par les hommes du pouvoir de fécondité des femmes (Tabet 1985 ; Héritier 1996) » (Andro et Desgrées

³⁵ Cette notion renvoie aux travaux d'Adolphe Landry (1934) (Élise (de) La Rochebrochard et Leridon 2008, p. 35).

du Loû 2009, p. 3). Il s'agit alors, d'une part, de contrer les arguments naturalistes (défendant l'idée selon laquelle les femmes ont la charge contraceptive parce qu'elles ont le corps matriciel). D'autre part, l'enjeu est de « penser la place des hommes dans la reproduction sans prendre le risque d'un retour de pouvoir masculin autocratique dans la sphère reproductive, qui s'opposerait à la liberté des femmes à disposer de leur corps » (*Ibid.*, p. 11). Dès lors, certains travaux mentionnent la difficulté pour les hommes de trouver leur place dans une sphère largement féminisée (Desjeux 2009a), quand d'autres appuient les spécificités du « travail contraceptif » endossé par les femmes (Thomé et Rouzaud-Cornabas 2017), y compris dans les usages de moyens contraceptifs dits masculins (Thomé 2016), et mettent en garde face à une « division sexuelle du risque » médicamenteux (Rouzaud-Cornabas 2019).

Les recherches sur la contraception dans une perspective de genre sont alors incontournables et connaissent actuellement une réelle effervescence³⁶, notamment sous l'impulsion du laboratoire junior Contraception&Genre. Deux thèses récemment soutenues portaient spécifiquement sur la contraception orale. Ces travaux, ainsi que le présent manuscrit, bien que traitant d'un objet similaire, proposent des approches originales et qui se veulent complémentaires.

En décembre 2019, Mylène Rouzaud-Cornabas soutenait une thèse de sociologie portant sur « la crise de la pilule » dans une perspective de santé publique. Son travail propose une analyse de la régulation des risques associés à la contraception orale des années 1980 à nos jours. Elle y questionne le rôle des laboratoires pharmaceutiques ainsi que celui de l'État, déléguant l'autorité à des experts proches des industries pharmaceutiques. En ayant interrogé ces dit·e·s actrices et acteurs (travaillant dans des laboratoires) et en ayant analysé des archives du Ministère de la santé, elle montre comment les politiques publiques de la contraception en France ont tenu compte tardivement des risques, au regard d'autres pays et donc de la connaissance scientifique internationale (*Ibid.*).

Encore plus récemment, en juin 2020, Alexandra Roux soutenait une thèse de sociologie proposant une approche sociohistorique (1960-2000) de la construction de l'évidence de ce qu'elle appelle le « pilulocentrisme ». Elle y interroge particulièrement le rôle de l'industrie pharmaceutique dans l'assise de la norme française de prescription centrée sur la contraception orale et notamment des pilules de troisième et quatrième générations, inculpées dans « la crise de la pilule ». Tout en rappelant que les critiques à l'égard de la contraception orale ne sont pas nouvelles, y compris en France, elle montre également dans un dernier chapitre que les mouvements

³⁶ Comme l'indiquait Alexandra Roux durant la présentation de sa soutenance de thèse, le 16 juin 2020.

féministes en France ont finalement peu repris la contestation de ce moyen de contraception (Roux 2020).

Les travaux mentionnés (principalement ceux traitant de la contraception orale) accordent une large place aux expert·e·s de la contraception et aux dimensions méso et macro sociales. Ainsi, dans une volonté de s'inscrire dans leur prolongement et de proposer un nouvel angle d'approche, cette thèse fera la part belle aux pratiques des individu·e·s prenant part aux choix et aux usages contraceptifs. Les rapports entre les femmes et le monde gynécologique (Guyard 2010a, p. 13-18) sont peu étudiés. De même, peu de travaux sollicitent à la fois les professionnel·le·s de santé, les usagères et les actrices et acteurs intervenant potentiellement dans leurs choix contraceptifs (tel que leur entourage). L'objectif de cette thèse est alors de mettre au jour des enjeux et des logiques individuelles, sociales, marchandes, politiques, et de genre, déterminant les usages et les prescriptions de pilules, dans un contexte marqué par « la crise » de celles-ci. Il s'agira d'analyser principalement les pratiques (usages contraceptifs, prescriptions) et les situations (consultations, cas de violences gynécologiques) qui gravitent au sein de ce contexte. La question de départ ayant impulsé l'enquête est la suivante :

- 1) Dans un contexte marqué par « la crise de la pilule », quels sont les déterminants :
 - dans le choix d'une pilule comme moyen de contraception (chez les femmes usagères),
 - et dans les prescriptions de contraception orale (chez le personnel de santé prescripteur) ?
- 2) Et qu'est-ce que cela traduit en termes de normes de genre ?

Élaboré selon les critères qui fondent une question de départ, la première partie de ce questionnement invite à une **vérification empirique** (via l'accès à des pratiques), tandis qu'une deuxième partie renvoie à des **éléments conceptuels** (des mécanismes de genre).

Les différents travaux cités portant sur la contraception montrent que les industries pharmaceutiques et les professionnel·le·s de santé influent sur les choix contraceptifs des femmes. Les décisions individuelles ne relèvent donc pas uniquement de logiques microsociales. À partir de ce constat, la problématisation nécessite de tenir compte à la fois de données théoriques (accessibles grâce aux lectures) et, dans une moindre mesure, empiriques (récoltées sur le terrain de Master) ; tout en prenant en considération le contexte englobant. Dès lors, problématiser revient à mettre au jour une contradiction (Lemieux 2012), en l'occurrence un décalage entre une norme et des pratiques :

En France, bien que la contraception orale soit dépréciée suite à « la crise » dont elle fait l'objet, et bien que le panel contraceptif soit composé d'une dizaine d'autres moyens contraceptifs, elle reste pourtant la méthode la plus utilisée (Bajos et al. 2014). Son taux d'usage est passé de 50 % en 2010 (Ibid.) à 36,5 % en 2016 (Rahib, Le Guen et Lydié 2017) et représente encore, malgré une baisse de plus de treize points, le taux d'usage contraceptif le plus élevé. Cela est d'autant plus valable pour les jeunes femmes âgées de 20-24 ans qui sont les plus concernées par un usage exclusif de contraception orale (c'est-à-dire sans qu'elle soit combinée à une autre méthode) (Gautier, Kersaudy-Rahib et Lydié 2013). Si en 1967, au moment de la légalisation de la contraception en France, la pilule représentait l'essor de la contraception et un symbole d'émancipation sexuelle pour les femmes, cinquante ans plus tard, elle devient un objet de méfiance (sanitaire et sociale)... toujours plébiscité.

II. UN CADRAGE THÉORIQUE INTERDISCIPLINAIRE ET POLITISÉ

II.1 Entre la sociologie et l'anthropologie

La contraception est étudiée dans diverses disciplines de sciences humaines et sociales : en sociologie (Amsellem-Mainguy 2007; Andro et Desgrées du Loû 2009; Bajos et Ferrand 2004; Bretin 1992; Claro 2016a; Desjeux 2009a; Gautier, Kersaudy-Rahib et Lydié 2013; Roux 2020; Tillich 2019; Thomé 2019; Ventola 2016), en anthropologie (Garcia 2016; Robles 2009), en démographie (Bajos et al. 2014; Bajos et al. 2012; Le Guen et al. 2017; Leridon et al. 2002; Leridon 1987; Rahib, Le Guen et Lydié 2017; Rossier et al. 2004), en histoire (Gaudillère 2003; Pavard 2012a; Ripa 2017), en philosophie (Grino 2014; Preciado 2010), ou encore en science politique (Sanseigne 2019). Plusieurs d'entre elles sont parfois conjointement convoquées et au prisme de protocoles variés (quantitatif et qualitatif). Particulièrement, quatre types d'approche (perméables) de la contraception peuvent être repérés en sociologie (Roux 2021) : une sociologie de la demande contraceptive, une sociologie de l'offre contraceptive (production, promotion, prescription), une sociologie des institutions qui façonnent les systèmes contraceptifs et, enfin, une sociologie des inégalités sociales d'accès à la contraception. La contraception semble avoir la particularité de faire à la fois l'objet de grandes enquêtes quantitatives, notamment menées par l'INED³⁷ (l'enquête CoCon³⁸ entre 2000 et 2004, l'enquête

³⁷ Institut national d'études démographiques.

³⁸ Enquête de cohorte sur la contraception.

FECOND³⁹ de 2010 et 2013⁴⁰), tout en étant abordée de manière complémentaire sous l'angle qualitatif (Le Guen et al. 2017; Roux, Ventola et Bajos 2017). L'étude de la contraception se situe donc au carrefour de différents champs sociologiques et anthropologiques, au premier rang desquels se trouve l'approche par le genre et que cette thèse propose d'articuler avec la sociologie des professions (en l'occurrence ici autour des métiers prescripteurs de pilules) et la socio-anthropologie politique de la santé (et ses apports sur la relation médecins-usagè·e·s).

Gynécologues, généralistes et sages-femmes étant habilité·e·s à prescrire la pilule, elle est donc également l'affaire de plusieurs disciplines médicales. Mais tandis que les médecins généralistes ne sont pas identifié·e·s comme spécialistes de la contraception, sages-femmes et gynécologues sont, quant à elleux, davantage formé·e·s à l'obstétrique (Gelly 2006). Si ces métiers sont tous prescripteurs, **la sociologie des professions** donne pourtant à voir des enjeux qui les distinguent, voire les hiérarchisent. La répartition sexuée des tâches traduit une féminisation partielle et partielle des professions de santé (Lapeyre et Le Feuvre 2005). Les professions féminisées (infirmières, sages-femmes) sont aussi celles situées en bas de la hiérarchie des métiers de la santé. *A contrario*, les hommes dominent les spécialités chirurgicales (Rault et Le Breton-Lerouillois 2014; Zolesio 2012a) et « sont à la fois spécialistes et experts de la reproduction » (Jarty et Fournier 2019, p. 15). Ils se déchargent ainsi du « sale boulot » au profit des activités les plus prestigieuses (qui sont aussi les mieux rémunérées). Soucieux de se démarquer des attributs féminins accolés aux métiers du soin, ils se posent en professionnels, en opposition à la naturalisation des compétences dites féminines (Bessin 2010). Historiquement, la féminisation des professions a entraîné une dévalorisation du statut des métiers et, par conséquent, celle de leurs rémunérations (Knibiehler 2016; Lapeyre et Le Feuvre 2009). La profession des médecins (Lapeyre 2008) constitue un « ancien bastion masculin » (Le Feuvre 2008, p. 263) qui s'est constitué « sur l'exclusion des femmes » (Lapeyre 2008, p. 215). Il faudra attendre les années 1960-1970 pour que la profession des médecins se féminise (Lapeyre et Le Feuvre 2009, p. 426; Lapeyre 2008, p. 216) et le processus connaîtra une accélération dans les années 1980, avec la réforme des études de médecine en 1982 (Lapeyre et Robelet 2010, p. 365 et 367). La mutation de la médecine générale témoigne donc d'une possible « malléabilité du métier » puisque « [l]a féminisation s'inscrit dans un mouvement de prise de distance par rapport à certains principes de l'ethos professionnel » (*Ibid.*, p. 377 et 376). « La

³⁹ Enquête Fécondité-Contraception-Dysfonctions sexuelles.

⁴⁰ Un enquête Fécondité est également en cours de préparation.

notion d'éthos professionnel renvoie aux normes et aux valeurs, aussi bien objectives (structuration de la carrière, par exemple) que subjectives (représentations de la carrière, par exemple), associées au travail et à la carrière » (Jarty 2013, p. 20). Il est un ensemble de « manières de faire et d'agir communément admises dans un groupe professionnel donné. » (Lapeyre 2008, p. 218). Dès lors, comment les ethos des trois professions médicales prescriptrices influent-ils différemment sur les manières de prescrire la pilule et traduisent-ils, plus largement, des normes de genre spécifiques ? Les ethos n'étant pas immuables, dans quelle mesure les professionnel·le·s exercent-ils en dehors d'une norme (masculine) dominante ?

En 1986, l'équipe de recherche féministe Simone Sagesse (savoir, genre et rapports sociaux de sexe) est créée à l'Université Toulouse Jean Jaurès (anciennement Le Mirail) (Lapeyre, Le Feuvre et Rieu 2004). Au début des années 2000, les travaux de Nicky Le Feuvre en sociologie des professions proposent d'envisager les objets d'étude par une triple perspective, en mettant en relation l'analyse à un niveau microsocial (ici les pratiques individuelles contraceptives) avec celle à un niveau méso (en l'occurrence autour des logiques de prescriptions de contraceptifs oraux) et un contexte plus englobant (macro social) tenant compte des politiques publiques. Les ethos étudiés sont donc à considérer dans une dynamique plus large, « l'ordre de genre dominant au niveau national » étant « promu en partie par les orientations politiques d'un pays » (Jarty 2013, p. 31), et notamment les politiques de santé publique. Les caractéristiques des contextes sociétaux et professionnels se manifestant à travers les pratiques et les systèmes de représentations des individu·e·s, il s'agit alors aussi d'examiner les effets macro sur des trajectoires individuelles (Le Feuvre 2008). Afin d'appréhender les interactions entre l'ordre de genre dominant (niveau macro) et les pratiques professionnelles (niveau micro), il convient également d'étudier les caractéristiques structurelles (normes, salaire, spécialisation, mobilité, reconnaissance, attractivité) des groupes professionnels, à un niveau plus méso. En effet, les expériences professionnelles peuvent différer, non seulement d'une profession à une autre, mais également au sein-même de l'une d'entre elles (selon les structures d'exercice par exemple). Un « régime de genre » (niveau méso) - comprenant la division sexuelle du travail, les relations de pouvoir (positions hiérarchiques, pouvoir de décision), les configurations relationnelles (gestion des émotions), les dispositifs symboliques (tels que le langage ou la production matérielle) (Connell 2006) - étant variable selon les caractéristiques structurelles des activités professionnelles, il peut différer selon les pays au sein d'une même profession (Jarty 2013) ou encore selon le degré de féminisation d'un « espace professionnel » (Boni-Le Goff 2013).

Pour espérer répondre au paradoxe énoncé en problématique, il convient donc de combiner différents niveaux d'analyse (Le Feuvre 2008). À un niveau microsocial, il s'agit d'étudier des parcours contraceptifs. À un niveau méso, l'impact des normes médicales et de genre sur les pratiques et perceptions individuelles contraceptives (du côté des usagères, mais également de leur entourage) et médicales (du côté des professionnel·le·s de santé) est analysé. Enfin, les logiques de (bio)politiques (de santé publiques) (Foucault et al. 2004) sont prises en compte à un niveau plus macro et dans une perspective foucauldienne.

La socio-anthropologie politique de la santé invite à mener une réflexion en termes d'inégalités et à se focaliser sur la manière dont les politiques (de santé) les (re)produisent (Mulot 2014), les légitiment et les inscrivent directement dans les corps des individu·e·s. Il s'agit de miser sur une approche politique de la culture sans tomber dans la surinterprétation des spécificités culturelles (Fassin 1999; Mulot 2009). *A contrario*, le culturalisme tend à occulter les autres dimensions sociales (comme les rapports sociaux de sexe, les inégalités ethno-raciales, les facteurs socio-économiques) résultant pourtant davantage de politiques mises en place que de facteurs strictement culturels.

L'étude des relations de soin entre médecins et « malades » démontre des inégalités de traitement selon le profil social des soigné·e·s. Les relations médecins-patient·e·s sont entendues comme « ce qui se joue autour de l'acte médical et qui implique, pour les participant[·e·]s, l'impression d'inclure une dimension personnelle et interactionnelle » (Zolesio 2012b, p. 76). Les professionnel·le·s de santé se montrent plus enclin·e·s à fournir des informations aux patient·e·s de niveau socioculturel élevé. Les patient·e·s jeunes et issu·e·s de milieux populaires sont particulièrement la cible du mensonge des soignant·e·s (Fainzang 2006). De même, les inégalités de prise en charge médicale entre les patient·e·s « anonymes » et les proches des médecins constituent un « phénomène systémique » et « structurel » (Olivier de Sardan 2003).

Par ailleurs, historiquement, le monde médical a joué un rôle significatif dans l'assise des inégalités de genre à travers la particularisation et la médicalisation des corps des femmes dans le champ de la santé sexuelle et reproductive (Membrado 2006). Au XVIII^{ème} siècle, avec le développement de la médecine, la science délaisse une logique de *continuum* des sexes au profit de leur opposition binaire (Laqueur 1992). L'objet de recherche, ainsi que les différents champs de recherche mobilisés, sont alors appréhendés au prisme **du genre**. Naturalisé (Dorlin 2008; Gardey et Löwy 2000; Mathieu 1991a; Rubin 1998), le genre est pourtant basé sur une logique de différenciation (Mathieu 1991a), entendue comme un processus social renvoyant à une catégorisation stratégique (Delphy 2001; Tissot, Tissot et Delphy 2015) des

différences anatomiques et des sexualités. En appréhendant le monde à partir de deux (et uniquement deux) catégories que sont le masculin et le féminin, le système genre exacerbe des différences au détriment de toute ressemblance (Delphy 2001; Preciado 2010, p. 250) et les hiérarchisent. Femmes et hommes n'ont en effet pas plus de besoins spécifiques que d'autres catégories d'individu·e·s (obèses et maigres, grand·e·s et petit·e·s, selon divers états de santé) (Löwy 2006, p. 143) et constituent pourtant la principale distinction établie entre les humain·e·s. À travers une dimension relationnelle dynamique (Scott et Varikas 1988; Théry 2010), cette différenciation est opérée en ce qu'elle assure une domination masculine puisque la hiérarchisation de genre est surplombée par la figure de l'homme cisgenre⁴¹, hétérosexuel, blanc, « valide », de classe moyenne à supérieure. Ainsi, les (corps des) personnes ne répondant pas à ces normes sont particularisées - notamment les femmes (Hirata et al. 2004; Membrado 2006) - voire niées (personnes trans, intersexes, non binaires), selon une logique binaire de « sexuaton » (Guillaumin 1992). Par ce biais, des contraintes sociales sont alors pensées comme étant des évidences naturelles ou des choix individuels, dépolitisant ces situations d'oppression. Le genre n'est donc pas uniquement la part sociale des sexes, il est un système qui divise l'humanité en deux catégories inégales. Dans une volonté de prise en compte et de remise en question du système genre, dans cette thèse les termes de « femmes » et « hommes » renvoient non pas à des catégories prétendument naturelles, mais à des identités de genre socialement construites, à des « classes de sexes » (Guillaumin 1978).

II.2 Pour une recherche engagée

II.2.1 Les corps des femmes dans les vagues : entre militantisme et recherche, l'évidence de l'approche féministe

Dès le début des mouvements féministes (XIX^{ème} siècle), les femmes revendiquent la libre disposition de leurs corps. Les luttes pour ce droit seront croissantes pour devenir centrales dans les années 1970 (Bard 2012; Chaperon 2002; Pavard 2012a). Cet engouement précédera d'ailleurs l'institutionnalisation du féminisme, notamment à l'Université. Durant la première vague féministe (1870-

⁴¹ Une personne cisgenre est une personne qui se reconnaît dans l'identité de genre qu'on lui a assigné à la naissance selon ses attributs biologiques. Nommer l'identité cisgenre permet de ne pas en faire une référence neutre et de la penser par rapport au terme trans(genre), qui désigne une personne qui ne s'identifie pas au genre qu'on lui a assigné à la naissance.

1920), en Europe et aux États-Unis, l'accès des femmes au droit de vote est au cœur des revendications. Néanmoins, la question de la contraception plane. Du fait de disparités religieuses, l'accès aux méthodes de régulation des naissances est inégal entre le nord et le sud de l'Europe. Au nord, selon la majorité religieuse protestante, il n'y a pas d'intermédiaire entre Dieu et les individus, ce qui favorise une place pour les femmes. Au sud, le catholicisme n'autorise que les méthodes de régulation de la fécondité dites naturelles. Par conséquent, la contraception sera plus tôt et plus rapidement diffusée dans les pays protestants.

Un creux de vague féministe s'opère entre 1930 et 1970. À cette période, les travaux de Simone de Beauvoir⁴² sont néanmoins à leur apogée et annoncent les revendications de la prochaine vague. Dans son œuvre, il est en effet question du droit à la contraception et à l'avortement, aux libertés sexuelles et à l'homosexualité. Simone de Beauvoir critique et déconstruit le discours médical dominant qui pathologise toute sexualité en dehors de la norme hétérosexuelle reproductive.

Dès les années 1960-1970, durant la deuxième vague féministe, les droits liés aux corps des femmes deviennent centraux dans les revendications (Bereni et al. 2012), notamment face aux conséquences des avortements clandestins. La notion de deuxième vague féministe renvoie au mouvement qui s'est développé à partir des années 1960 aux États-Unis et 1970 dans la majorité des pays européens (Bard 2012), et qui a porté une contestation plus radicale de la domination masculine en s'engageant pour « une libération des femmes » (Picq 1993). Étant donné la place centrale qu'y prennent les revendications pour l'avortement et la contraception libre et gratuits, il convient de définir le mouvement de la deuxième vague féministe auquel il sera régulièrement fait référence dans cette thèse. « Ce mouvement se caractérise par la revendication de la dimension politique de la sphère privée. Par ses objectifs et ses pratiques, il a contribué à interroger et à redéfinir les normes de genre dans de nombreux domaines, notamment ceux du couple, de la sexualité et de la famille, engendrant un processus de politisation critique du privé » (Masclat 2015, p. 47). Cette période est marquée par une conscientisation commune des femmes des situations de domination qui les concernent, et ce, grâce à différents outils tels que les groupes de parole non mixtes. La stratégie de la non mixité consiste à se libérer sans les oppresseurs (Delphy 2017). Dans ces groupes, les femmes abordaient les sujets de la sexualité, du plaisir sexuel et de la contraception, qui restaient encore trop impensés. Particulièrement sur ces questions, se développent des groupes de *self-help*, « démarche collective de prise de pouvoir de leur corps par les femmes, qui passe par la remise en

⁴² Voir les deux tomes de son essai *Le deuxième sexe*, 1949. Pour en savoir plus sur la réception des travaux de Simone de Beauvoir par ses lectrices, voir la thèse en cours de Marine Rouch.

cause du pouvoir médical et de ses protocoles, par l'investigation pratique, la collecte et l'élaboration collectives de savoirs et de savoir-faire [...], par la lutte contre l'ignorance des femmes de tout ce qui concerne leur propre corps et contre les inégalités d'accès à la santé » (Ruault 2016, p. 38). Certaines militantes de la deuxième vague étant aussi universitaires (comme la sociologue Christine Delphy), de ce mouvement social naîtra une assise institutionnelle du féminisme (par exemple *via* la fondation de la revue internationale francophone de sciences sociales *Questions Féministes*, devenue *Nouvelles Questions Féministes*). Séparer, voire opposer, les sphères militantes et académiques serait alors une aporie puisqu'aucun point de vue ne peut « se départir complètement d'un contexte intellectuel et épistémique » (Gardey 2013, p. 151). Par conséquent, « [l]e corps, dans la sociologie féministe, a d'abord été étudié au travers de l'assignation des femmes à la reproduction, en écho avec la lutte pour la légalisation de la pilule contraceptive et de l'avortement » (Clair 2012, p. 104) et en abordant davantage le « para-sexuel » (« l'amont ou l'aval de la sexualité ») que les pratiques sexuelles (Chaperon 2001, p. 7), au moins jusqu'aux années 2010-2015 (Froidevaux-Metterie 2020). Si, avec le processus d'institutionnalisation du féminisme, les prochaines vagues sont davantage marquées par un aspect théorique (Bessin et Dorlin 2006, p. 13), l'objet contraception demeure, quant à lui, marqué par un entrelacement entre théorie et militantisme.

Les revendications pour les droits liés aux corps des femmes restent présentes au cours de la troisième vague. Mais cette dernière a la particularité non pas de s'articuler autour d'une thématique spécifique, mais de se démarquer par ses moyens de revendications éparses (comme Internet). Selon certain·e·s auteur·e·s, les années 2010 marquent l'entrée dans une quatrième vague, impulsée par les luttes féministes en Amérique Latine contre les féminicides, dans la continuité des revendications de la troisième vague et notamment du mouvement #MeToo (Koechlin 2019a). Au fil des mouvements féministes, les luttes pour le droit à la contraception et à l'avortement se développent conjointement à celles menées contre les violences sexuelles (Andro et al. 2010, p. 5). Parallèlement, les féministes brésiliennes dénoncent « the disproportionate encroachment of medicine »⁴³ sur la vie et le corps des femmes, dont le risque est l'imposition d'une médicalisation excessive et abusive : la jeunesse, la beauté, le bien-être devenant « market-driven » (axés sur le marché) (Sanabria 2016, p. 37). En ce sens, Elizabeth Watkins appréhende la contraception orale comme « lifestyle drug » (que l'on pourrait traduire comme « médicament du mode de vie ») en ce qu'elle permettrait d'annihiler les « petits maux » (comme le syndrome prémenstruel ou l'acné) (Watkins 2016). Dans ce contexte, « si l'absorption de

⁴³ Que l'on pourrait traduire par : « l'empiètement disproportionné de la médecine ».

"substances masculines" par des corps de femmes est médicalement et socialement légitimée, le contraire ne l'est pas » (Sanabria 2013, p. 93). L'approche féministe permet d'interroger ce paradoxe.

Selon Geneviève Fraisse (Fraisse 2015), la recherche féministe est guidée par l'égalité comme moteur de pensée. Il s'agit d'étudier ce qui fait obstacle à l'émancipation. Du fait d'une responsabilisation (quasi) exclusivement féminine et d'une autorité médicale à laquelle il paraît difficile de se soustraire, l'émancipation associée à la contraception (orale) est questionnable. Choisir l'approche féministe c'est donc accéder aux multiples apports des théorisations féministes qui amènent à comprendre comment les inégalités sont le résultat de constructions sociales et politiques et non le fait du hasard ou de la nature. Elles permettent de mieux identifier les mécanismes sociaux, économiques, historiques, politiques, institutionnels ou culturels qui fabriquent des trajectoires inégalitaires, afin d'identifier, en miroir, les leviers susceptibles de les réduire. Les théorisations féministes permettent de multiples apports scientifiques : mise en lumière des femmes en tant qu'actrices ; production d'études scientifiques pouvant servir de base aux actions sociales, aux politiques publiques afin de favoriser l'égalité entre les sexes ; mise à disposition d'outils d'analyse efficaces (permettant de mettre au jour les mécanismes faisant obstacles à l'émancipation) ; remise en question du masculin neutre hégémonique soi-disant naturel (Bereni et al. 2012), face auquel une posture féministe permet de répondre grâce à l'élaboration d'une science plus objective (Dorlin 2008, p. 27).

II.2.2 Déconstruire le mythe de la neutralité des sciences : standpoint, le privilège épistémologique du point de vue situé

La position sociale des chercheur·e·s impacte la nature des savoirs produits. En prenant en compte les conditions matérielles d'existence des chercheur·e·s, leurs inévitables engagements particuliers et la production de connaissances, une épistémologie féministe permet d'élaborer une objectivité forte (« strong objectivity ») (Harding 1992). Faire de la recherche en (femme) féministe implique de réfléchir aux rapports de domination à partir d'une position minorisée, situation privilégiée pour percevoir, d'une part, et déconstruire, d'autre part, les mécanismes qui fondent et entretiennent les rapports de pouvoir (Harding 1991; Harding 1986). Multiplier les points de vue favorise ainsi la déconstruction des normes (Haraway 2007). Au mythe de la neutralité des sciences dites exactes, s'oppose l'idée que tout savoir est produit à partir d'une position spécifique dans les rapports sociaux et que celle-ci a une influence sur la nature des savoirs produits. Ces critiques féministes ont

permis de montrer que les savoirs produits sur les corps en sciences de la nature (ou sciences dites exactes) ne sont pas neutres, mais pensés à partir d'une position de domination (d'homme cis, blanc, hétérosexuel), entretenant des croyances essentialistes et hiérarchisantes sur les corps. En développant le concept de « travail symbolique du genre », Evelyn Fox Keller préconise de tenir compte du positionnement des chercheur·e·s en sciences biomédicales. Par exemple, le rôle des métaphores genrées dans le langage scientifique est un obstacle à la compréhension de certains phénomènes. Le langage relatif à la fertilisation appréhende l'ovocyte comme passif et passe donc à côté de l'activité de celui-ci (Dorlin 2008). Les représentations culturelles et les croyances propres des scientifiques favorisent la gouvernance des corps des femmes, tandis que les hommes échappent à ces processus de surveillance. A ce titre, ce n'est qu'après 1910 qu'il a été médicalement reconnu que les hommes peuvent contribuer à l'infertilité du couple (Belgherbi et La Rochebrochard 2018). Dans une même logique, selon le programme de santé international *1000 days* s'appuyant sur les hypothèses des chercheur·e·s en épigénétique, la nutrition des mères durant les 1000 premiers jours de la vie de leur progéniture contribuerait à la réussite (ou à l'échec) de celle-ci, tandis que ce projet invisibilise la responsabilité des hommes, *via* la « qualité » de leur sperme (Jarty et Fournier 2019). Vingt fois plus de recherches sont menées sur l'impact du mode de vie des femmes, plutôt que celui des hommes, sur le fœtus (Sharp et al. 2020). La recherche prend alors le risque d'impacter la santé des femmes en favorisant l'anxiété maternelle, qui a elle-même des conséquences sur le fœtus (Jarty 2021). Si la médecine est une science, elle se base pourtant sur une idéologie dès lors qu'elle traite des sexes (Trachman et Bereni 2014). Constructiviste, elle crée des phénomènes comme la passivité des ovocytes ou les hormones dites sexuelles (Oudshoorn 1998). Une approche féministe du phénomène peut donc le rendre plus objectif en interrogeant le pouvoir masculin médical et plus largement des biosciences (Jarty à paraître). L'Histoire a en effet montré qu'en se réappropriant leurs corps, les femmes gagnent en *empowerment*⁴⁴ et relativisent une éventuelle toute puissance médicale. Cela était le cas des sorcières avant la naissance de la clinique et plus récemment avec les groupes

⁴⁴ « L'empowerment vise la reconnaissance des groupes pour mettre fin à leur stigmatisation [...]. En tant que projet de transformation sociale, l'empowerment vise nécessairement l'émancipation des individu·es. Il se matérialise en "processus sociopolitique" qui articule les dimensions individuelle, collective et politique (Bacqué et Biewener 2013). Aussi, l'empowerment incorpore les dimensions affectives et émotionnelles des pratiques (Guérin, 2017 ; Guétat-Bernard et Lapeyre, 2017 ; Prévost, 2017 ; Suremain, 2017) » (Prévost 2019, p. 151). « Selon Patricia Hills Collins, l'empowerment déployé par le militantisme agit par un double mouvement : la lutte pour la survie collective à partir de stratégies pour miner les institutions oppressives ; la lutte pour le changement social et institutionnel (2009_2016). » (*Ibid.*, p. 295)

de *self-help* : « Découvrir que des non-professionnelles étaient capables d'exécuter avec succès des actes jusqu'alors réservés aux médecins, aida par la suite à démystifier le pouvoir médical et favorisa une redéfinition de ses frontières » (Löwy 2006, p. 244). Une critique féministe des sciences permet donc d'appréhender les savoirs médicaux en tant que production et de déconstruire ce qui est donné comme relevant de l'état de nature (Hasdeu et Gardey 2015, p. 75).

Loin de produire des savoirs subjectifs, moins neutres ou moins vrais car politisés, le fait de se situer permet au contraire de faire avancer la connaissance et de produire des savoirs nouveaux et moins biaisés. À ce titre, Christine Delphy donne l'exemple d'un « économiste bourgeois » aveugle au travail ménager gratuit fourni par les femmes (Delphy 1998, p. 41-42). Revaloriser l'expérience de vie des minorisé·e·s cesse ainsi d'être un stigmate puisque ce positionnement devient un privilège épistémologique. Produire des savoirs à partir d'une position féministe, c'est les élaborer en étant ancrée dans des expériences de vie en tant que minorisé·e·s. Au même titre que n'importe quelle autre perspective, l'approche féministe ne prétend pas à un regard exhaustif puisqu'il permet justement de mettre au jour des rapports sociaux spécifiques. Elle permet d'aborder la recherche sous un angle particulier, permettant de déceler des mécanismes de violences de genre mais aussi ce qui permet de s'en affranchir. Dans le cadre d'une recherche sur les prescriptions et les utilisations de contraception (orale), l'approche féministe permet de traiter l'angle des violences médicales et gynécologiques, particulièrement propices dans le cadre de suivis médicaux réguliers induits par l'usage d'une contraception renouvelable. Si le terme de violences gynécologiques (et obstétricales) est mobilisé au début des années 2000 en Amérique Latine, ce n'est que depuis la fin des années 2010 que « ces controverses émergent dans les débats féministes et politiques en France », comme l'indiquaient, en 2020, Virginie Rozée et Clémence Schantz dans un appel à articles pour la revue *Santé publique* (Rozée et Schantz 2020).

Pour toutes ces raisons, cette thèse accorde une large place à la réflexivité (particulièrement dans les chapitres 6 et 7), jusqu'à la considérer comme partie intégrante des résultats. L'emploi du « je » et de « la chercheure » sera tour à tour mobilisé, à l'instar du « "je" ethnographique » et du « "nous" d'énonciation » utilisés par Aurore Koechlin (Koechlin 2021, p. 20-21). De même, durant les retranscriptions de certains échanges avec les enquêté·e·s, la mention de mon prénom ou de « la chercheure » permet de manquer un positionnement différencié : face aux paires, alliées ou amies (les usagères) dans le premier cas, et dans le cadre d'une autorité médicale (face à des professionnel·le·s de santé) dans le second cas.

II.2.3 De la cohérence entre le fond et la forme : le choix de l'écriture inclusive non sexiste

Du fait du prisme androcentrique de la recherche, le langage représente un vecteur de violences invisibles et symboliques (Kelly 2013). Dans un souci de cohérence entre le fond et la forme du propos, et plus largement afin de rompre avec une vision biaisée de la recherche, l'écriture inclusive non sexiste sera employée tout au long du manuscrit. L'évolution de la langue au cours de l'Histoire montre son dynamisme dans le temps. La règle grammaticale (sexiste) selon laquelle le masculin *l'emporte sur* le féminin est récente, donc non immuable, et a été précédée, entre autres, de la règle de proximité consistant à accorder un adjectif avec le (genre du) nom commun le plus proche (exemple : le doctorant et les doctorantes sont précarisées). L'actualité des réflexions et des débats autour de l'écriture inclusive non sexiste appuie encore davantage ce dynamisme. En effet, elle fait l'objet de parutions scientifiques⁴⁵ ; de publications dans les médias⁴⁶ ; ou encore d'événements scientifiques⁴⁷.

Il existe de nombreuses façons de mettre en forme une écriture non sexiste : employer le tiret (« doctorant-e »), le point (« doctorant.e »), le point médian (« doctorant·e ») ; user de ces outils séparatifs entre la forme énonçant le masculin, le féminin et le pluriel (« doctorant·e·s ») ou simplement entre le masculin singulier et le féminin pluriel (« doctorant·es »). L'enjeu est ici moins de débattre de la forme la plus satisfaisante (toutes ont leurs avantages et leurs limites) que d'opter pour le choix d'un format uniforme tout au long de la thèse. Au cours des années de doctorat, j'ai pris l'habitude d'employer le point médian et de l'utiliser pour séparer à la fois le féminin, le masculin et le pluriel (« doctorant·e·s ») et j'ai donc choisi de conserver ce format dans le présent manuscrit. À l'argument (renvoyé à l'ensemble de ses formes) selon lequel l'écriture inclusive non sexiste compromettrait la lisibilité du propos, peut être renvoyé celui de l'aspect dynamique et évolutif du langage, qui nécessite effectivement un apprentissage (tout comme l'a nécessité la règle - non naturelle et donc apprise - du masculin qui l'emporte sur le féminin). En outre, cet apprentissage apparaît

⁴⁵ Voir par exemple le numéro « Genre, langue et politique. Le langage non sexiste en débat » des *Cahiers du genre*, ou encore le numéro de H-France Salon : "Legitimizing 'iel'? Language and the Trans community in Francophone and Anglophone Space" paru en 2019.

⁴⁶ Voir par exemple la tribune « Au-delà de l'écriture inclusive : un programme de travail pour la linguistique d'aujourd'hui » signée par une soixantaine de linguistes et parue en 2020 dans *Médiapart*.

⁴⁷ Tel que le Colloque international « Intégration d'une communication inclusive dans les établissements d'enseignement supérieur » qui s'est tenu à Bruxelles le 21 février 2019.

exceptionnellement aisé dès lors qu'il s'agit non pas de féminiser le nom d'un statut ou d'une profession socialement valorisé·e mais d'un virus à l'origine d'une pandémie. Alors qu'iels arguent le soi-disant manque d'esthétisme de « **la** ministre » ou « **la** maire », les fervent·e·s opposant·e·s à l'écriture inclusive de l'Académie française n'ont pourtant pas eu de mal à entériner la féminisation de l'acronyme Covid-19, sous couvert de sa traduction française (« la maladie du virus de la couronne » qui donnerait « la Covid »)⁴⁸.

À la fois dans un souci de remise en question de binarité du genre et de limitation des énonciations, le pronom neutre « iel » sera employé et entendu comme englobant les pronoms « il » et « elle » (ou « iels » pour sa forme au pluriel). Il en va de même pour le pronom « elleux », construit à partir de la contraction entre « elles » et « eux » - aucun·e enquêté·e ne s'étant déclaré·e non binaire. Concernant les noms communs composés de suffixes (« -trices » et « -teurs »), les deux formes pourront être énoncées (« prescriptrices et prescripteurs »). Les rares citations (mentionnées entre guillemets) qui proposent d'accoler le suffixe féminin au nom masculin (« animateur-trice ») seront laissées telles quelles. Si une réflexion particulière sera portée (dans le chapitre 3) sur la sémantique du terme « patient·e », une attention sera globalement prêtée à la dynamique de la lecture et à la minimisation des répétitions. Ainsi, les termes « usagères » et « utilisatrices » doivent être compris comme synonymes. Il en va de même pour « professionnel·le·s de santé », « praticien·ne·s » et « personnel prescripteur ».

III. MÉTHODOLOGIE : UNE APPROCHE QUALITATIVE

Pour comprendre le décalage entre l'essor perpétuel de la contraception médicalisée qu'incarne la contraception orale et sa perception actuelle empreinte de méfiance, un dispositif de recherche de type qualitatif a été mis en place afin de saisir les tensions entre les normes (contraceptives et prescriptives) et les pratiques individuelles (contraceptives et médicales). **Quatre-vingt-six entretiens** (d'une durée de 40 minutes à 2h30) ont pu être menés auprès de **soixante-neuf enquêté·e·s** réparti·e·s en quatre groupes distincts : les jeunes femmes usagères de contraception orale ; leur entourage (leurs mères et leurs partenaires) ; les professionnel·le·s de santé habilité·e·s à prescrire ou délivrer une contraception (gynécologues, généralistes, sages-femmes, pharmaciennes et vendeuses en pharmacie) ainsi qu'un andrologue ; et

⁴⁸ (France Culture 2020)

deux membres du Planning Familial. **Quatre-vingt-dix-huit consultations médicales et gynécologiques** ont également pu être observées dans des structures à la fois privées (cabinets de ville, clinique) et publiques (hôpital, centres de planification ou CDPEF⁴⁹, centres de santé). Outre les quelques matériaux de terrain collectés en 2014 durant la recherche en Master, la plupart des matériaux de terrain ont été recueillis dans le cadre de cette thèse entre juin 2016 et août 2018.

La présentation de la méthodologie se veut ici générale. Les choix et réajustements méthodologiques pouvant relever de résultats à part entière, aucun·e chapitre ou grande partie de la thèse ne sera exclusivement consacré·e à la méthodologie. Les détails de celle-ci seront plutôt développés au fil des pages, selon les besoins du propos. De même, les informations sociodémographiques des interviewé·e·s cité·e·s seront précisé·e·s au regard de la démonstration effectuée. Si les structures d'exercice des professionnel·le·s sont des indications récurrentes, leurs âges constitueront parfois une précision pertinente (selon les effets de générations analysés par exemple). Il en va de même pour leur situation géographique d'exercice (rural, semi-rural ou urbain) qui ne constituera pas toujours une donnée indispensable à l'interprétation des données. Dans tous les cas, des tableaux récapitulatifs présentant les profils des enquêté·e·s ainsi que l'organisation des entretiens seront régulièrement indiqués et disponibles en annexes. Afin d'en favoriser la lisibilité, les *verbatim* (à mettre en valeur ou de plus de cinq lignes) et les extraits de journaux de terrain seront présentés en retrait du corps de texte, centré et dans une police différente, parfois dans des encarts pour les seconds. Certaines citations d'auteur·e·s (longues ou à mettre en avant) apparaîtront, de la même manière, en italique. Ces formats ne signifient en rien que ces matériaux valent pour simples illustrations, il s'agit surtout de dynamiser la présentation du propos dans le but de favoriser la lisibilité et de stimuler la lecture.

III.1 Recrutement de la population et entretiens

III.1.1 Auprès de jeunes femmes usagères de contraception orale

Trente-trois entretiens et récits de vie⁵⁰ (Beaud 1996; Bertaux 1997) répétés (dont les durées varient de $\frac{3}{4}$ d'heure à 2h40) ont été menés auprès de dix-sept jeunes femmes usagères ou anciennes usagères de contraception orale. Ce groupe

⁴⁹ Centre départemental de planification et d'éducation familiale.

⁵⁰ Dont les guides sont disponibles en annexes.

d'interlocutrices a été le premier investi puisqu'une partie de cette population (neuf d'entre elles) avait déjà été sollicitée au moment des travaux de Master. Seize des trente-trois entretiens ont été réalisés dans le cadre de cette première recherche. Afin d'apprécier l'évolution des parcours contraceptifs et biographiques des jeunes femmes, les entretiens ont été menés entre une et trois fois, selon les principes d'une étude longitudinale et les contraintes individuelles de chacune. Ces entretiens approfondis ne visent pas à produire des données quantitatives et n'ont pas vocation à être représentatifs (Beaud et Weber 2003, p. 156; Kaufmann et Singly 2011, p. 41). Les données ne vaudront donc sans doute pas pour une autre population que celle enquêtée (Beaud et Weber 2003, p. 247) puisqu'il s'agit moins de généraliser sur des individus que sur des processus et des relations (*Ibid.*, p. 248).

Les thématiques abordées en entretien étant perméables les unes aux autres, l'ensemble des guides d'entretien ont moins été élaborés comme outils strictement directifs que comme pense-bêtes pour des questions de relance. Six à sept grands thèmes structurent les guides d'entretien destinés aux usagères. Un premier thème est consacré au récit du parcours de vie et du parcours contraceptif. Un deuxième thème invite à se focaliser précisément sur l'expérience de la prise de pilule. Les trois thèmes suivants sont consacrés aux rapports avec les professionnel·le·s de santé, avec les partenaires et avec les proches (famille, ami·e·s). Sauf si la jeune usagère en décide autrement, la question de la sexualité n'arrive donc qu'en deuxième partie d'entretien. Enfin, le dernier thème consiste à faire réagir les jeunes femmes face aux différentes méthodes contraceptives disponibles.

Ces interlocutrices ont été recrutées par effet « boule de neige » et selon plusieurs critères : avoir déjà utilisé une contraception orale dans un but contraceptif, avoir entre 20 et 30 ans et être diplômées (Bac +). Pour au moins trois raisons, le recrutement visait une population hétérosexuelle. D'abord les propriétés contraceptives de la pilule (1^{er} critère) ne sont valables que dans le cadre de relations hétérosexuelles. Ensuite, le critère du couple hétérosexuel est un facteur d'augmentation du taux d'utilisation de contraception orale (Bajos et al. 2012; Gautier, Kersaudy-Rahib et Lydié 2013) et permet de questionner l'implication des partenaires dans le choix et la gestion quotidienne de ce moyen contraceptif. Enfin, l'objectif est de mettre au jour des rapports de genre spécifiques au cadre hétérosexuel. Les féministes des années 1970 abordent l'hétérosexualité en termes de violence. Les violences de genre s'envisagent comme « ressort essentiel de l'oppression des femmes » et se définissent comme l'« ensemble des violences, qu'elles soient verbales, physiques, ou psychologiques, interpersonnelles ou institutionnelles, commises par les hommes en tant qu'hommes contre les femmes en tant que femmes, exercées tant

dans les sphère publique que privée » (Simonetti in Rennes et al. 2016, p. 681). Elles s'inscrivent à la fois dans la vie quotidienne (impliquant des répétitions) et dans la proximité (à laquelle il apparaît difficile soustraire)(Bereni et al. 2012, p. 83). Prêter attention à ces violences, permet, en miroir, d'identifier les stratégies mises en place par les actrices pour s'en prémunir.

La tranche d'âge de 20-30 ans (2^{ème} critère) inclut les femmes âgées de 20-24 ans qui sont les plus concernées par un usage de contraception orale exclusif, c'est-à-dire sans la combiner à une autre méthode contraceptive (Gautier, Kersaudy-Rahib et Lydié 2013). Au début de ce travail de thèse (ou au moment des derniers entretiens avec certaines interlocutrices suivies en Master), cinq usagères avaient 23 ans, six avaient 24 ans et six autres avaient entre 25 et 30 ans. Ayant aujourd'hui plus de 20-24 ans, elles se situent donc toutes en fin, voire en aval, de la période où les pilules ont remplacé tout autre moyen de contraception. La sélection de cette tranche d'âge permet un suivi pertinent des parcours contraceptifs sur la durée.

La diversité de cette population d'enquête reste donc relative, du moins en termes (d'âges et) de niveau de diplôme (3^{ème} critère). Toutes les usagères sont diplômées (niveau Bac +2 à Bac +5) et correspondent donc à la population la plus concernée par un usage de pilules de troisième et quatrième générations (Bajos et al. 2004), mises en cause dans « la crise ». En outre, elles présentent une variété importante de nature d'études : certaines mènent un cursus (para)médical, d'autres sont formées aux sciences sociales ou encore en école de commerce. L'on peut donc supposer que la nature des études aura une incidence sur les discours produits sur la contraception et le monde médical. Par ailleurs, les jeunes femmes sont issues de PCS⁵¹ moyenne (plutôt du côté des mères) à supérieure (plutôt du côté des pères). Enfin, une diversité plus importante (en termes de classe et de niveau d'éducation) de profils d'usagères sera accessible *via* la patientèle des consultations observées.

Les professionnel·le·s de santé étant influencé·e·s dans leurs prescriptions par le profil des patientes (Bretin et Kotobi 2016; Fainzang 2006), une attention particulière a donc été portée à la dimension intersectionnelle (Crenshaw et Bonis 2005; Jaunait et Chauvin 2012; Kergoat 2009) selon les besoins de l'enquête. Onze des jeunes femmes usagères sont blanches (se reconnaissent comme telles), parmi lesquelles l'écrasante majorité est athée issue de familles ou cultures judéo-chrétiennes. Six autres usagères sont racisées. Elles s'auto-désignent comme françaises noires, parfois réunionnaises ; latina-américaine (d'Amérique centrale) ; algérienne ; d'origine marocaine. Quatre de ces six jeunes femmes sont issues de familles ou cultures hindouistes ou musulmanes. Seulement deux interlocutrices ne sont pas nées en

⁵¹ Professions et catégories socioprofessionnelles.

France. Ambre est née dans un pays d'Amérique centrale (et a la double nationalité : française et celle de son pays d'origine) et Rosa dans un pays du Maghreb (et n'a pas la nationalité française).

Afin de préserver au mieux l'anonymat des jeunes femmes selon le lectorat envisagé de cette thèse, leurs pays d'origine ne seront pas systématiquement précisés, et ce, sans que cela n'impacte l'analyse. Moins que leurs nationalités, c'est surtout le pays de résidence au moment de « la crise de la pilule » qui semble déterminant dans leur appréhension de ce moyen de contraception. Si les couleurs de peau et les nationalités ou origines mentionnées ne relèvent pas du même niveau d'information, elles visent à tenir compte du privilège de la blancheur (Kebabza 2006). Pour autant, ces considérations sont surtout valables durant les observations de consultations médicales, lesquelles donnent à voir des profils d'usagères plus hétérogènes. En effet, le niveau de diplôme et la nature des études des dix-sept jeunes femmes suivies sont des facteurs plus déterminants, dans le cadre de leurs parcours contraceptifs, que leurs caractéristiques ethno-raciales. Enfin, ces jeunes femmes présentent peu de diversités fonctionnelles : toutes peuvent être perçues comme valides, bien que l'une d'entre elles, Vaani, se déclare dans l'incapacité de travailler (elle est sans emploi) du fait d'importants problèmes de santé.

Le recrutement ayant été initié auprès de connaissances et amies, les jeunes femmes et la chercheure apparaissent comme des paires. Une paire est une personne issue d'un contexte social similaire dont les expériences vécues sont par conséquent équivalentes (Amsellem-Mainguy 2014). En effet, les dix-sept jeunes femmes et la chercheure partagent des caractéristiques et des expériences sociales communes : en étant issues de classes (sociale, de sexe, d'âge) similaires, en se reconnaissant comme hétérosexuelle, en utilisant ou en ayant utilisé une contraception orale. Il apparaît alors plus pertinent de désigner les interviewées comme interlocutrices plutôt que comme enquêtées. Les relations d'amitié sur le terrain revêtent des avantages mais aussi des limites. Il s'agit d'utiliser, mais aussi de lutter contre, la connaissance immédiate de l'objet (Coquard 2016, p. 104). La méthodologie et le fait de récolter suffisamment de « données significatives et systématiques » permettent ensuite de rendre le familier exotique et « d'objectiver » les données (*Ibid.*, p. 439). « [L]'amitié est une condition sociale de possibilité de la production de données qui ne soient pas complètement artefactuelles » (L. Waquant 1996, pp. 64-65 cité par Arborio, Fournier et Singly 2008, p. 87). Dans cette situation, la chercheure n'est pas considérée « comme une pièce rapportée ou un[e] observat[rice] complètement lointain[e] », permettant de « jouer le jeu de la sociabilité » et d'entrer dans les « logiques » des interlocutrices (Coquard 2016, p. 97). Les relations amicales favorisent alors : une présence de longue durée sur

le terrain (*via* les entretiens répétés dans le temps et la facilité des rencontres informelles), les interactions fréquentes ; et diminuent les résistances. Des interlocutrices déclarent en effet « accepter » de dire « tout ça » en entretiens, parce que je suis leur amie. En outre, la proximité sociale (inhérente au statut de paire) favorise l'établissement d'une complicité et d'une confiance réciproque durant les entretiens. Ainsi, il m'arrivait de substituer une question de relance par un bref énoncé de mes expériences similaires. Le cas de « l'habitus clivé » illustre particulièrement bien ce propos. Par exemple, « Bourdieu évoque ses origines rurales et populaires, afin de se justifier de son mal-être dans le milieu intellectuel », le chercheur se plaçant ici du côté des dominé·e·s (Coquard 2016, p. 99). Les échanges avec les usagères mettaient notamment en exergue un mal-être commun durant les auscultations gynécologiques, caractérisées par des rapports de pouvoir entre corps médical et jeunes patientes. Six autres interlocutrices ont cependant accepté un échange par entretien sans que l'on se soit pourtant rencontrées auparavant, certaines redoutant d'aborder des pratiques stigmatisées (comme le recours à l'IVG⁵²). Néanmoins, les amies peuvent également contrôler leurs paroles, notamment afin de « préserver une image d'e[ll]es-mêmes qui leur convienne », selon l'expérience des jugements et des rappels à l'ordre dans l'interconnaissance (*Ibid.*, p. 103). C'est par exemple au cours d'une discussion informelle de groupe (et non en entretien) que j'apprendrai qu'une interlocutrice a déjà eu des rapports sexuels non protégés. Enquêter (avec) ses copains·copines sous-entend donc une forme de viol de leur intimité (Schwartz 1990 : 51 cité par *Ibid.*). Pour pallier cela, les informations recueillies en dehors du cadre annoncé de la recherche ne seront pas retenues par souci éthique, à moins de ne pas mentionner le pseudonyme de l'interlocutrice⁵³. Seules des données objectives (Beaud et Weber 2003, p. 191-197) ont été exploitées sans avoir besoin de poser de questions explicites⁵⁴.

Ana (28 ans, blanche, Bac +5, étudiante en anthropologie), **Angélique** (23 ans, blanche, Bac +5, étudiante en géographie), **Camille** (24 ans, blanche, Bac +2, en formation de conseillère en insertion professionnelle), **Cyrielle** (24 ans, blanche, Bac

⁵² Interruption volontaire de grossesse.

⁵³ Dans le cadre de la recherche, tout comme dans celui des relations amicales, cela justifie la confiance accordée par les jeunes femmes, qui savaient quand leurs paroles pouvaient être mobilisées.

⁵⁴ Lors de récits de vie, je m'abstenais de demander certaines informations dont j'avais déjà connaissance (comme par exemple le statut marital des parent·e·s à un moment où les interlocutrices me parlent de l'implication de ceux-ci dans leurs parcours contraceptifs).

+3, manipulatrice en électroradiologie), **Elia** (24 ans, blanche, Bac +3, infirmière), **Eva** (23 ans, blanche, Bac +3, attachée commerciale en banque), **Fanny** (23 ans, blanche, Bac +3, en formation infirmière), **Laura** (24 ans, blanche, Bac +2, chargée de gestion immobilière) et **Manon** (24 ans, blanche, Bac +5, gestionnaire de communication) participaient à l'enquête depuis 2014. Chacune faisant partie de mon cercle amical, je les ai (re)contactées individuellement. Par la suite, pour le terrain de thèse, **Ambre** (25 ans, latina-américaine, Bac +5, étudiante en anthropologie) et **Emma** (24 ans, blanche, Bac +5, diplômée en sciences de l'éducation) ont été recrutées de la même manière. Six autres interlocutrices sont donc concernées par la méthode de recrutement dite « boule de neige ». Eva et Laura m'ont respectivement mise en contact avec **Andréa** (26 ans, noire, Bac +3, conseillère de vente), et **Rosa** (23 ans, algérienne, Bac +3, étudiante en management). Une collègue universitaire (non interviewée) m'a présenté **Aurore** (23 ans, blanche, Bac +2, étudiante en service social) et cette dernière m'a permis de rencontrer **Lisa** (29 ans, d'origine marocaine, Bac +2, assistante de gestion) et **Vaani** (30 ans, réunionnaise, Bac +3, sans emploi), puis **Dévi** (28 ans, réunionnaise, Bac +2, technicienne de gestion du personnel), petite sœur de Vaani.

Le schéma ci-après présente à la fois les profils des interlocutrices et les modes de prise de contact. À l'exception de celui de la chercheure, les pictogrammes choisis ne reflètent en rien les caractéristiques physiques des jeunes femmes, pour des raisons évidentes d'anonymat.

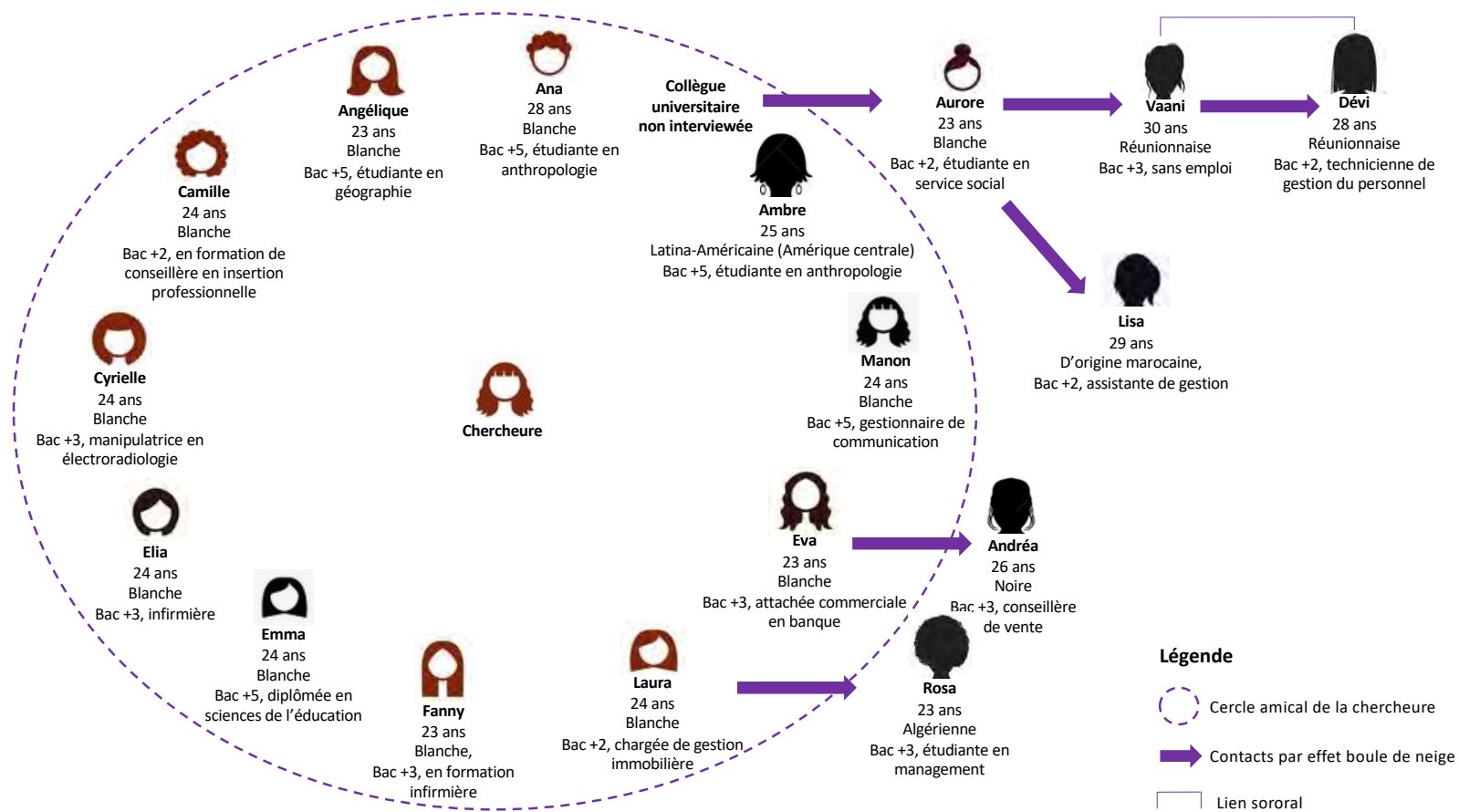


Figure 2 - Schéma de présentation des profils des jeunes femmes usagères et des modes de prise de contact

III.1.2 Auprès de l'entourage des usagères

Auprès des mères

Des entretiens ont également été menés auprès de l'entourage des jeunes femmes, afin de rendre compte de leur rôle dans le parcours contraceptif de leurs filles. Huit parent·e·s ont pu être rencontré·e·s, dont une écrasante majorité de mères (sept) et un père. Au vu de cette proportion, le terme de « mères » sera régulièrement privilégié par rapport à celui de « parent·e·s ». Celles-ci sont, qui plus est, souvent initiatrices à la fois au premier rendez-vous gynécologique et à une prise de contraception orale. Par ailleurs, le père ne manquera pas d'être explicitement mentionné, lorsque cette mobilisation sera significative pour l'analyse. Les parent·e·s rencontré·e·s sont ceux décrit·e·s en entretiens par leurs filles comme étant impliqué·e·s dans leur parcours contraceptif (certaines usagères utilisant une contraception dans le secret) : **Archibald** (père d'Aurore, 49 ans, avocat), **Béatrice** (mère d'Eva, 56 ans, ATSEM⁵⁵), **Christine** (mère de Laura, 51 ans, fonctionnaire), **Lili** (mère d'Emma, 57 ans, retraitée de La Poste et aide à domicile), **Michelle** (mère de Cyrielle, 47 ans, gérante d'une agence immobilière), **Montserrat** (mère d'Ambre, 69 ans, anthropologue), **Stéphanie** (mère de Manon, 53 ans, retraitée de l'armée de l'air), **Yvonne** (mère d'Andréa, 63 ans, manutentionnaire retraitée).

Le guide d'entretien à destination des mères⁵⁶ se compose de quatre grandes thématiques, prévues dans l'ordre qui suit : l'implication des mères dans le parcours contraceptif de leurs filles, leurs perceptions et expériences contraceptives au regard du panel contraceptif français, leurs perceptions de la « norme contraceptive » (dans le cas où cela n'aurait pas été suffisamment abordée dans les parties précédentes) et enfin, leurs parcours de vie. Aussi, les entretiens avec les mères étant réalisés après au moins un premier entretien avec chaque usagère, les guides pouvaient être adaptés, selon les expériences contraceptives de leurs filles.

Auprès des hommes partenaires

Les entretiens menés auprès des partenaires des jeunes femmes visaient à questionner à la fois leur rôle dans le choix d'une pilule comme moyen de contraception et leur implication dans la gestion quotidienne de ce moyen contraceptif. La mise en couple ne faisant pas partie des critères de recrutement des jeunes femmes, il était évident qu'il ne s'agissait pas de rencontrer dix-sept partenaires.

⁵⁵ Agent territorial spécialisé des écoles maternelles.

⁵⁶ Un guide d'entretien de base des mères est disponible en annexes.

D'une part, les parcours biographiques étant évolutifs, rien ne garantissait que les jeunes femmes soient en relation dite durable tout au long de l'enquête. Pour cette raison, aucun *focus couple*⁵⁷ n'a été réalisé. Il s'agit, en outre, d'appréhender l'impact des expériences biographiques sur les parcours contraceptifs. D'autre part, il ne s'agit pas de considérer la relation hétérosexuelle monogamique comme seul modèle relationnel possible (Bajos et al. 2008).

Six partenaires (blancs) ont pu être interrogés : **Baptiste** (partenaire d'Eva, 25 ans, Bac +2, agent de sécurité incendie), **Christian** (partenaire d'Elia, 24 ans, CAP⁵⁸, barman), **Jean** (partenaire d'Ambre, 27 ans, Bac +5, intermittent du spectacle), **Léo** (partenaire de Cyrielle, 24 ans, Bac +3, éducateur spécialisé), **Michel** (partenaire d'Emma, 27 ans, Bac +3, dessinateur industriel) et **Morty** (partenaire de Manon, 25 ans, Bac +8, doctorant en astrophysique).

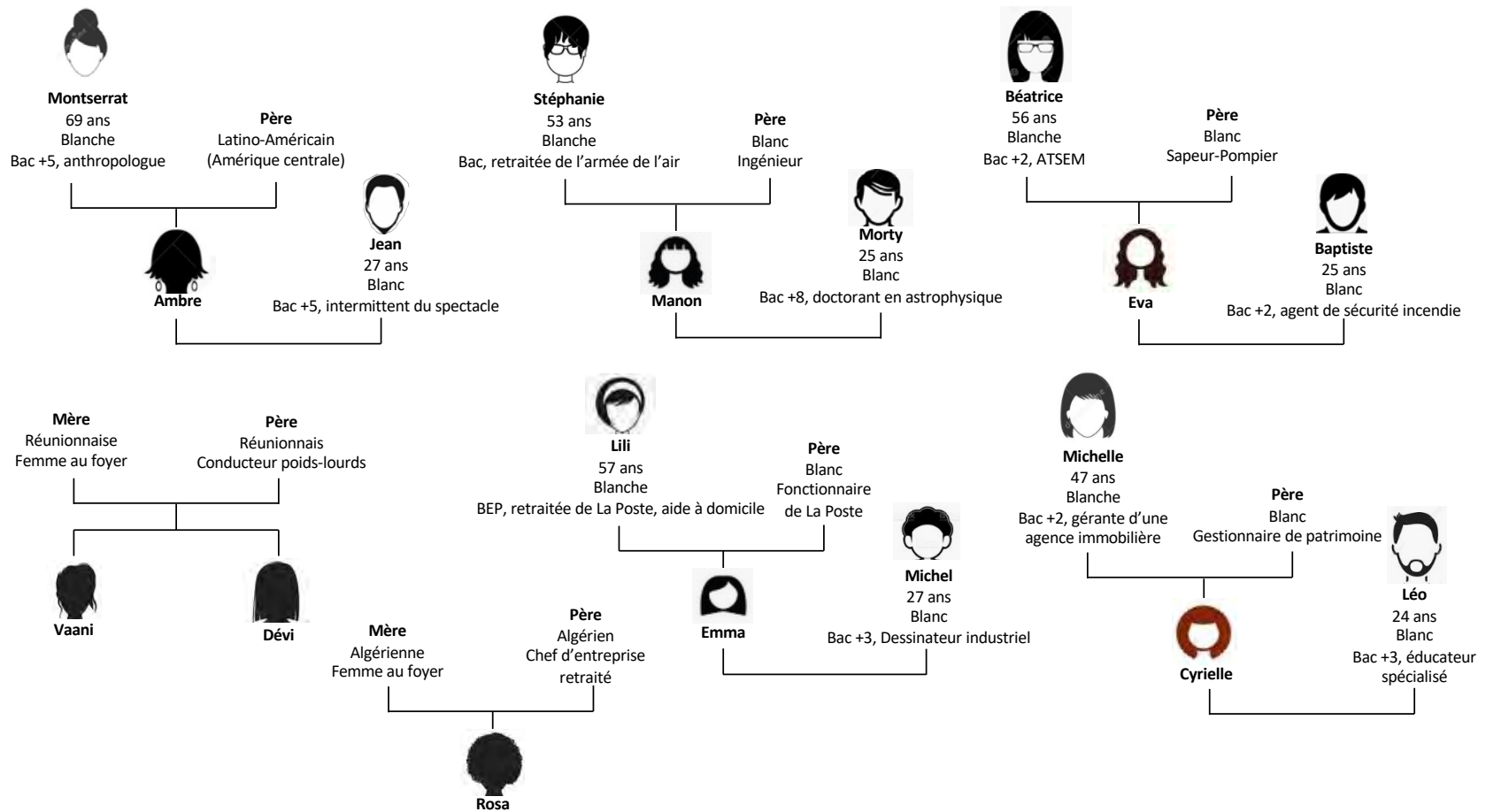
Le guide d'entretien destiné aux partenaires⁵⁹ est structuré en quatre parties. La première est consacrée à leur implication dans la gestion de la contraception orale et le moyen de contraception actuel si ce n'est plus la pilule. La deuxième partie les invite à raconter leur propre parcours contraceptif. La troisième partie est consacrée à un échange autour des méthodes qui composent le panel contraceptif (censé être) disponible en France. L'objectif est de pouvoir comparer leurs perceptions et connaissances avec celles des usagères, contrairement à qui ils ne présentent pas de parcours médicalisés. Enfin, le récit de leurs parcours de vie compose la dernière partie de l'entretien.

Le schéma à suivre présente à la fois l'entourage des usagères (les profils sociodémographiques des mères et des partenaires) et les liens entre les interviewé·e·s (parenté et unions). Les unions sont ici entendues au sens large : elles n'indiquent pas nécessairement des mariages, mais des relations hétérosexuelles. Les pictogrammes représentent les enquêté·e·s rencontré·e·s et ayant participé à la recherche. Pour autant, il ne s'agit pas d'invisibiliser les usagères dont les parent·e·s ou les partenaires ne font pas partie des personnes recrutées. Lorsque ces informations ont pu être recueillies, les indications sociodémographiques de ces personnes non enquêtées sont renseignées et constituent des indications sur les origines sociales des interlocutrices.

⁵⁷ Des entretiens avec chaque couple.

⁵⁸ Certificat d'aptitude professionnelle.

⁵⁹ Le guide d'entretien des partenaires est disponible en annexes.



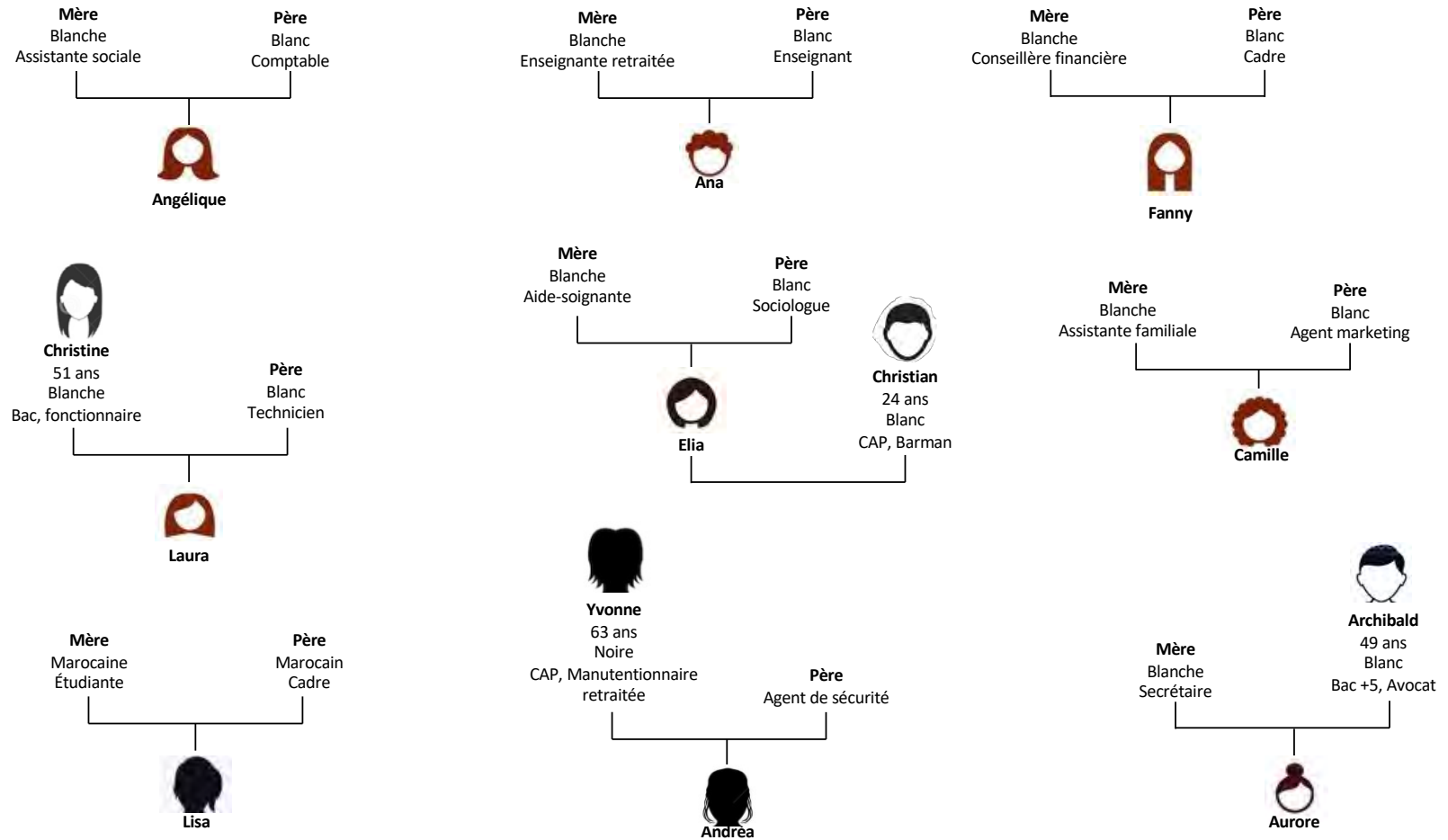


Figure 3 - Schéma de présentation des mères, des partenaires des usagers et des liens de filiation

III.1.3 Auprès d'expert·e·s de la contraception

Auprès de professionnel·le·s de santé prescriptrices et prescripteurs

Dans une volonté de tendre vers une certaine exhaustivité, je souhaitais, dans un premier temps, recruter des enquêté·e·s représentant un maximum de professions en lien avec la production, la vente, la prescription et la délivrance de pilules contraceptives. Au regard des travaux cités déjà réalisés et acceptant le refus de l'exhaustivité pour répondre à une problématique, il s'agissait de procéder selon un principe de hiérarchisation (Lemieux 2012), en priorisant les professions à recruter. Il aurait été ambitieux d'étudier ces professions dans leur ensemble : enquêter avec les visiteuses médicales et visiteurs médicaux représente un travail ethnographique à part entière (Greffion 2019) et le critère de la prescription permet de distinguer pertinemment les professions. Dans cette logique, aucun·e représentant·e de laboratoire pharmaceutique n'a été recruté·e. L'étude de cette profession a déjà fait en partie l'objet de la thèse réalisée par Mylène Rouzaud-Cornabas (en 2019).

Trente-sept entretiens ont été menés auprès de **trente-six professionnel·le·s de santé**. Contrairement aux usagères, les parcours médicaux et biographiques des praticien·ne·s n'étant pas au cœur de l'objet d'étude, il ne s'agissait pas de répéter les entretiens auprès de cette population d'enquête. Ces chiffres s'expliquent par le fait qu'un entretien a dû être réalisé en deux fois auprès d'une médecin généraliste, faute de temps pour le terminer lors de la première entrevue. L'écrasante majorité du recrutement visait des praticien·ne·s habilité·e·s à prescrire une contraception (trente-et-un·e) : neuf gynécologues, treize généralistes et neuf sages-femmes, issu·e·s de structures à la fois publiques (hôpitaux, centres de santé, centres de planification, dispensaires, foyers d'urgence) et privées (cabinets et cliniques) et de différents territoires géographiques (urbain, semi-rural, rural). Lorsque la distinction sera pertinente, la mention « cabinet de ville » indiquera un cabinet de secteur urbain, tandis que le terme « cabinet libéral » pourra tout autant renvoyer à une zone rurale. Le fait que ces professionnel·le·s répondent présent·e·s à l'enquête laisse à penser qu'ils portent un intérêt particulier à la question de la contraception et que cela constituerait donc un biais de recrutement. C'est pourquoi, une attention particulière a été portée à diversifier le recrutement des professionnel·le·s selon leurs réseaux. Certain·e·s sont investi·e·s dans des réseaux favorisant l'accès à l'IVG, prennent part à l'animation de revues médicales indépendantes ou sont indiqué·e·s sur des listes en ligne de soignant·e·s féministes, tandis que d'autres ont une pratique plus solitaire ou moins engagée. La constitution du guide d'entretien destiné à cette partie de la population d'enquête est indiquée dans la sous-partie à suivre.

Un andrologue, spécialiste de la contraception dite masculine, a également été interrogé afin de questionner cette disponibilité contraceptive, l'implication des partenaires des usagères étant par ailleurs étudiée. Le guide d'entretien, individuel, a été construit autour de trois grandes parties. La première est axée sur le parcours (de formation et professionnel) de l'andrologue. La deuxième se centre sur ses pratiques médicales (prescriptions de contraception dite masculine, évolution des recommandations sanitaires). La dernière partie consiste à recueillir ses perceptions de la « norme contraceptive », notamment au regard de la place de la contraception dite masculine au sein du panel existant.

Les modalités de prise de contact des professionnel·le·s seront exposées et analysées au cours de la thèse.

Auprès de personnel de pharmacie

La thèse s'intéresse dans une moindre mesure à l'impact de l'industrie pharmaceutique sur les prescriptions de contraception orale, cet aspect étant par ailleurs étudié par Jérôme Greffion (*Ibid.*; Greffion 2011), Alexandra Roux (Roux 2020) ou encore Mylène Rouzaud-Cornabas (Rouzaud-Cornabas 2017). Cependant, les terrains de ces travaux n'impliquant peu ou pas les usagères, le personnel de pharmacie constitue une partie de la population d'enquête : deux pharmaciennes et deux vendeuses en pharmacie ont été sollicitées. Le moment venu, les difficultés liées à ce recrutement seront explicitées. En outre, les entretiens des usagères rendaient également compte de leurs rapports au personnel de pharmacie.

Pour les quatre professions prescrivant ou délivrant des pilules, deux guides⁶⁰ d'entretien ont été réalisés : un à destination des trois professions prescriptrices et un à destination du personnel de pharmacie (vendeuses et pharmaciennes). Le premier comprend quelques nuances selon la profession en question, des termes spécifiques à chacune d'elles étant adaptés. Ces guides étaient construits autour de trois grands thèmes : les pratiques professionnelles (les prescriptions ou délivrances de contraception), la perception de la « norme contraceptive », et le parcours de formation. Durant ces entretiens, ne pas limiter les récits à la contraception orale permet d'envisager cette méthode au regard de l'ensemble du panel contraceptif.

La présente étude n'ayant pas vocation à se centrer sur les parcours de vie des professionnel·le·s (mais bien plutôt sur celui des usagères), ces guides ne contiennent pas explicitement de thématique sur la vie personnelle. Le troisième et dernier item abordé concerne cependant le parcours de formation et le parcours professionnel et

⁶⁰ Disponibles en annexes.

semble propice à l'abord du parcours de vie, par exemple, lorsqu'un·e professionnel·le raconte aller travailler dans une autre ville car son·sa conjoint·e y est muté·e, ou lorsqu'il s'agit d'évoquer un engagement militant préalable à l'exercice de la profession.

Auprès de membres du Planning Familial

Le dernier groupe constituant la population sollicitée est composé de deux membres du Planning Familial. Un entretien auprès de chacune d'elles a pu être mené, afin de répondre à un double objectif. Il s'agit, d'une part, d'appréhender l'impact de « la crise de la pilule » à la fois sur les demandes reçues au sein de l'association et sur la perception de la contraception orale par ces deux militantes. D'autre part, cela permet de questionner les différentes formes possibles de transmissions des savoirs portant sur la contraception, au-delà de la médecine conventionnelle. Le guide d'entretien⁶¹ qui leur est destiné est composé de trois parties. La première se centre sur les parcours des militantes, les ayant amenés à s'engager dans l'association. La deuxième partie aborde les enjeux spécifiques à l'antenne du Planning Familial à laquelle chacune d'elles est rattachée (entre autres : les positionnements politiques, le profil des personnes sollicitant l'association, les réseaux collaboratifs avec les professionnel·le·s de santé). La dernière partie est consacrée à la contraception orale (à leurs perceptions de la méthode, au positionnement du Planning Familial suite à la « crise de la pilule »).

III.2 Observations de consultations médicales et gynécologiques

Quatre-vingt-dix-sept des quatre-vingt-dix-huit consultations médicales observées l'ont été auprès de certain·e·s de ces professionnel·le·s, en prêtant attention d'investir la plupart de leurs structures d'exercice, ou du moins d'être en mesure de proposer une comparaison entre les structures publiques et privées. La première observation de consultation (menée aux côtés de Laura, une usagère) était exploratoire et sera davantage explicitée dans le chapitre 6, tout comme les conditions et modalités d'accès à cette partie du terrain. Soixante-huit consultations ont été observées en structures privées (cabinets de ville et clinique) et trente consultations ont pu être observées en structures publiques (hôpital, centres de planification et centres de santé). Bien que cela sera explicité plus en aval de la thèse, cet écart de nombre de

⁶¹ Disponible en annexes.

consultations d'un type de structure à un autre s'explique par le fait qu'elles soient plus courtes et donc plus nombreuses en structures privées.

Aussi, les chiffres mentionnés ne prennent pas en compte les consultations parfois menées par téléphone entre deux consultations, comme ce fut régulièrement le cas en centres de santé. Ne sont évidemment pas comptabilisées non plus les consultations auxquelles la chercheuse n'a pas eu accès, bien qu'un bref échange eut été possible avec les patientes concernées. Ces spécificités ne manqueront pas d'être développées. Enfin, un cours d'une durée de quatre heures portant sur la contraception et destiné à des internes en médecine générale a également pu être observé. En complément des récits de professionnel·le·s en entretiens, il s'agissait d'étudier la formation dispensée aux médecins en matière de contraception, dans la continuité des travaux de Maud Gelly et plus récemment d'Alexandra Roux.

III.2.1 Démultiplier pour assurer l'anonymat

L'ensemble des observations ayant eu lieu sur le territoire toulousain, une démultiplication des structures observées, et donc un changement de « certaines configurations »⁶² du terrain (Zolesio 2012a, p. 15), a parfois été nécessaire pour en préserver l'anonymat. Dans cette même logique, le ratio femmes-hommes par structures ne sera pas forcément renseigné (certaines structures de la ville ne comptant qu'une femme ou un homme selon la profession médicale). À l'image de la profession, la population d'enquête des sages-femmes est largement féminisée. Il convient cependant de mentionner que les hommes constituent environ un cinquième de la population d'enquête des professionnel·le·s de santé. Au moins trois raisons expliquent ce biais. D'abord, du fait de leur identité de genre, les professionnelles (femmes) de santé sont davantage concernées par la question de la contraception. Ensuite, elles sont majoritaires par rapport à leurs collègues hommes dans les réseaux engagés investis, *a fortiori* dans le cadre d'engagements ou d'associations féministes (Cardoso 2019). Enfin, sur le terrain elles sont également plus nombreuses à exercer dans des structures publiques ou accueillant un public précarisé. Au moment de l'enquête, l'ensemble des professionnels (hommes) exercent en structures privées et seul l'un d'entre eux travaille conjointement en structure publique. Pour autant, ce biais genré ne constitue pas nécessairement un obstacle : les entretiens réalisés auprès des usagères renseignent sur les pratiques des hommes médecins et leurs collègues

⁶² Emmanuelle Zolesio emprunte elle-même cette méthode à Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman (2008).

femmes ont de toute façon intégré les valeurs de leurs formateurs hommes (Andro et Desgrées du Loû 2009).

III.2.2 Un terrain d'observations urbain

Les observations étant réalisées sur le territoire toulousain, elles se déroulent en zone urbaine. Ce parti pris se défend au regard d'au moins trois arguments. D'abord, les dix-sept usagères fréquentent des médecins travaillant en structures privées de ville (cabinets ou cliniques). Elles sont donc confrontées à une pratique médicale dominante, représentée en France par une médecine libérale (Aïach et Fassin 1992), qu'il convenait d'interroger prioritairement. De surcroît, la dimension d'analyse comparative proposée dans cette thèse vise d'autres domaines que celui des territoires (rural/urbain). Il s'agit surtout de comparer des pratiques médicales à la fois selon des professions, des structures, des réseaux, des approches médicales, et plus largement des engagements, différent·e·s. Enfin, les pratiques médicales en milieu rural seront en grande partie accessibles grâce aux paroles des professionnel·le·s concerné·e·s recueillis en entretiens. Malgré la singularité de chacun d'entre eux, ces récits déploient le fil d'une histoire collective, les professionnel·le·s concerné·e·s pouvant par exemple appartenir à une même génération et donc être le fruit d'une même époque. Par conséquent, bien que le récit de vie illustre un propos particulier (les pratiques prescriptives de contraception), il s'entend au regard de l'ensemble de l'histoire de la personne (notamment son contexte de naissance, ses études, son travail, ses relations) (Bessin et Levilain 2012).

III.3 De la méthode inductive à l'hypothético-déductive : réajuster les outils méthodologiques

Dans le cadre d'un dispositif de recherche de type qualitatif, divers outils méthodologiques accompagnent le travail de terrain. Ceux-ci sont réajustés au fil de l'enquête : en favorisant une approche inductive dans un premier temps, puis en servant progressivement une méthode hypothético-déductive, au fur et à mesure que des résultats émergeaient. Différents supports ont été nécessaires au recueil des matériaux. Le dictaphone et les journaux de terrain ont sans doute constitué les outils les plus mobilisés en entretiens et en observations. Pour mener à bien les entretiens, des guides d'entretien ont été élaborés selon une trame commune par groupe d'enquêté·e·s. Un guide modèle a respectivement été construit pour les usagères (déjà enquêtées et nouvellement recrutées), les partenaires, les mères, chaque profession

médicale, ainsi que les membres du Planning Familial. Ces guides étaient souvent personnalisés au fur et à mesure des récits (répétés), selon les vécus individuels des usagères et les expériences relatives aux différentes professions. Deux outils étaient systématiquement utilisés en fin d'entretiens auprès des usagères, des mères et des partenaires. Une liste⁶³ des méthodes contraceptives était mobilisée au moment d'aborder les items dédiés aux perceptions de la contraception par les interviewé·e·s. Ce moment est particulièrement propice à l'appréciation des informations dont iels ont connaissance (quelles méthodes connaissent-iels, comment les ont-iels connues, quelle perception ont-iels de leurs fonctionnements). Aussi, une fiche d'informations sociodémographiques⁶⁴ était donnée à remplir, en fin d'entretiens pour ne surtout pas laisser à penser que l'exercice des récits de vie s'apparentait à un questionnaire. De manière facultative, il était demandé d'indiquer notamment la date de naissance, la nature et le niveau d'études, la profession, le statut conjugal, la profession des parent·e·s, le lieu de naissance et le lieu de résidence actuel, les revendications politiques et religieuses ou celles de la famille et le pseudonyme souhaité dans le cadre de cette étude, afin que les interviewé·e·s s'approprient davantage la recherche. Bien que la plupart des informations sociodémographiques étaient recueillies en entretiens, ces fiches présentaient plusieurs avantages. Elles permettaient de compléter des données orales, revêtaient un aspect synthétique pratique pour la chercheuse, permettaient une autre forme d'expression (écrite) pour les enquêté·e·s et favorisaient les questionnements, voire la poursuite des échanges sur des sujets tels que le militantisme ou le positionnement sur l'échiquier politique. En outre, le choix du pseudonyme peut être une donnée supplémentaire, les choix des prénoms traduisant une appartenance à un milieu social et étant donc des données exploitables pour les chercheur·e·s en sciences sociales⁶⁵. Il est cependant possible que les jeunes femmes qui se connaissent entre elles se communiquent ou devinent leurs pseudonymes. Le souci d'anonymisation et de confidentialité concerne de toute façon tou·te·s les chercheur·e·s qui travaillent en milieux d'interconnaissance et est plus réduit si la chercheuse et les interlocutrices sont des alliées (Bensa et Fassin 2008, p. 124). De surcroît, l'anonymisation est trop souvent confondue avec la pseudonymisation. Or, contrairement à l'anonymisation, la pseudonymisation implique la divulgation de données personnelles sensibles rendant la personne identifiée ou identifiable, comme les origines ethniques, les convictions religieuses, la vie sexuelle, les convictions politiques. La pseudonymisation peut ainsi permettre de remonter jusqu'à la personne.

⁶³ Consultable en annexes.

⁶⁴ Consultable en annexes.

⁶⁵ Pour une sociologie des prénoms, voir les travaux de Baptiste Coulmont.

En revanche, l'anonymisation, au sens juridique, est un processus irréversible et ne permet donc pas l'identification d'une personne (Mendoza-Caminade 2018). Si l'objectif est de tendre vers l'anonymisation, c'est davantage la pseudonymisation qui est mise en place, selon les besoins de l'enquête sociologique.

Il n'a pas été question de faire remplir une fiche similaire aux praticien·ne·s de santé. Le statut qu'ils occupent dans leur profession et leur structure d'exercice constitue déjà des données exploitables.

Après une phase favorisant une approche inductive, une grille d'observation⁶⁶ a été réalisée en cours de terrain, afin d'affiner la méthode et d'éviter que le regard de la chercheuse ne soit routinier. Construite afin de permettre un abord chronologique des consultations (l'avant, le pendant et l'après), la grille aborde quatre items : l'organisation spatiale (faire un schéma), l'occupation de l'espace (par les objets et les personnes), les corps et les attitudes, les interactions.

Les entretiens et les observations ne représentent pas des sources de matériaux de terrain exclusives. Divers documents ont également été recueillis. D'abord, des prospectus ont régulièrement été collectés dans les salles d'attente des structures observées ou parce que les professionnel·le·s de santé les fournissaient. Il pouvait tant s'agir de documents officiels (comme des recommandations de la HAS⁶⁷), que de dépliants publicitaires de laboratoires pharmaceutiques (par exemple présentant un nouveau DIU⁶⁸) ou encore de documents élaborés par les structures elles-mêmes (un prospectus du Planning Familial ou annonçant une prochaine réunion dans un centre de santé). Aussi, dans l'optique d'une analyse comparative avec le cours de médecine observé, une enquêtée a accepté de fournir les cours écrits de sa formation de sage-femme. Enfin, durant les entretiens, les usagères illustraient régulièrement leurs propos en mobilisant quelques supports. L'une d'entre elles montrait par exemple un magazine qu'elle identifie comme l'une de ses sources d'informations sur la contraception.

Les documents recueillis sur le terrain pouvaient parfois revêtir la double fonction de matériaux d'enquête et de littérature scientifique. C'est par exemple le cas d'un ouvrage sur la contraception prêté par une gynécologue et qui constitue une référence en la matière dans le champ de la médecine. D'autres matériaux ont plus clairement constitué des ressources non académiques. Ce travail de recherche a nécessité une importante veille médiatique, particulièrement pour appréhender le

⁶⁶ Consultable en annexes.

⁶⁷ Haute autorité de santé.

⁶⁸ Dispositif intra-utérin.

scandale dont la contraception orale a fait l'objet. La presse en ligne, les chaînes de radio et les journaux télévisés constituent ce type de ressources. Les archives audio et vidéo de l'INA⁶⁹ ont été consultées, afin d'espérer rendre compte de l'évolution de la perception de la contraception à sa diffusion et à l'heure de « la crise de la pilule ». Les informations présentées par ces matériaux ne sont évidemment pas appréhendées au même titre que celles contenues dans des articles et ouvrages sociologiques. Il ne s'agit pas de les considérer comme des sources scientifiques, elles invitent plutôt à nourrir la réflexion. À ce titre, ce type de références ne sera pas cité de la même manière que ne le sont les références bibliographiques, sous la forme (auteur·e date) dans le corps de texte. Elles seront indiquées en notes de bas de page et répertoriées dans la liste des références finales présentées en fin de thèse. Les références académiques (communications, articles, ouvrages), quant à elles, sont générées directement dans le corps de texte à partir du logiciel Zotero. Proposant des modèles de citations anglo-saxons, les successions de références se distinguent par l'emploi du point-virgule - par exemple (auteur·e 1 date; auteur·e 2 date) - dépourvu d'espace (contrairement à son application francophone) entre cette ponctuation et l'auteur·e cité·e en amont. Afin d'être la plus précise possible, les numéros de page ne sont pas exclusivement mentionnés lors de citations, mais peuvent apparaître également à la suite d'un passage dépourvu de guillemets : il semble en effet plus rigoureux de mentionner la page d'une référence, surtout lorsque l'idée empruntée n'est pas centrale dans une publication, pour pouvoir y retourner plus aisément.

III.4 L'analyse par codifications thématiques et études de cas

La principale méthode d'analyse des entretiens et des observations a constitué en des codifications thématiques, nécessitant, d'une part, d'analyser tous les matériaux de terrain dans leur globalité et, d'autre part, de croiser l'ensemble de ces analyses (Bajos et al. 2013, p. 20). Cette méthode s'est révélée particulièrement efficace pour mettre au jour les perceptions de chaque moyen de contraception, peu étudiées jusqu'ici (Rouzaud-Cornabas 2019, p. 468), par les différents groupes interviewé·e·s : par les jeunes femmes usagères, leurs mères, et leurs partenaires dans le chapitre 9 et par les professionnel·le·s de santé dans le chapitre 10. Les entretiens et récits de vie menés auprès des usagères ont été répétés selon les principes d'une étude longitudinale, afin de *tendre vers* une monographie (particulièrement dans le chapitre 5) des usages de contraception orale : s'informer sur, se faire prescrire, acheter,

⁶⁹ Institut national de l'audiovisuel.

ingérer, et ranger la contraception orale. De cette manière, l'étude de ces usages rendra compte de la poursuite de la « carrière »⁷⁰ de ce produit médicamenteux, à la suite de sa production et de sa circulation (*Ibid.*, p. 40). Afin de rendre compte au mieux des mécanismes qui font système (médical, de genre), les récits recueillis seront croisés les uns avec les autres (plutôt que de proposer des portraits par exemple), sans pour autant nier les spécificités de chaque parcours. Les entretiens ont préalablement été retranscrits, au fur et à mesure de leur réalisation. La transcription, correspondant à la mise en écrit du contenu d'un autre format (audio par exemple), a précédé la **retranscription**. Celle-ci renvoie à une méthode utilisée en sciences sociales impliquant de retravailler la transcription⁷¹, par exemple *via* l'ajout de précisions dans le journal de terrain en complément de l'enregistrement par dictaphone. Dans le cadre de l'analyse des observations, lorsque cela était pertinent, la méthode des études de cas a également été mobilisée : l'étude de cas d'un cours sur la contraception destiné à des internes en médecine générale dans le chapitre 4, d'une consultation gynécologique empreinte de diverses formes de violences médicales et gynécologiques dans le chapitre 7. Aussi, en empruntant aux techniques de l'ethnographie, les observations ont permis d'élaborer une « écologie des locaux » (Jarty et Fournier 2019, p. 12) ou écologie des lieux (Barrès 2012) de consultations, afin de tenir compte de l'influence de la matérialité des salles de consultations sur le déroulement de celles-ci.

Outre les codifications thématiques et les études de cas, les schémas représentent également un outil d'analyse efficace. À l'image de « l'écriture filmique » (Prévoist 2019) plutôt qu'exclusivement « textuelle », ils donnent à visualiser des résultats tout en proposant une forme alternative, et néanmoins complémentaire et légitime, d'écriture. Ils seront régulièrement mobilisés dans la thèse, à la fois pour nourrir le fond du propos et pour favoriser une dynamique d'écriture et donc de lecture.

IV. CONFRONTER LES EXPÉRIENCES DES GROUPES D'ENQUÊTÉ·E·S ET DÉPASSER LE « TABOU MÉTHODOLOGIQUE »

Les apports visés par cette thèse concernent tant la composition de la population d'enquête que le comble de certains vides empiriques. En France, peu

⁷⁰ « S'intéresser à la carrière d'un produit médicamenteux nécessite de s'intéresser aux représentations, à la définition du problème qu'il contient et qu'il matérialise au travers des acteur·rice·s qui vont en influencer la production (industries), la régulation (autorités sanitaires) et la circulation (professionnel·le·s de santé, médias, militant·e·s) » (Rouzaud-Cornabas 2019, p. 40).

⁷¹ Merci à Samuel Challéat pour nos échanges autour de ces précisions sémantiques.

d'études qualitatives sur la contraception impliquent directement les usagères et leurs parcours. Les grandes enquêtes (CoCon et FECOND) exploitent essentiellement des données quantitatives. Les travaux les plus récents sur la contraception orale proposant une approche qualitative se focalisent surtout sur les expert·e·s dans le domaine (Roux 2020; Rouzaud-Cornabas 2017). En recrutant parallèlement des usagères et des praticien·ne·s, qui plus est issu·e·s de différentes professions et structures, ce travail propose de confronter des expériences de vécus. Aussi, l'accès au premier rendez-vous gynécologique des femmes, ici *via* les récits de vie, reste une donnée encore peu investie (Amsellem-Mainguy 2007; Guyard 2010a). Les usagères sollicitées étant jeunes, en entretiens il leur était plutôt aisé de se rappeler et de raconter leur premier rendez-vous gynécologique (souvent motivé par une première prise de pilule). En outre, les hommes sont plutôt absents des enquêtes portant sur la santé sexuelle et reproductive (Belgherbi et La Rochebrochard 2018). Hormis dans le cadre de travaux portant sur la contraception dite masculine (Desjeux 2009a; Thomé 2019), l'implication des hommes dans la contraception, *a fortiori* dite féminine, reste également peu étudiée. De manière générale, dans le domaine de la contraception, les données concernant les hommes sont minoritairement recueillies (Desjeux 2009a; Le Guen et al. 2015; Thomé 2019). Cela n'est pas à comprendre comme une inégalité envers ces derniers. En effet, les femmes sont particularisées dans ce domaine (Membrado 2006) et restent davantage invisibilisées du côté du *care*, au contraire des hommes. Les hommes étant usagers du seul moyen de contraception prophylactique (le préservatif), leurs comportements préventifs sont notamment étudiés en contexte de VIH⁷²-Sida dans les années 1980 (Bajos et Bozon 2008). Ce constat semble valable à l'international, y compris dans les études quantitatives. Une enquête menée en Uruguay « incorpora información sobre fecundidad de los varones, que hasta el momento ha sido muy poco estudiad⁷³ » (Instituto Nacional de Estadística et al. 2017, p. 10). Plus spécifiquement, la critique de la non médicalisation de la contraception dite masculine reste peu répandue (Héritier 2004). De même, aborder « la crise de la pilule » au prisme des générations, ici en sollicitant les usagères et leurs mères, constituerait un autre apport⁷⁴. Enfin, investir un terrain toulousain permet de décentraliser le regard, traditionnellement parisiano-centré (Zeller 2020).

⁷² Virus de l'immunodéficience humaine.

⁷³ L'on pourrait traduire par : « intègre des informations sur la fertilité masculine, qui jusqu'à présent ont été très peu étudiées ».

⁷⁴ Comme le soulignait Alexandra Roux durant sa soutenance de thèse, le 16 juin 2020.

En qualifiant la sexualité de « tabou méthodologique », Isabelle Clair se demande : « Comment des émotions et des actes aussi importants dans la vie ordinaire peuvent-ils être évincés de la vie des sociologues, comme s'ils étaient sans conséquence sur la compréhension de l'enquête telle qu'elle s'est réellement passée et sur le cadre dans lequel son analyse s'est développée ? » (Clair 2016a, p. 63). La deuxième ambition de cette thèse est alors de combler certains vides empiriques ayant particulièrement trait à la sexualité. Considérer les effets des usages contraceptifs sur les « scripts sexuels » (Bozon et Giami 1999; Thomé 2019) permet notamment de sortir du domaine « para-sexuel » (Chaperon 2001, p. 7) et ainsi de prendre directement en compte les pratiques sexuelles. Afin d'en questionner son usage contraceptif, la contraception orale est ici étudiée auprès de personnes ayant des pratiques hétérosexuelles. Les recherches sur la sexualité évoquent peu les rapports sexuels et les pratiques sexuelles. Or, pour la chercheuse, décrire explicitement les pratiques sexuelles (Bozon 1995, p. 39 et 45) c'est s'en tenir à la réalité et, par conséquent, se prémunir des caricatures (présentes dans la pornographie par exemple) et de tout idéalisme. La sexualité étant un « élément ordinaire des relations sociales et donc un enjeu inévitable des relations d'enquête » (Clair 2016a, p. 46), l'aborder favorise l'exercice de la réflexivité. La manière dont la chercheuse a travaillé et a pris place (alternativement de manière contrainte et grâce à des stratégies de résistance) au sein d'une certaine norme médicale (masculine) sera tout autant étudiée que les données issues de cette investigation. La méthodologie et la réflexivité ne seront en aucun cas traitées comme annexes aux résultats, mais doivent, au contraire, être comprises comme inhérentes à ceux-ci.

Plus largement, les résultats de ce travail peuvent revêtir une certaine utilité pour la société dite civile. L'identification de mécanismes freinant l'émancipation des femmes (contraceptées) amènent à de possibles recommandations applicables au sein du système de santé actuel.

V. PLAN DE LA THÈSE

La thèse est structurée en trois grandes parties et en onze chapitres, destinée à répondre à la problématisation selon une gradation de l'analyse. Les deux dernières parties ont une dimension plus empirique que la première partie qui, elle, se veut plus théorique. Un avant-propos et une introduction générale précèdent aux onze chapitres. Une conclusion générale clôture, quant à elle, le développement. Chaque chapitre est structuré par une introduction et une conclusion. Il en va de même pour

les trois grandes parties du manuscrit, à l'exception de la première partie (dépourvue d'introduction) qui suit immédiatement l'introduction générale. La thèse se compose, par ailleurs, d'un sommaire, d'une liste des abréviations, d'une bibliographie organisée, d'une liste des tableaux, d'une liste des figures et d'annexes. Si l'avant-propos était destiné à poser le contexte de l'enquête et des conditions dans lesquelles s'est déroulé le doctorat, la présente introduction vise à présenter le manuscrit et son organisation.

La première partie de la thèse, intitulée « Une pilule émancipatrice ? Mettre l'évidence en crise » est composée des trois premiers chapitres. Il s'agit de compléter l'état de l'art amorcé dans cette introduction générale, de définir les notions principales, de se situer plus précisément dans les champs théoriques et, comme le suggère le titre de la partie, de présenter la problématique de la thèse en remettant diverses évidences en question. Si les matériaux de terrain y sont mobilisés dans une moindre mesure par rapport aux deux autres parties, des premiers résultats y sont tout de même présentés.

Le chapitre 1 explicite les systèmes dans lesquels l'objet de recherche doit être compris. Il propose une analyse de l'imbrication des systèmes genre, de biopolitiques et néolibéral. Des premiers matériaux y sont mobilisés au regard de l'impact des hormones, et des normes et valeurs qu'elles véhiculent, sur les corps des femmes interviewées.

Le chapitre 2 présente l'actualité du panel contraceptif disponible en France, au regard des politiques publiques à l'œuvre à l'international en matière de régulation de la fécondité. En minimisant un regard eurocentré (sur les pays d'Europe de l'ouest et en développant un argumentaire autour des pratiques contraceptives en Europe de l'Est), l'objectif est de montrer que le contexte local est questionnable au regard de ses spécificités, par rapport à une échelle plus internationale. Le chapitre propose également une manière inclusive de définir et d'aborder les différentes méthodes contraceptives, traditionnellement pensées en termes d'usages binaires.

Le chapitre 3 est dédié à « la crise » de la contraception orale. Au regard de ce contexte, l'apport de ce chapitre consiste en la distinction des appellations « pilule(s) » au singulier et au pluriel en montrant toute la pertinence de la deuxième formule, encore peu répandue. Il interroge les notions de « controverse », « scandale », « crise » et leurs conséquences à la fois dans la société dite civile et la recherche : les études sur la pilule en sociologie et en démographie s'étant développées surtout depuis ledit scandale.

La deuxième partie, intitulée « De la formation médicale à l'accès au soin et au terrain : contrôles et résistances dans la carrière de la contraception orale », se compose des chapitres 4 à 7. Elle mêle résultats, méthodologie et dimension réflexive.

Cette articulation vise à se détacher d'un plan trop binaire proposant généralement de traiter la méthodologie séparément des résultats. Dans le cas de cette enquête, cette distinction semblait peu pertinente en ce que les réajustements méthodologiques et réflexifs représentent des résultats à part entière.

Le chapitre 4 est centré sur la place de la contraception (orale) dans la formation médicale. Il montre que l'autorité médicale et les logiques de hiérarchisation des différentes méthodes contraceptives résultent d'un apprentissage. Aborder la formation médicale en début de deuxième partie permet de contextualiser les prescriptions et usages de contraception orale analysé·e·s par la suite.

Le chapitre 5 développe l'analyse des parcours contraceptifs et biographiques des dix-sept usagères. Après avoir présenté le profil sociodémographique des jeunes femmes, les résultats mettront au jour des parcours contraceptifs normés et tendront à être présentés selon une appréhension monographique des usages.

Le chapitre 6 est consacré aux professionnel·le·s et aux structures de santé. Il mêle méthodologie et résultats. Les modalités d'accès aux praticien·ne·s et aux lieux d'observation, qui renseignent sur les pratiques médicales étudiées, y sont davantage détaillées. La dernière partie interroge le protocole des consultations gynécologiques et la place qu'y prennent les prescriptions et renouvellements de contraception orale, selon les structures médicales investiguées.

Le chapitre 7 est sans doute le chapitre qui illustre le plus l'imbrication entre la méthodologie, la réflexivité (à la fois de la chercheure et des enquêté·e·s) et les résultats. D'une part, il interroge la place de la chercheure en observations de consultations, notamment empreintes de violences médicales et gynécologiques. D'autre part, il met au jour les liens constatés entre ces violences et la réflexivité des professionnel·le·s sur leur exercice, y compris au moment de penser la place de la chercheure sur leur lieu de travail.

La troisième partie, intitulée « Effets de "la crise" ? (Re)configurations des interactions et des pratiques (inter)individuelles », est composée des chapitres 8 à 11. Cette dernière partie présente les ultimes résultats de l'enquête.

Le chapitre 8 expose l'implication des mères des usagères dans leurs parcours contraceptifs. Le premier rendez-vous gynécologique est présenté comme un rite de passage initié par les mères, et les rôles sexués (des parent·e·s et des enfants) en matière d'éducation à la contraception sont questionnés. Enfin, l'appréhension de « la crise de la pilule » se fait au prisme des générations et au regard de l'héritage de la deuxième vague féministe.

Le chapitre 9 interroge à la fois l'implication des partenaires dans la gestion contraceptive et la perception des usages contraceptifs genrés (par les jeunes femmes

et leur entourage). Après avoir explicité les modalités d'accès aux partenaires, les formes d'implication sont développées. Une dernière partie est consacrée à la perception des différents moyens de contraception (par ces deux groupes d'interviewé·e·s).

Le chapitre 10 favorise encore davantage l'imbrication des expériences de l'ensemble des enquêté·e·s. Une première partie permet de contextualiser les manifestations de méfiance à l'égard de la pilule dans une dynamique plus large de défiance des dérives de la médicalisation en général, à l'œuvre depuis le début des années 2010. Par la suite, le chapitre traite des (re)configurations des pratiques individuelles, à la fois contraceptives (du côté des usagères et dans une moindre mesure de leur entourage) et médicales (par exemple en questionnant les reconfigurations de rapports de pouvoir entre les professions), suite à « la crise de la pilule ».

Le chapitre 11 invite à poursuivre la réflexion autour des pratiques individuelles, toujours contraceptives et médicales, à l'ère du néolibéralisme et fait donc en partie écho au premier chapitre à travers une approche davantage empirique. Il propose une typologie finale des pratiques de soin selon les approches politiques des professionnel·le·s, plus ou moins enclines à favoriser un choix contraceptif libre et éclairé.

1^{ÈRE} PARTIE -

UNE PILULE ÉMANCIPATRICE ? METTRE L'ÉVIDENCE EN CRISE

CHAPITRE 1 – LA PILULE À LA JONCTION DU SYSTÈME DE GENRE ET DES LOGIQUES BIOPOLITIQUES

Interroger l'impact des normes de genre relatives aux prescriptions et aux usages de pilule contraceptive nécessite de s'intéresser à la matérialité de ces normes, en l'occurrence ici à la matérialité de l'objet pilule (Sanabria 2009). En effet, par son fonctionnement hormonal, la pilule joue un rôle significatif dans la « sexualisation » (Löwy 2006, p. 121-125) des corps qui implique une « valorisation du fonctionnement proprement sexuel » et « qui actualise l'identité sexuée » (Ruault 2015, p. 37). À travers la synthétisation et la médicalisation d'hormones destinées aux minorités de genre et aux femmes cisgenre, la médecine a joué un rôle historique dans l'assise et la reproduction des normes de genre. Selon Paul B. Preciado, la psychologie, la sexologie ainsi que l'endocrinologie ont transformé la féminité en molécules commercialisables (Preciado 2010, p. 256) et sont d'importants supports de l'hétéronormativité (Giami 2016). Les pouvoirs publics régulent la mise en œuvre de ces traitements hormonaux et de ces moyens de gestion de la fécondité (Sanseigne 2019), matérialisant différents systèmes de domination et leur imbrication en les inscrivant directement dans les corps (Dorlin 2009).

En situant le contexte au sein duquel ce travail de thèse s'appréhende et selon la question de départ (axée sur les motivations de prescriptions de pilule), l'objectif de ce premier chapitre est de questionner les logiques (qui pour la plupart se révèlent exemptes de finalité émancipatrice) à l'origine de la conception et de la diffusion de la pilule. Une première partie questionnera l'imbrication du système de genre et de l'institution médicale qui se légitiment mutuellement. En effet, l'assise de l'institution médicale, et notamment de la gynécologie et de l'endocrinologie, a impliqué une particularisation inégale des corps. Dans une démarche intersectionnelle (Crenshaw et Bonis 2005; Jaunait et Chauvin 2012), il s'agira de souligner les catégorisations opérées par la médecine sur les femmes selon leur classe sociale et leur race - au sens de racialisation (Kebabza 2006). La médicalisation des hormones a été opérée selon une logique de genre binaire ayant contribué à la conception de la pilule. Si ce premier chapitre permet de présenter un ancrage théorique, notamment dans une perspective féministe et foucauldienne, certains matériaux de terrain sont d'ores et déjà mobilisés afin d'illustrer l'impact de la sexualisation des corps en question. Des extraits d'entretiens des jeunes femmes usagères suivies, de l'une de leurs mères ainsi que des

professionnel·le·s de santé montreront l'impact des œstrogènes contenus dans certaines pilules sur les corps des principales concernées et les perceptions esthétiques occidentalocentrées à l'égard de ceux-ci.

Dans une deuxième partie, il s'agira de questionner les motivations à la mise en œuvre des moyens de régulation de la fécondité par les pouvoirs publics. Bien que dans les années 1960-1970 les luttes de la deuxième vague féministe pour la réappropriation par les femmes de leurs corps aient joué un rôle majeur dans la diffusion des moyens de régulation de la fécondité (Bereni et al. 2012; Clair 2012; Hirata et al. 2004; Pavard 2012a), elles sont invisibilisées au profit d'autres enjeux. Les motivations contemporaines du contrôle des naissances sont aussi diverses que les actrices et acteurs impliqué·e·s (Grino 2014, p. 4) et dépendent de leurs intérêts, souvent moins féministes qu'économiques. Aussi, parler de moyens de régulation de la fécondité permet de penser l'imbrication des enjeux relatifs à la contraception et l'IVG. Revenir sur la diffusion et la démocratisation de l'accès à la contraception permet également de situer le rôle des CDPEF qui font partie des structures observées. Des matériaux de terrain seront également mobilisés ici dans le but d'interroger la perception de ces structures à la fois par les usagères (selon leurs situations familiales) et les gynécologues (selon leurs structures d'exercice).

Si la thèse entend exposer les motivations aux usages et aux prescriptions de pilule en temps de « crise » de celle-ci, ce premier chapitre revient sur les motivations ayant précédé ce contexte et notamment sur celles mobilisées au moment de la diffusion de la contraception.

1.1 À la genèse de la pilule : médicalisation des corps des femmes et biopolitique des hormones

« L'histoire de la fabrique moléculaire du genre est donc celle d'une reconfiguration des identités corporelles qui précède de plusieurs dizaines d'années l'invention de la pilule » (Gaudillère 2003, p. 58)

1.1.1 Médicalisation des corps des femmes, incorporation des systèmes de domination

Corps « féminins », corps pathologisés

Jusqu'à la Renaissance, bien que les recherches en biologie se heurtaient à une vision binaire de *continuum* entre les sexes, seuls les organes génitaux étaient sexualisés (Löwy 2006, p. 121-125). Entre le XVIII^{ème} et le XIX^{ème} siècle, la zoologie

et l'anatomie comparative élargissent la sexualisation des corps à celle du squelette, du sang et du cerveau (Löwy 2006). Différentes disciplines opèrent une bicatégorisation des sexes, selon le sexe humoral (le tempérament, l'anatomie des appareils génitaux), les gonades (testicules ou ovaires), les hormones (testostérones ou œstrogènes) et le sexe chromosomique (XY ou XX). Les sciences s'emploient donc à opposer le sexe « masculin » et le sexe « féminin » (Laqueur 1992). Or, ces critères permettent trop de nuances et de combinaisons possibles pour ne se limiter qu'à deux sexes (Dorlin 2008). Encore aujourd'hui par exemple, « les usages que les transsexuels brésiliens font des hormones suggèrent que nous ne serions pas complètement dans le modèle "two-sex" » (Sanabria 2013, p. 102). L'usage des hormones trouble « la version binaire du sexe, révélant combien ce sont les pratiques régulatrices et légales qui réinscrivent le sexe binaire comme normatif » (*Ibid.*, p. 101). Cela signifie donc que l'agentivité des usagè·e·s peut permettre de contourner ces logiques, notamment par les détournements d'usage⁷⁵. Pourtant, dès le XVII^{ème} siècle, « moralistes, théologiens, philosophes, médecins et courtisans s'empoignent pour déterminer le tempérament qui caractérise chaque sexe, [...] le "naturel" qui les différencie » (Dorlin 2009, p. 19) permettant ainsi « d'inscrire au plus profond de la chair des corps un rapport de pouvoir » (*Ibid.*, p. 22). En effet, la médecine humorale (médecine du XVI^{ème} siècle des tempéraments et des humeurs), définit la maladie comme l'excès ou le défaut d'une humeur et comme étant l'état constant des femmes. Uniformisées et pathologisées, elles sont donc exclues de la santé (Dorlin 2009). En attribuant tous les problèmes de santé des femmes au « dysfonctionnement » de leur système reproductif⁷⁶ (Dorlin 2008), l'émergence de la gynécologie est favorisée. Née au début du XX^{ème} siècle, elle commence à s'institutionnaliser dans les années 1930 (Koechlin 2021) jusqu'à la création en 1955 du certificat d'études spéciales (Ruault 2015, p. 35). La spécialité se démocratise dans les années 1960 parallèlement à la diffusion de la pilule. Selon les spécialités médicales dédiées aux différents organes, la médecine a ainsi morcelé les corps, et particulièrement ceux des femmes en attribuant le nom des hommes aux parties du corps qu'ils auraient « découvert ». Par exemple, les trompes de Fallope font référence à Gabriel Fallope (anatomiste italien des années 1550) (McLaren, Morel et Rosenthal 1996, p. 232) et le point G tient quant à lui son appellation d'Ernst Gräfenberg (médecin allemand des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles). Aussi, un langage architectural, témoignant de l'investissement des corps des femmes par les scientifiques, a été développé pour désigner les parties génitales dites

⁷⁵ Ce point sera abordé dans le chapitre 5.

⁷⁶ Par exemple, le corps des femmes est perçu comme un corps qui coule et donc comme un corps incontrôlable y compris par les femmes elles-mêmes (Dorlin 2009).

féminines, telle que la dénomination « paroi utérine » (*Ibid.*, p. 360). Parallèlement à la gynécologie, c'est plus largement une industrie de « l'hygiène féminine » qui se développe et devient particulièrement lucrative en rapportant « plus de 250 millions de dollars par an aux États-Unis, dans les années 1930 » (*Ibid.*, p. 355). En miroir, aucun produit d'hygiène intime masculine n'est recommandé. Les corps des femmes sont donc spécifiquement appréhendés comme étant sales et pathologiques. D'ailleurs, à cette même période, le développement des produits dits d'hygiène et de divers moyens contraceptifs se confondront : « [c]ertains liquides, dont les fabricants assuraient qu'ils protégeaient "le bonheur conjugal", contenaient peut-être quelques agents spermicides, mais n'étaient souvent rien de plus que des déodorants vaginaux » (*Ibid.*).

La figure de l'homme (blanc) comme référence

La médecine du XIX^{ème} siècle identifie la figure de l'homme (blanc) comme norme corporelle (Löwy 2005). La théorie (antique) de Galien sur l'isomorphisme des organes considère les femmes comme étant imparfaites. Les organes génitaux « masculins » étant externes, les femmes seraient des êtres inaboutis (Dorlin 2009) : « Les ovaires sont considérées comme des testicules intériorisés et le vagin comme un pénis inversé qui sert de réceptacle au sexe masculin » (Preciado 2010, p. 249). L'urologie et l'andrologie se développeront donc plus tardivement et dans une moindre mesure. C'est en considérant des maux soi-disant spécifiques aux femmes que se développe une « médecine des femmes » (Löwy 2006, p. 127). « Il y a bien des traités sur des maladies spécifiques touchant les hommes, la goutte par exemple, mais jamais le corps masculin ou la masculinité n'ont été considéré[·e]s en e[ll]eux-mêmes comme un facteur pathogène nécessitant un soin particulier » (Dorlin 2009, p. 33). Par conséquent, les hommes sont « moins enclins à consulter à ce sujet » (Löwy 2006, p. 128). Encore aujourd'hui, dans le cas d'un renouvellement d'ordonnance de Viagra par exemple, 80 % des hommes se rendent chez un·e généraliste plutôt que chez un·e spécialiste (Bajos et Bozon 1999, p. 35). Les comprimés développés pour les femmes permettent de gérer la fertilité (la pilule) tandis que ceux développés pour les hommes (le Viagra) renvoient à une « vision mécaniste » du sexe masculin (*Ibid.*). Le développement du Viagra témoigne d'une « norme érectocentrique » et « centre encore plus l'acte sur la pénétration » (*Ibid.*, p. 36). La médecine rythme ainsi l'acte sexuel selon les capacités physiologiques des hommes (le début du rapport sexuel est marqué par l'érection et la fin par l'éjaculation). Androcentriques, les normes corporelles et esthétiques se couplent également à des logiques de « racialisation » (Kebabza 2006).

Origines coloniales de la contraception

Si les femmes sont ainsi pathologisées, elles le sont différemment selon qu'elles soient blanches ou racisées. Toutes n'ont pas un accès égal à la procréation et se heurtent en ce sens à différentes injonctions. Par exemple, les politiques eugénistes⁷⁷ étatsuniennes des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles opprressaient les femmes noires par la stérilisation contrainte tandis que les femmes blanches qui faisaient face à des GNP⁷⁸ devaient avorter clandestinement. De même, dès le début du XX^{ème} siècle, en Europe, les femmes Roms étaient confrontées à des stérilisations contraintes (Kóczé 2011). Ces logiques eugénistes et racistes se retrouvent dans les années 1970 au moment de la diffusion de la contraception médicalisée. Des tests contraints de contraceptifs (implants, injections hormonales) ont en effet été effectués sur des femmes dans les pays « appauvris » « avant leur admission dans les pays enrichis » (Grino 2014, p. 10). Le DIU, dont l'efficacité est indépendante des usagères, a été imposé aux pays dits du « Sud ». Ce dispositif fut créé dans les années 1960 par des néomalthusiens étasuniens issus des élites occidentales qui postulaient que les femmes pauvres du Sud n'étaient pas assez éduquées ou motivées pour prévenir les grossesses en prenant la pilule contraceptive (Dugdale 2000 citée par Takeshita 2015, p. 111). À ce titre, « la politique chinoise de contrôle de la natalité privilégiait les stérilets en forme d'anneaux et sans fil parce qu'ils étaient plus difficiles à retirer » (*Ibid.*, p. 120). Les premières pilules furent quant à elles créées « dans le cadre d'une recherche expérimentale pour l'aide à la procréation de familles blanches catholiques stériles » (Preciado 2010, p. 251). Aux États-Unis, suite aux études sur des petits groupes de femmes en clinique et en hôpital, des essais à grandes échelles furent ensuite entrepris en Haïti et à Puerto Rico (Watkins 2016). L'action de la première pilule contraceptive fut « étudiée dans l'île de Puerto Rico, sur des corps de femmes de la population noire locale ». Les objectifs premiers étaient de purifier la race, de séparer les sexes et de contrôler les identités de genre (Preciado 2010, p. 251-252). Gregory Pincus, concepteur de la pilule contraceptive, avait commencé sa recherche dans le but d'employer les hormones pour « soigner » la stérilité (McLaren, Morel et Rosenthal 1996, p. 387). Cet argument allait même faire l'apanage d'anciens adversaires de la contraception qui y trouvaient finalement un avantage dans un usage à but eugéniste : « [c]ertains catholiques déclarèrent que sa fonction principale [de la pilule] était de réguler le cycle

⁷⁷ L'eugénisme consiste en « l'étude des manières d'améliorer la "qualité" de la population nationale [et se fonde] sur le postulat d'une transmission héréditaire tant des caractéristiques physiques et mentales "supérieures" que des qualités "défectueuses" des citoyens » (Mottier 2012a, p. 33).

⁷⁸ Grossesse non prévue.

d'ovulation et que le contrôle des naissances n'était qu'une conséquence indirecte » (*Ibid.*, p. 408). Par crainte de la surpopulation, John Rock (gynécologue obstétricien issu de Harvard), catholique et ancien adversaire de la contraception, ira même jusqu'à déclarer que la pilule est un contraceptif « naturel » (*Ibid.*, p. 359).

Le traitement inégal des populations selon leur identité de genre et leur race s'observe y compris au sein d'un même pays, par la désignation d'un « un "autre intérieur" à la nation » (Mottier 2012a, p. 43). Les populations blanches occidentales ou urbaines sont davantage encouragées à procréer que certaines populations dites indigènes, considérées comme un frein au développement d'un pays (Garcia 2015). En France, dans les années 1970, des médecins blancs réalisaient des avortements et des stérilisations sur des femmes noires sans leur consentement (Guay 2018; Paris 2020). Au même moment, une politique nataliste impliquant une diabolisation de l'avortement est menée dans l'hexagone (« "positive" eugenics » (Mottier 2012b, p. 147)) tandis qu'une politique anti nataliste (« "negative" eugenics ») est à l'œuvre en Outre-mer.

Par conséquent, la santé ne doit donc pas être comprise seulement comme un état physiologique fluctuant, mais aussi comme un résultat d'une domination dans le cadre d'un rapport de pouvoir (Dorlin 2009, p. 26) à caractère intersectionnel. À travers la gestion du ventre des femmes par le colonialisme et le capitalisme racial⁷⁹ (Vergès 2017), une analogie est faite entre les utérus à contrôler et les territoires à conquérir. Les corps des femmes sont à la fois perçus comme pathologiques, scientifiquement non glorieux⁸⁰, mais également utiles. La médecine va alors se donner pour mission de les maîtriser.

1.1.2 Médicalisation de la procréation, facteur de légitimation d'une médecine dominante

Appropriation des corps et des savoirs des femmes par une médecine dominante

La conquête de la maîtrise médicale des corps des femmes, et notamment de leur fonction reproductive, va contribuer à l'assise d'une médecine dominante. Durant la première partie du XVII^{ème} siècle, les pratiques contraceptives ou abortives apparaissent officiellement comme des moyens d'échapper aux souffrances causées

⁷⁹ Défini par l'auteure comme le fait de tirer profit d'une identité racialisée.

⁸⁰ L'invention du stéthoscope au XIX^{ème} siècle permettra par exemple aux médecins de ne pas être en contact avec les corps des femmes. Avec cet instrument les professionnels n'ont pas à coller leur oreille à la poitrine d'une femme pour écouter son cœur et peuvent ainsi se distancier de ce qui est considéré comme étant sale (Foucault 1963, p. 167).

par la grossesse et la maternité. « La grossesse, l'accouchement et les premiers mois suivant la naissance sont clairement considéré[·e·]s comme des maladies mortelles, vis-à-vis desquelles les techniques d'infécondité volontaire sont plus ou moins ouvertement considérées comme des remèdes par les médecins eux-mêmes » (Dorlin 2009, p. 112). Par exemple, « On évalue à deux-cents le nombre de méthodes contraceptives ou abortives, médicinales ou mécaniques, utilisées par les femmes à l'âge classique », parmi lesquelles : l'infanticide, les aliments aux vertus stérilisantes, des sortes de spermicides ou le coït interrompu (*Ibid.*, p. 143) ; dont les matrones, les sorcières et les sages-femmes détenaient les connaissances. Bien que des hommes disposaient de ces savoirs, la transmission se faisait entre femmes et ce lieu de savoirs « féminins » dérangeait. Criminalisées, les sorcières furent brûlées pour laisser le pouvoir à une médecine officielle, allopathique, dite moderne ; où les femmes ont une place subalterne⁸¹ (Nissim 2015). « La stigmatisation des sages-femmes [comme sorcières] est déterminante pour comprendre le processus de professionnalisation de la gynécologie et de l'obstétrique, et, plus fondamentalement, les modalités d'instauration d'un véritable dispositif de contrôle des corps féminins aux XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles » (Dorlin 2009, p. 138). « Il faut donc penser la relation conflictuelle entre sages-femmes et médecins [...] comme un processus d'inversion des positions respectives de savoir et de pouvoir vis-à-vis des corps des femmes » (*Ibid.*, p. 153). L'appropriation des savoirs par une médecine dominante est un des facteurs à l'origine de la hiérarchisation des statuts au sein d'une même profession de santé mais également entre différentes professions et approches médicales. Par exemple, encore aujourd'hui, la naturopathie lutte avec les industries pharmaceutiques qui s'approprient les principes actifs⁸².

Assise de la médecine officielle en contexte (néo)libéral : catégoriser les malades, marchandiser la santé

Jusqu'au XVIII^{ème} siècle, la sexualité était surtout encadrée par l'Église et à la fin de ce même siècle la médecine faisait moins autorité sur la santé que sur la moralité (Bereni et al. 2012, p. 63). « L'acte condamnable (*badness*) et devenu maladie (*sickness*) » (Adam, Herzlich et de Singly 2007, p. 37-38). L'on parle désormais moins de mauvaise sexualité que de sexualité à soigner et donc de corps à gouverner. Déterminer le normal permet de déterminer en miroir le déviant et le pathologique justifiant la possibilité d'intervention médicale, notamment hormonale, sur les corps (Piccand 2015).

⁸¹ Par contraste avec la médecine non allopathique.

⁸² (« France culture » 2013)

Avec l'institutionnalisation de la clinique, les savoirs médicaux sont désormais centralisés, accaparés par les médecins. À travers l'observation des malades, souvent pauvres, en hôpitaux (Foucault 1963, p. 55 et 86), la médecine devient « compatible avec les principes du libéralisme et la nécessité de la protection sociale, entendue d'une façon ambiguë comme la protection de la pauvreté par la richesse [au sein des hôpitaux], et la protection des riches contre les pauvres [*via* l'évitement de la contagion par le confinement des malades] » (*Ibid.*, p. 83). En France comme aux États-Unis, la profession médicale (et son avènement masculin) renforce une catégorisation des patientes construite sur la base d'inégalités sociales, opposant les femmes « fragiles », « hystériques » des classes supérieures, aux femmes « contagieuses » des classes ouvrières (Ehrenreich et English 2016). En s'intéressant conjointement à « la santé de la nation » *via* le contrôle de la population (Foucault 1963, p. 37), les intérêts du pouvoir politique et de l'institution médicale convergent (Hardt 2004). Les corps deviennent objets de gestion politique et d'échanges mercantiles dans une société qui se libéralise (Grino 2014, p. 7). La fin des années 1970 marque le début du néolibéralisme, entendu comme l'extension de la logique marchande à toutes les sphères, y compris celles qui lui échappaient telles que la santé (Colin-Jaeger 2018). Des services (y compris de santé) publics, dont les coûts doivent être diminués, sont privatisés au nom de la compétitivité nationale (Dardot et Laval 2010, p. 41). La contraception trouve donc également sa place selon une logique de marché.

D'une « hétérosexualité reproductrice » utile à la nation

« Le corps des femmes est un enjeu crucial pour les gouvernements car la reproduction de la population est un facteur essentiel pour l'économie d'un pays » (Takeshita 2015, p. 118)

Avec le néolibéralisme se développe une culture du danger, impliquant de prendre des risques liés au marché, qui se traduit notamment par l'apparition de la notion de sexualité dangereuse (Foucault et al. 2004, p. 68) sous-entendant une sexualité en dehors de la norme hétérosexuelle et d'une logique de complémentarité des sexes, inutile à la nation car ne permettant *a priori* pas le renouvellement ou l'accroissement de la population. Dans ce contexte, il s'agissait surtout de punir les déviations puisqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, la psychiatrie et la sexologie définissent « tout usage de la sexualité détournée de son but coïtal comme perversion sexuelle » (Lhomond in Hirata et al. 2004, p. 215). L'hétérosexualité est alors synonyme d'hygiène conjugale (Chaperon 2016). La santé des femmes est envisagée

comme étant étroitement liée au coït qui permettrait notamment d'éviter l'hystérie⁸³, la nymphomanie ou encore le saphisme. « L'injonction à l'hétérosexualité reproductrice relève ainsi de la prescription médicale » (Dorlin 2009, p. 135). De cette manière, les pratiques coïtales ont été naturalisées. L'assignation à la reproduction est d'autant plus prégnante pour les femmes puisque celles qui ne veulent pas d'enfants restent considérées, encore aujourd'hui, comme étant hors norme (Debest 2014). La construction de l'identité féminine est donc directement liée au développement des connaissances biologiques et médicales (Löwy 2006, p. 170). Par conséquent, le système de genre et l'hétéronormativité qu'il implique, établissent une hiérarchisation des pratiques sexuelles et des orientations sexuelles (Löwy 2006). Ainsi, « On ne reproche pas aux lesbiennes d'aimer les femmes, mais de ne pas aimer les hommes ! » (Tissot, Tissot et Delphy 2015) En centrant l'acte sexuel sur la pénétration vaginale (Bajos et Bozon 1999, p. 35-36) et autour de la notion de « rapport sexuel complet » par ailleurs « seul susceptible d'être l'objet de stratégies contraceptives », la médecine rythme l'acte sexuel selon celui des hommes et relègue les autres pratiques « au statut de préliminaires ou de pratiques annexes » (Andro et Desgrées du Lou 2009, p. 8) et subalternes.

Plus tard, le droit civil s'alliera à la médecine pour faire autorité sur la sexualité en réaffirmant la norme hétérosexuelle. Le XVIII^{ème} siècle est donc le siècle de l'assise de la différenciation des sexes par la médecine, par la suite emparée par les lois. Grossesse et accouchement ne seront assimilés à la santé que lorsqu'ils seront reconnus comme étant bénéfiques pour la nation, en permettant de fournir une main d'œuvre nécessaire. La figure de la mère devient alors une norme de santé féminine (Dorlin 2009, p. 118). C'est dans cette logique nataliste, qu'au XX^{ème} siècle, contraception et avortement seront finalement réprimés. Ce sont alors la puberté [entendue comme une période de production d'un corps apte à la reproduction (Piccand 2015, p. 59)] et la ménopause qui sont pathologisées, jugées peu utiles en terme de « stratégie économique » (Lazzarato 2000, p. 45). Aujourd'hui, par exemple, la promotion du programme de santé international *1000 days* porté par une ONG états-unienne et à destination des femmes et des enfants, entre dans le cadre d'un « projet néolibéral de renouvellement du capitalisme » (Jarty et Fournier 2019, p. 9). Alors même qu'il s'agit de protéger les enfants d'un risque créé par le système capitaliste lui-même - la « malbouffe » (*Ibid.*, p. 13) - les mères sont rendues responsables de la production d'enfants performants à travers leur alimentation

⁸³ L'hystérie correspondait à la « fureur utérine » (Dorlin 2009). « Hystérie » provenant du grec, « utérus ». La matrice est donc perçue comme le « siège des maladies des femmes » (*Ibid.*, p. 39).

durant les 1000 premiers jours de la vie de leur progéniture (de la conception jusqu'à deux après la naissance). La pensée médicale produit donc « une norme de santé féminine, susceptible d'encourager les naissances et de promouvoir socialement les mères, tout en maintenant la hiérarchie des sexes » (Dorlin 2009, p. 113).

1.1.3 Médicalisation des œstrogènes : la pilule, « arme du genre »⁸⁴ ?

« Les hormones, représentées sur le papier comme des formules chimiques neutres, allaient devenir des actrices majeures de la politique moderne du genre » (Fausto-Sterling 2000 citée par Trachman et Bereni 2014, p. 67)

En succédant aux régimes esclavagiste et fordiste, la biopolitique apparaît comme la troisième vague du capitalisme (Preciado 2010, p. 241). Elle est entendue comme l'alliance de la médecine et de l'État en contexte (néo)libéral au sein duquel les corps revêtent des intérêts politiques et économiques (Foucault 1963 ; Foucault et al. 2004). Elle est aujourd'hui régie par le « régime pharmacopornographique » dont les piliers sont les industries pornographique et pharmaceutique. Si la marque *Playboy*[®] est l'emblème de la première, la pilule représente le symbole de la seconde. On peut alors parler de « sexopolitique » en ce que le sexe devient l'enjeu principal de l'activité politique et économique (Preciado 2010, p. 242). De manière ambiguë, « le pouvoir de l'État et de ses représentants directs » s'exerce sur les corps des individus au nom de leur bien-être. « Pareille ambiguïté se retrouve précisément dans les dispositifs contraceptifs et médicaux exercés sur le corps des femmes » (Angeloff et Gardey 2015, p. 34).

Pourquoi et comment le développement des hormones sexuelles « féminines » a surpassé celui des hormones sexuelles « masculines » ?

« Aux femmes la pilule, aux hommes le pénis » (Oudshoorn 1998, p. 775)

Dès les années 1920-1930, les groupes pharmaceutiques (et notamment Ernt Laqueur du pharmaco-therapeutic laboratory at the University of Amsterdam) souhaitaient commercialiser les hormones sexuelles dites féminines le plus rapidement possible et pour toutes sortes de maux : épilepsie, chutes des cheveux, troubles de la vue, diabète, hémophilie, etc. (Marks 2001, p. 43; Oudshoorn 1993, p. 8 et 15). Afin d'accélérer le processus marketing, aucun grand essai clinique ne fut entrepris (Oudshoorn 1993, p. 11) et certains n'eurent lieu qu'une trentaine d'années après la diffusion massive de ces hormones (Löwy 2006, p. 167). Ainsi, « the hormones estrogen and progesterone are the most widely used drugs in the history of

⁸⁴ Clin d'œil au titre d'un article co-écrit par Julie Jarty (Fournier et al. 2015).

medicine » (Oudshoorn 1993, p. 6) et l'œstrogène en particulier « deviendra la molécule pharmaceutique la plus utilisée et la plus rentable de l'histoire de l'humanité » (Preciado 2010, p. 243). L'endocrinologie et l'industrialisation de la production des hormones apparaissent dans les années 1930-1940 et affirment la « sexualisation » des hormones qui se reflète d'ailleurs à travers les noms qui leur sont attribués (Löwy 2006, p. 126). En effet, si le terme « androgène » est associé à l'identité de genre « masculine », une analogie similaire a été faite entre les termes « œstrogènes », « fonction reproductive » et « femme ». Les œstrogènes se manifestent notamment lors d'un changement cyclique dans le vagin en période de fertilité. Leur usage synthétique renforce le lien entre féminité et reproduction « alors qu'elles sont essentielles chez tous les individu[·e]s et pour le corps tout entier ». « Les considérer comme sexuelles est un obstacle épistémologique car on n'englobe pas [...] toute leur action » et il aurait donc été plus juste de les « appelées simplement "hormones stéroïdes" » (Trachman et Bereni 2014, p. 68) ou de les considérer comme « une des multiples substances dotées d'une activité biologique qui circulent dans le sang » (Löwy 2006, p. 145). Paradoxalement, la « sexualisation » des molécules participe donc à la « renaturalisation des corps » *via* l'absorption d'hormones de synthèse (*Ibid.*, p. 138) et crée réciproquement une nature technologisante et une technologie naturalisante (« technologizing nature and naturalizing technology »)(Strathern 1992b citée par Sanabria 2016, p. 38). À travers un « investissement de la matérialité corporelle » par un élément extrinsèque, la pilule s'apparente à un « dispositif moléculaire de production du genre » ou une « production chimique du genre » et peut ainsi représenter un outil de réaffirmation du système de genre (Grino 2014, p. 3, 8-9 et 14). En s'occupant du développement des hormones médicales, les trois groupes d'acteurs que sont les médecins, les groupes pharmaceutiques et les scientifiques de laboratoire se légitiment mutuellement. Selon Nelly Oudshoorn, les scientifiques de laboratoire, les endocrinologues, ainsi que les gynécologues étaient « sous l'emprise de l'industrie pharmaceutique, laquelle occupait une position stratégique dans le contrôle des approvisionnements [de glandes animales, utilisées pour la recherche sur les hormones] ». « C'est cette asymétrie des structures organisationnelles qui plaça le corps féminin au cœur de la recherche hormonale » (Oudshoorn 1998, p. 784 et 790). Encore aujourd'hui, la recherche biomédicale est financée par l'industrie pharmaceutique (Giami 2016).

Hormones médicalisées, palliatrices de défaillance

Chez les personnes intersexes

Dès 1950, des équipes médicales composées de chirurgiens plasticiens, d'urologues, d'endocrinologues, de psychologues, de travailleuses sociales et de travailleurs sociaux, sont en charge des nouvelles et nouveaux-né·e·s et enfants intersexes et s'inquiètent de les « corriger » en les réassignant au « bon » sexe (Dorlin 2008) en se basant sur un critère exclusif non médical de la norme de genre binaire (Delphy 2001). Les sexes, construits socialement selon les logiques du système de genre, doivent donc répondre à des normes médicalisées. Par exemple, « [l]a pénétration est le seul critère d'un vagin réussi : l'amplitude de l'ouverture, la lubrification, la sensibilité orgasmique ne sont pas des priorités, alors que le pénis réussi doit être apte à l'érection et d'une taille acceptable pour les canons de virilité » (Dorlin 2008, p. 46). La médecine envisage alors toutes parties génitales d'un point de vue androcentrique, parlant par exemple « d'entrée du vagin » [comprendre pour un pénis] et considérant les utérus comme des réceptacles passifs. Or, d'un point de vue gynocentré, le vagin fait davantage office d'orifice de sortie que de réceptacle, que ce soit pour les menstruations, les diverses sécrétions, ou encore les bébés. D'autre part, une importance est également accordée au placement du méat urinaire. L'hypospadias⁸⁵ est médicalement considérée comme un sexe « sous-virilisé ». Le « script chirurgical » implique alors un « test de masculinité » (par exemple uriner debout) suite auquel le pénis peut être « redressé pour faciliter le coït » et le méat peut être « avancé » « pour permettre au garçon d'éjaculer dans un vagin ». Être un « vrai homme » implique donc de pouvoir pratiquer le coït dans un but procréatif (Kraus 2017, p. 125-126). Pourtant, c'est une variation fréquente du sexe : « le méat ne se trouve précisément pas à cet emplacement chez 45 % des hommes dits normaux » (*Ibid.*, p. 129). Effectivement, si l'on « vérifiait » tous les méats, la moitié de la population masculine ne correspondrait pas à ces critères et serait donc à exclure de la catégorie de « sexe masculin » (Dorlin 2008). Plutôt que de repenser les normes au regard de la réalité, la chirurgie « produit » « l'idée même de normalité génitale » (Kraus 2017, p. 130) et reproduit des logiques racistes. Une médecine de moindre qualité (selon les critères de canons de virilité établis par cette même médecine) semble être appliquée sur les patients de pays dits du Sud puisqu'en cas d'hypospadias le méat est déplacé plus bas sur le gland : il est « mieux » placé mais reste toujours « mal » placé selon le critère imposé (Kraus 2017). Finalement,

⁸⁵ Le fait que le méat urinaire ne soit pas situé au bout du gland mais plus bas, sur la partie ventrale du pénis.

« [...]’assignation du sexe dépend non seulement de la morphologie externe des organes sexuels, mais avant tout de la capacité reproductrice et du rôle social. Une femme à barbe capable de gestation, de mettre au monde et d’allaiter son enfant, indépendamment de la forme et de la taille de sa vulve, sera considérée comme femme » (Preciado 2010, p. 249-250). La capacité reproductive a ainsi été érigée comme critère arbitraire prioritaire d’assignation (Kraus 2017, p. 133) : les femmes portent les enfants, mais certaines font le choix de ne pas en porter. Des personnes peuvent gravir l’Everest, d’autres non. Il n’y a pas de catégorie pour autant (Tissot, Tissot et Delphy 2015). L’assignation à une identité de genre est donc « faite à la naissance en fonction de l’apparence des organes génitaux externes » (Kraus 2017, p. 131) et relève moins d’un sexe biologique - qui lui présente des variations non binaires - que d’un sexe médicalement assigné (*Ibid.*, p. 121).

Chez les femmes et les hommes

Les hormones dites sexuelles, ou « sexe flacon » (Löwy 2006, p. 135), sont commercialisées dès 1940. Permettant de modifier les caractères sexuels secondaires, elles sont appréhendées comme pouvant « pallier » un « manque » de virilité ou de féminité. Durant cette décennie, les industries pharmaceutiques allemandes vendent plus d’hormones sexuelles « mâles » que « femelles » (*Ibid.*, p. 128) et parallèlement entre 1920 et 1930 le laboratoire pharmaceutique Organon « was the major producer of estrogens throughout the world, a position it held until World War II » (Oudshoorn 1993, p. 6). En effet, l’Allemagne nazie était le « principal site d’expérimentation des hormones mâles » (Löwy 2006, p. 128) et la biopolitique du régime nazi a ainsi collaboré avec une recherche biomédicale de haut niveau et une industrie pharmaceutique puissante (Gaudillère 2003, p. 59). Les anti-avortement utiliseront d’ailleurs comme argument le fait que la pilule abortive soit produite par un groupe pharmaceutique héritier d’un premier groupe qui fabriquait le Zyclon B utilisé dans les chambres à gaz⁸⁶. Après la Seconde Guerre mondiale, les hormones sexuelles « mâles » synthétisées sont délaissées au profit de l’expansion de traitements hormonaux dits féminins. Dès lors, les hommes restent envisagés comme « référents neutres » pensés à tort comme étant dépourvus d’hormones (Ruault 2015), et en particulier d’œstrogènes.

⁸⁶ (Castella et Anspach 2013)

De la prise en compte du consentement aux traitements hormonaux

L'approche féministe nécessite de s'interroger en termes de consentement (Fraisie 2015). Or, celui-ci n'est pas toujours compatible avec les principes du (néo)libéralisme. Au cours du XX^{ème} siècle, la contraception est passée de son interdiction en 1920 à sa libéralisation, impliquant de se saisir des moyens mis à disposition. « La disponibilité d'un produit sur le marché, comme le montre Marilyn Strathern, rend souvent problématique la décision de l'utiliser, mais aussi celle de ne pas le faire » (Löwy 2006, p. 169). Le marché (y compris des TH et donc de la contraception) est pris dans un paradoxe qui réside dans la production/destruction de liberté (Foucault et al. 2004, p. 65) et qui contraint les individu·e·s à « "agir librement" » (Dardot et Laval 2010, p. 47).

« Dans les années 1960, le développement de la pilule contraceptive et la diffusion du traitement hormonal de la ménopause consolident l'asymétrie dans l'utilisation des hormones masculines et féminines » (Löwy 2006, p. 128). Il existe donc aujourd'hui de multiples traitements hormonaux « féminins ». En revanche, aux États-Unis, la méthode d'administration du traitement pour l'andropause (analogue masculin de la ménopause) est passé dès les années 1980 de la méthode d'injections à celle du patch, suite au constat d'un risque de cancer. Finalement, l'impact des hormones est uniquement considéré sur la sexualité des hommes chez qui fertilité et virilité sont confondues (Ventola 2014, p. 11). En miroir, le consentement des femmes à utiliser des traitements hormonaux et à supporter leurs effets collatéraux est peu considéré.

De la pilule au corps de « biofemme » : les « fausses règles » ou le leurre de la féminité

(Re)connaître et (re)sentir son corps au « naturel »

La construction historique d'une image négative des règles a favorisé la diffusion de la pilule (Oudshoorn 1993). Pour le sens commun, les règles seraient une caractéristique importante de l'identité féminine mais le « syndrome » prémenstruel serait gênant (Robert T. Frank, Katherina Dalton in Löwy 2006). Par définition, un « syndrome » précède une maladie. L'emploi généralisé de ce terme confirme donc que la vision pathologisante des corps qui saignent est encore prégnante aujourd'hui. Aux États-Unis, les laboratoires Bayer-Monsanto ont mis au point une pilule en prise continue annihilant les règles, dont les arguments de fabrication étaient de diminuer la fatigue et l'anémie pouvant être provoquées par les menstruations⁸⁷. Ce paradoxe

⁸⁷ (Sud Radio 2016)

du retour à « la nature » *via* l'absorption de substances synthétiques se retrouve donc dans le fait que « la pilule contraceptive abolit le cycle hormonal féminin » (*Ibid.*, p. 149). *A contrario*, certains types de pilule contenant des œstrogènes permettent d'imiter les cycles menstruels⁸⁸. Selon la pilule ingérée, les règles peuvent être supprimées ou maintenues artificiellement par des saignements d'arrêt, entendus comme des « saignement[s] artefact [...] sans aucun lien avec l'ovulation ou le cycle hormonal habituel » (*Ibid.*). En provoquant des saignements, la pilule (œstroprogestative) peut être qualifiée de « biodrag » en ce qu'elle met en scène le genre (à l'image des *praxis queer* théorisées par Judith Butler) en imitant un processus biologique (le cycle menstruel). Par le terme « techno-règles », Paul B. Preciado désigne « un saignement techniquement induit qui produit l'illusion de règles » et permet « de produire et reproduire la féminité » (Preciado 2010, p. 252-253). Un « corps de biofemme » (*Ibid.*, p. 253) est quant à lui entendu comme un corps performé par un calendrier chimique orchestré par une pilule (au « design pop multicolore ») (*Ibid.*, p. 255-256). Les usagères deviennent alors performantes : d'une part, en ce qu'elles performant leur identité de genre par la prise de pilule et, d'autre part, en ce qu'elles deviennent plus disponibles (« *disposed* ») (Sanabria 2016, p. 3-5 et 145-146) dans les différentes sphères de la vie - et notamment la sphère sexuelle - dès lors que cette prise annihile les maux liés aux menstruations.

Si les stratégies marketing des industries pharmaceutiques usent d'une image négative des règles, la perception de celles-ci par les usagères oscille entre contrainte et rassurance. Contrainte, car les règles peuvent être synonymes de maux (les usagères citent notamment la fatigue et la douleur) mais aussi parce qu'elles peuvent être perçues comme sales et impropres à la sexualité. C'est le cas d'Elia (infirmière) qui décrit les règles comme « pas beau ni propre pour certaines pratiques sexuelles » et indique en ce sens que c'est « un bonheur de pas les avoir » en prenant la pilule (20 septembre 2016). Rassurance, pour trois raisons : en cas de doute de GNP, comme preuve de fertilité que les usagères associent à une féminité saine, et par le rôle « purifiant ». Dans le premier cas, Eva (étudiante en management) appréhende les saignements comme « une preuve que l'ovule n'est pas fécondé » (29 mars 2014). Dans le deuxième cas, Emma (diplômée en sciences de l'éducation) associe les saignements à la fertilité et la fertilité à la « bonne » santé : « Parce que j'ai pas envie que le jour où j'ai envie d'avoir des enfants, que je me rende compte qu'il y a un truc qui fait que je peux pas en avoir. C'est pour me rassurer. [...] Et avec les règles irrégulières, j'avais peur de ça moi, si j'ai envie de tomber enceinte et que j'ai pas de

⁸⁸ Dans la pilule, seuls les progestatifs ont des propriétés contraceptives.

règles comment je fais ? Et en fait ça a pas du tout d'impact. C'est pas parce que j'ai des règles totalement irrégulières que je peux pas tomber enceinte en fait. Ça du coup je l'ai demandé au médecin. [...] Je voulais pour mon avenir, savoir. [...] J'ai pas envie de découvrir qu'il y a un souci pile au moment quand je voudrais. Je préfère savoir si je suis en bonne santé » (28 juin 2016). Dans le troisième cas, si pour Cyrielle (étudiante en électroradiologie médicale) et Eva, les saignements sont appréhendés de manière positive, le stigmate des corps impurs et sales, propre aux femmes, plane toujours. Pour elles, les règles traduisent un fonctionnement correct du corps en ce qu'elles permettent sa purification :

« J'aime bien savoir quand même que tous les mois c'est évacué. [...] Généralement quand t'as tes règles tu sais ça évacue plein de choses apparemment » (Eva, étudiante en management, 29 mars 2014)

« Mais d'avoir mes règles c'est un putain de soulagement [cri d'exclamation] mais même encore main'ant alors que j'fais plus l'amour hein [...] genre je me dis : "je fonctionne c'est bon !" » (Cyrielle, étudiante en électroradiologie médicale, 4 avril 2014)

Si la notion de « techno-règles » (Preciado 2010) permet de mettre l'accent sur l'impact des logiques pharmaceutiques sur les corps des femmes, les usagères rencontrées mobilisent plutôt le terme de « fausses règles » dès lors qu'elles comprennent que les saignements sous pilule sont créés artificiellement : « Avec la pilule j'ai toujours eu mes règles [...] c'est des trucs de synthèse donc en fait tu leures ton corps parce que les règles que t'as finalement c'est des fausses règles », explique Fanny (étudiante infirmière, 20 janvier 2014). En ayant pris ce moyen contraceptif durant plusieurs années (parfois depuis l'adolescence), les femmes sont habituées à leurs corps sous pilule et peuvent avoir oublié ses manifestations. Au moment de l'arrêt de cette méthode contraceptive, les anciennes usagères doivent donc réapprendre à (re)connaître leurs corps exempts d'hormones de synthèse. « Bon ça fait que depuis décembre que je me régularise mais comme ça redevient naturel et que naturellement je suis pas régulière, je le savais hein, j'anticipe pas forcément assez », explique Aurore (étudiante en service social, 20 juillet 2016).

Face à cet impact durable des œstrogènes de synthèse sur les corps des femmes, les professionnel·le·s de santé constatent que les patientes ont tendance à pathologiser un corps qui aurait toujours été comme tel en dehors de toute prise de pilule :

« Ce qui m'arrive de faire, assez souvent, c'est quand elles en ont assez de la pilule, par exemple qu'elles veulent passer au stérilet mais qu'elles se souviennent plus de

comment sont leurs règles, je leur propose d'arrêter la pilule pendant deux, trois cycles, d'utiliser le préservatif [...] » (Une gynécologue, clinique, 20 février 2017)

« Des femmes qui ont la trentaine et qui ont pris la pilule pendant dix ou quinze ans rapidement dès l'adolescence pour des questions de règles, d'acné. Les symptômes sont transformés et le corps aussi, il est masqué par des hormones, on réduit ses bruits et ses manifestations. Les femmes n'ont pas conscience de leur corps au naturel : les sécrétions, la poitrine, les humeurs. Et elles pensent que c'est anormal quand elles ressentent ça. » (Une sage-femme, cabinet libéral, 21 décembre 2017)

« Le truc c'est que souvent quand elles sont sous pilule elles ont plus ces pertes-là [leucorrhées, plus familièrement appelées pertes blanches], c'est plus de façon naturelle donc c'est pour ça que ça met un certain temps aussi au niveau apprentissage. [...] Parce qu'elles sont accrochées aux règles régulières, qu'elles supportent pas de sentir leur corps aussi, moi j'en ai plein, elles arrêtent la pilule, elles sont sous stérilet, j'en ai encore eu une hier, elle sent ses ovulations, c'est hyper difficile pour elle de réaliser qu'elle sent son corps. Y a des gens ils veulent pas avoir de pertes, ils veulent pas sentir leur corps [...] J'en ai eu une, [...] je l'examine et puis je lui dis : "juste pourquoi on a mis une micro progestative en continu ?" Parce que c'est pas l'âge auquel je le donne habituellement. Puis là elle me dit : "Ah non mais ça c'est parce que j'ai pas envie d'avoir de règles". » (Une gynécologue, cabinet de ville, 7 décembre 2016)

« [...] y en a plein qui arrêtent parce que ça fait dix ans qu'elles prenaient la pilule et elles arrêtent pour être enceintes et là elles se découvrent autrement, elles découvrent une autre femme, émotionnellement, psychologiquement. Parce que la pilule les met sur la même humeur tout le temps. Or, le cycle de la femme c'est pas comme ça. Le cycle de la femme il a des variations. [...] La plupart aussi ne savent pas ce que c'est des vraies règles. Donc quand elles arrêtent la pilule elles sont complètement paniquées d'avoir des règles qui sont normales. Parce qu'elles trouvent que ça saigne beaucoup plus alors que c'est ce qu'elles devraient saigner. Elles pensent que les règles qu'elles ont sous pilule c'est les vraies règles mais non, c'est des règles de privation. » (Une sage-femme, cabinet libéral, 19 janvier 2017)

« Sentir » à nouveau son corps nécessite alors une adaptation, voire un apprentissage, en ce que les usagères doivent se familiariser avec de nouvelles sensations corporelles ou des sensations oubliées : « Ouais tu le sens quand même. [...] Tu sens vraiment que t'es en train d'ovuler [...] tu sens vraiment que t'as une montée d'hormones. [...] Au final t'es tellement jeune quand tu la prends [la pilule] que t'as pas eu le temps de capter tes cycles », explique Fanny (étudiante infirmière, 31 mars 2014).

Saigner, gage de féminité

Durant les premiers entretiens, aucune des jeunes usagères ne percevaient les saignements sous pilule comme totalement artificiels. D'après elles, ce moyen contraceptif n'intervenait que partiellement en régulant un saignement préexistant. Les comprimés n'interféreraient que sur la temporalité, la durée et éventuellement l'abondance de ce qui restait à leurs yeux leurs menstruations. Elles percevaient donc moins l'intervention de la pilule comme **créant des saignements** que comme **modifiant les règles** :

« [...] d'avoir ses règles qui reviennent, ça c'était un peu nouveau parce que ça revient bien dans les dates précises [...] Je sais pas si c'est une impression ou pas mais c'est que c'était un peu plus normal le cycle avec la pilule. » (Vaani, sans emploi, 30 juin 2016)

« [...] la pilule c'est cool parce que les règles elles sont minimales » (Angélique, étudiante en géographie, 20 février 2014)

« [...] sous pilule j'étais toujours régulière, à un jour près. Ça c'est pratique. Et puis j'ai des règles hyper douloureuses donc c'est vrai que la pilule ça me les rend moins douloureuses » (Aurore, étudiante en service social, 20 juillet 2016)

Ce n'est qu'en comprenant, au fil de leurs expériences contraceptives et gynécologiques, que la pilule annihile les cycles menstruels en bloquant l'ovulation qu'elles appréhenderont les saignements comme des « fausses règles ». L'expérience de l'entretien sociologique a également contribué à cette évolution de perception, comme le montre l'échange à suivre avec Rosa (étudiante en management).

Leslie : Les gynécos t'ont expliqué ce que la pilule fait aux règles, que c'est pas vraiment des règles ?

Rosa : J'ai toujours eu très peu de règles, pas trop liquides ni abondantes en fait. Donc oui moi ça les a rendues plus, comment dirais-je, moins abondantes encore plus et là c'est même plus court. [...] C'est bizarre, je sais pas trop.

[Je dis que les saignements sont dus aux comprimés placebos et qu'il n'y a pas de cycles sous pilule.]

Rosa : En gros l'ovule ne descend même pas de l'ovaire ?

Leslie : T'as pas d'ovule en fait puisque t'ovules jamais. La pilule ne fait pas ovuler.

Rosa : La saloperie, tu vois ça je savais pas ça.

Leslie : [...] le principe de la pilule c'est que t'ovules pas [si cela est quand même le cas, la pilule bloque aussi la nidation].

Rosa : Et que mon cerveau se dise que je suis déjà enceinte.

Leslie : Exactement.

Rosa : Ouais ça par contre j'avais cette information. Ouais c'est pas l'ovule de tous les mois quand tu prends pas ta pilule. (4 février 2018)

De surcroît, même lorsque les jeunes femmes connaissent l'impact de la pilule sur leurs cycles, certaines refusent une aménorrhée artificielle au profit d'un saignement pourtant tout aussi synthétique. Les « fausses règles » peuvent être souhaitées par les jeunes femmes voulant conserver une physiologie semblable à la leur en dehors d'une prise de contraception : « Ça me ferait peur je pense [de ne pas avoir de saignements] même si c'est pratique [...] je sais qu'elles sont artificielles en fait mais je préfère avoir des règles sous pilule plutôt que pas de règles du tout », explique Aurore (étudiante en service social, 20 juillet 2016). Pour autant, les usages de pilule et la construction identitaire des jeunes femmes usagères sont dynamiques et évoluent dans le temps, la décision d'avoir ou non des saignements n'étant pas irrémédiable.

Les professionnel·le·s de santé constatent cette perception médicalement erronée des saignements par les usagères de pilule : « Ça fait sourire quand elles veulent régulariser les cycles avec la pilule alors qu'elles n'ont pas de cycle sous pilule, c'est complètement artificiel » indique une médecin généraliste (CDPEF, 17 janvier 2018). Pour autant, iels ne jugent pas nécessairement pertinent de leur apporter une explication médicale qui remettrait en question leur vécu, comme l'illustre l'extrait de journal de terrain suivant.

Centre de santé, 9 mars 2018

En échangeant autour d'une ordonnance type de contraception orale, je dis à la médecin que c'est « marrant » qu'elle y inscrive le terme de « règles » qui n'en sont pas vraiment. La formule est la suivante : « Consignes : 'les règles vont arriver' ». Elle me répond que c'est une bonne remarque mais que c'est parce que c'est comme ça que les femmes le vivent, comme si c'était leurs règles, que ce sont les femmes qui le ressentent. Elle ajoute qu'en ce sens elle n'a pas trouvé d'autre façon satisfaisante d'en parler. En se fiant au « regard des patientes » quand elle « commence à expliquer », elle sait voir quand elle est « relou » ou trop « pointilleuse ». Elle laisse alors cette consigne telle quelle et complète les informations à l'oral : elle parle d'hémoprivation et des différents modes de prises de pilule.

Cependant, le biais à cette perception est que les usagères puissent interpréter ces saignements comme leur garantissant l'absence de GNP : « Je pense que c'est bien [la pilule] parce que on peut surveiller son cycle. C'est plus contraignant mais voilà on peut quand même se rassurer », explique Vaani (sans emploi, 30 juin 2016). C'est à ce titre que d'autres professionnel·le·s de santé font le choix de « rappeler que c'est des

fausses règles donc qu'il faut faire le test [de grossesse] même si on saigne car les saignements ne signifient pas qu'on a été protégée » (une sage-femme, CDPEF, 23 janvier 2018).

Conserver des saignements semble également permettre de se sentir plus légitime de refuser un rapport sexuel non souhaité, la pilule n'étant par ailleurs pas propice à cette nécessité⁸⁹. En entretien, une médecin généraliste raconte avoir expliqué à une patiente en demande tacite de contraception provoquant des saignements que « même si elle ne saigne pas elle peut dire non » et qu'il n'y a « pas besoin d'attendre les règles pour pouvoir refuser un rapport sexuel » (cabinet libéral, 24 janvier 2018). Dans une même logique, lorsqu'Elia (infirmière) apprend que la pilule peut diminuer la libido, elle répond que « c'est bon à savoir » afin de refuser un rapport sexuel possiblement non souhaité. La pilule semble en ce sens révéler une certaine ambiguïté (qui sera particulièrement interrogée dans le chapitre 9) face à sa promesse d'émancipation sexuelle. Tout comme les motivations au développement des hormones médicalisées, celles relatives au contrôle des naissances ne sont pas nécessairement et exclusivement féministes (Pavard 2012b).

1.2 Enjeux biopolitiques du contrôle des naissances

1.2.1 Motivations féministes passées sous silence

Des politiques familialiste et nataliste pour l'économie de la nation française

Si l'on peut parler de contrôle des naissances dès la préhistoire, les logiques eugénistes s'appréhendent quant à elle dès la Grèce Antique selon les recommandations de Socrate et Hippocrate (McLaren, Morel et Rosenthal 1996). Avant les années 1970, le contrôle des naissances est dépourvu de motivations féministes. Une logique de restriction démographique se retrouve notamment au XVIII^{ème} siècle avec le malthusianisme selon lequel la population ne doit pas croître plus rapidement que les ressources. Le néomalthusianisme préconise, quant à lui, par la suite, de ne pas se retrouver en surpopulation, afin de préserver la force ouvrière. En diffusant des images de moyens contraceptifs, les néomalthusien·ne·s sont accusé·e·s de pornographie. Outre les préservatifs, on retrouve sur leurs papiers les ancêtres du diaphragme et des spermicides, des produits acides et irritants pour la flore vaginale (Chaperon 2015). Les femmes y sont plutôt hostiles car favorables à une responsabilisation des hommes.

⁸⁹ Ce point sera développé dans le chapitre 9.

Si jusqu'en 1920, la contraception n'est pas un délit (elle est simplement ignorée), la loi de cette même année interdit la contraception en vue de repeupler la France au lendemain de la Première Guerre mondiale. La motivation première du contrôle des naissances est l'économie du pays, même si cela doit passer par des grossesses non prévues ou non désirées ou entraîner des avortements clandestins. L'usage de la « capote » en caoutchouc se généralise durant cette période mais restera longtemps et davantage associée aux maladies vénériennes et à la prostitution (McLaren, Morel et Rosenthal 1996, p. 402) qu'à la prévention de grossesse. De même, l'avortement deviendra un crime anti patriotique par crainte de la dépopulation et sera considéré comme « crime contre la sureté de l'État » et punit de mort en 1942 (INSEE 2008b) en contexte de Seconde Guerre mondiale. On enseignait alors aux enfants que leur mission était de se reproduire (McLaren, Morel et Rosenthal 1996, p. 406) et « on estimait que les femmes sans enfants avaient une dette envers la société ».

Plus tard, en 1955, la première pilule contraceptive est créée aux États-Unis par le docteur Grégory Pincus. Elle est financée, entre autres, par Katharine McCormick (riche suffragette américaine) et est commercialisée pour la première fois un an après, en Allemagne (INSEE 2008b). Parallèlement, en 1956 la gynécologue Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé crée l'association Maternité Heureuse (Pavard 2017; Pavard 2012a; Sanseigne 2019; Vaudois 2015) en contexte de loi 1920. Elle s'inspire de sa connaissance sur les méthodes du *birth control* américain, néanmoins pourvu de logiques eugénistes, porté par Margaret Sanger (militante anarchiste Étatsunienne). Selon une même idéologie, Marie Stopes (écrivaine, militante et eugéniste écossaise) estime que la contraception permet d'éviter « d'encombrer la société avec des enfants dont la valeur raciale est très douteuse » (McLaren, Morel et Rosenthal 1996, p. 330). À ce titre, l'utilisation de la pilule devait être « universellement applicable » et donc inadaptée à la fois à la réalité des inégalités et aux particularités de chaque femme (Grino 2014). Chrétiennes, les dépositaires de l'association Maternité Heureuse sont favorables à la contraception mais contre l'avortement, considéré comme un échec. La volonté est de réduire les avortements clandestins qui mettent en danger de mort de nombreuses femmes. Il s'agit aussi d'atténuer la mésentente conjugale en s'assurant que les femmes ne refusent plus un rapport sexuel par peur de tomber enceinte, comme si, étant contraceptée, il n'y avait plus de raison de refuser cet acte... L'argumentaire est familialiste et non pour l'émancipation des femmes. Il s'agit de préserver le couple pour préserver la patrie. Les intérêts de la société supplantent l'émancipation individuelle. Cette même année, des auteurs de l'INED publient « La limitation des naissances en France » (INED 1956) et préfèrent parler de « maternité consentie » ou « acceptée » plutôt que « volontaire ». Ils sont contre les

connaissances contraceptives et la contraception. La maternité est à la fois pensée comme une évidence et comme une corvée. Sexualité et procréation ne sont que difficilement et progressivement distinguées, d'autant plus chez les femmes, assignées à l'idée d'horloge biologique (Bereni et al. 2012).

Le contrôle des naissances comme enjeu de santé publique

Dans les années 1960, en contexte de pré-mai 1968, la Maternité Heureuse devient le Mouvement Français pour le Planning Familial (Pavard 2012a; Sanseigne 2019) et se développe d'abord à Grenoble et à Paris et met un certain temps avant de s'autoproclamer féministe. Les « dames du Planning »⁹⁰ tenaient illégalement des permanences où des femmes de toutes origines étaient accueillies. Si la majorité des femmes qui venaient consulter était des mères, le futur glissement politique amènera à penser la contraception avant une première maternité ; dès le début de la vie sexuelle. Illégalement, « les dames du Planning » recevaient de Londres des paquets contenant des diaphragmes et des spermicides. Disponibles sans prescription médicale, ils furent les premiers moyens contraceptifs diffusés car considérés comme simples d'utilisation. De nos jours, la logique est inverse et donc questionnable. Du fait de leurs interceptions aux douanes⁹¹, un parachutage des paquets avait même été envisagé. En fait, officiellement, les équipes médicales impliquées ne fabriquaient que des cosmétiques... Parallèlement, le tournant des années 1960 connaît une forte proportion d'avortements clandestins et la demande d'accès à l'IVG devient une question de santé publique.

Si les luttes de la deuxième vague féministe pour l'accès à la contraception et à l'avortement libres et gratuits avaient pour motivation l'émancipation des femmes, ce n'était pas le cas des personnes qui portaient ces projets sur la scène politique institutionnelle. La majorité des médecins et des personnalités politiques était des hommes qui récupéreront le projet. Le rôle des luttes féministes est passé sous silence.

« Transmettre la vie doit être un acte lucide » : mères responsables, épouses sensuelles

Le MFPF⁹² brave l'interdit jusqu'en 1967. Désormais, la loi Neuwirth « autorise la contraception sans lever l'interdiction de toute publicité en dehors des revues

⁹⁰ Appellation donnée aux femmes qui assuraient les permanences du Planning Familial. Voir par exemple à ce sujet le documentaire intitulé « On les appelait les dames du planning » réalisé par Marie-Monique Robin en 2006.

⁹¹ Des gynécologues passaient les douanes en cachant des diaphragmes dans leurs chaussures (Koechlin 2021, p. 157- 158).

⁹² Mouvement Français pour le Planning Familial.

médicales » (INSEE 2008b). Lucien Neuwirth (homme politique français, gaulliste, député de la Loire puis sénateur) qualifie d'ailleurs la légalisation de la contraception de « bataille politique très difficile »⁹³. Au moment de proposer la loi, il s'agissait de convaincre les députés composés en grande partie de médecins. Le corps médical approuva le contrôle des naissances parce qu'il avait un rôle d'expert à jouer. De vives réactions furent observées à l'assemblée nationale :

« Il est regrettable qu'un tel projet ne puisse être discuté à huis clos comme aux assises quand il s'agit d'une affaire de mœurs [...]. D'autre part, les maris ont-ils songé, que désormais, c'est la femme qui détiendra le pouvoir absolu d'avoir ou ne pas avoir d'enfant en absorbant la pilule même à leur insu ? Les hommes perdront alors la fière conscience de leur virilité féconde et les femmes ne seront plus que des objets de volupté stérile »⁹⁴.

L'idée que les femmes soient légalement autorisées à contrôler leur fécondité développe un imaginaire des comportements « féminins ». Une fois la loi votée, les réactions des citoyennes françaises, en faveur et contre la pilule, étaient sollicitées⁹⁵. Les avis négatifs étaient fortement porteurs de perceptions naturalisantes : « La nature fait souvent bien les choses, il faut la laisser faire », déclarait une interviewée. La peur concernant les effets sur la santé et la méconnaissance des inconvénients étaient aussi des arguments formulés à l'encontre des comprimés. La dernière raison notable pour les avis négatifs touchait un possible changement dans les rôles sexuels imaginés. Des femmes ont exprimé le regret que certaines d'entre elles aient alors la possibilité d'agir avec peu de vertu. La question de l'émancipation sexuelle des femmes inquiète, même du côté des principales concernées. Aussi, certaines féministes, bien que pour la « maternité volontaire », craignaient que la contraception contribue moins à l'émancipation des femmes qu'à les transformer en objets de plaisir (McLaren, Morel et Rosenthal 1996, p. 397). Par ailleurs, l'émancipation des femmes, une possible baisse d'avortements clandestins, la liberté de conception et une peur moindre d'avoir des rapports sexuels étaient les arguments mobilisés en faveur de la pilule.

L'opinion décisive fut celle du Général Charles De Gaulle qui s'accorda avec Lucien Neuwirth pour affirmer que : « Transmettre la vie doit être un acte lucide [...]. C'est leur [celle des femmes] fécondité »⁹⁶. Même au travers d'un avis favorable à la diffusion de la pilule plane une perception naturalisante. À travers la légalisation de la contraception, la maternité se veut donc responsable. L'idée est qu'un·e enfant

⁹³ (France Inter 2013)

⁹⁴ (*Ibid.*)

⁹⁵ (*Ibid.*)

⁹⁶ (*Ibid.*)

désiré·e sera mieux éduqué·e par ses deux parent·e·s. Le bien-être de l'enfant à venir est ainsi pensé prioritairement à l'émancipation des femmes. Selon Marie Stopes, la contraception devait permettre d'être de meilleures mères (consciencieuses) mais aussi de meilleures épouses (sensuelles)(*Ibid.*, p. 332). Dès lors, la contraception participait à renforcer les rôles de genre.

De la démocratisation de l'émancipation

En 1967, malgré la légalisation de la contraception son accès est encore restreint car sa publicité est interdite et les mineures ont besoin d'une autorisation parentale pour y accéder (Bereni et al. 2012). Avant 1967, il s'agit alors moins de parler de contraception que d'espacement et de diminution des naissances. La loi est appliquée cinq ans après, ce qui a permis au Planning Familial de se politiser. En 1972 les centres de planifications sont créés. Ils vont participer à démocratiser l'accès à la contraception et font à ce titre partie des différentes structures observées dans le cadre du travail de terrain de cette thèse. Différentes structures sont alors à distinguer. Bien que le Planning Familial et les centres de planification (ou CDPEF) soient des EICCF⁹⁷, le Planning Familial est une association féministe, ce qui n'est pas le cas des CDPEF qui sont eux sous l'autorité des Conseils Départementaux. Contrairement à l'association du Planning Familial, leur personnel n'est pas formé aux problématiques de genre. La particularité du Planning Familial quant à lui est que tous les locaux de l'association ne font pas obligatoirement offices de centre de planification, c'est-à-dire qu'ils ne délivrent pas tous des contraceptifs médicalisés, contrairement aux centres de planification. Par exemple, aucun centre de planification de l'association du Planning Familial ne se trouvait dans l'ancienne région de Midi-Pyrénées (aujourd'hui Occitanie). Les centres présents sur ce territoire sont en fait des CDPEF et sont donc sous l'autorité du Conseil Départemental, ce qui créera quelques confusions sur le terrain chez les enquêté·e·s rencontré·e·s, y compris chez les professionnel·le·s de santé⁹⁸. Aujourd'hui, ces structures peuvent être perçues comme étant principalement destinées à un public « en difficulté⁹⁹ », notamment familiale. Les gynécologues rencontré·e·s travaillant en CDPEF indiquent recevoir peu les mères des jeunes patientes, l'objectif de la structure étant de garantir si besoin un accès dans le secret. Par contraste, les gynécologues travaillant en structures privées ne se déclarent pas

⁹⁷ Établissements d'Information, de Consultation et de Conseil Familial.

⁹⁸ Comme cela sera montré dans le chapitre 6.

⁹⁹ Par exemple, Baptiste (25 ans, agent de sécurité incendie) est le seul partenaire ayant déclaré s'être déjà rendu en Planning Familial (cf. chapitre 9). Il indique avoir fréquenté ces structures sous les conseils d'un éducateur quand il « étai[t] dans les quartiers un peu sensibles » (extrait d'entretien du 18 décembre 2016).

garant·e·s de cette possibilité et identifient les CDPEF et le Planning Familial comme structures davantage adaptées : « Moi je dis systématiquement qu'il y a aussi le Planning Familial qui peut leur permettre d'être vues aussi à l'écart de l'endroit où leur mère vient. Il peut y avoir un problème de, elles peuvent avoir peur de la confidentialité » (une gynécologue, cabinet de ville, 20 février 2017). Les jeunes usagères interviewées, fréquentant principalement des structures privées, témoignent d'une logique similaire en altérant le besoin de confidentialité qu'elles semblent associer à une situation familiale non idéale :

« Non. J'en ai strictement aucune idée de la différence entre les deux [le Planning Familial et les CDPEF]. [...] si j'ai besoin de quoi que ce soit j'irais direct voir mes parents. [...] J'ai pas besoin d'aller voir quelqu'un d'autre, qui ne répète pas à mes parents [...] Je n'estime pas avoir le besoin d'aller là-dedans. » (Cyrielle, manipulatrice en électroradiologie, 14 octobre 2016)

« Jamais centre de planification. J'avais accompagné quelqu'un, mais moi non j'avais pas fait. C'était pour une copine qui avait besoin justement de prendre la pilule et ses parents étaient un peu... c'était une Mahoraise donc du coup elle osait pas trop demander à ses parents donc du coup je l'avais accompagnée. Pas pour moi. » (Andréa, conseillère de vente, 23 février 2018)

« Pour moi non mais j'ai déjà amené une copine, oui. À un Planning. Elle avait peur, elle voulait prendre la pilule mais sans en parler à ses parents. » (Camille, en formation de conseillère en insertion professionnelle, 16 novembre 2016)

Contrairement aux États-Unis, femmes et médecins ont lutté ensemble pour la contraception et avec le ralliement de médecins militants, le mouvement se masculinise. Au cours des années 1970, à Paris, Christine Delphy (sociologue, militante féministe lesbienne radicale) et Anne Zelenski (enseignante, militante féministe) créent le MLAC¹⁰⁰ qui naît d'une fusion entre des membres du Planning Familial et du GIS¹⁰¹, soit entre féministes et (futurs) professionnel·le·s de santé. Mais peu à peu les médecins hommes délaissèrent le mouvement ou en furent exclus et certaines militantes du MLF¹⁰² refusent également de s'y investir à cause de la présence de l'extrême gauche. La fusion entre le MLAC et le MLF était davantage propice à

¹⁰⁰ Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception.

¹⁰¹ Groupe information santé.

¹⁰² Mouvement de libération des femmes.

une émancipation des femmes. Certaines militantes du Planning investissent le MLAC. L'organisation produit des avortements militants et souligne les tensions entre la loi et les droits effectifs. Durant cette période, les femmes conscientisent leur situation commune de domination. À travers des groupes de parole non mixtes (sur le travail, la sexualité, le plaisir sexuel des femmes par exemple), la parole se libère et permet une mise en commun des situations de domination : ce qu'elles vivent dans le privé n'est pas une exception, le privé est donc politique. Elles créent des groupes de *self-help* au sein desquels il s'agit d'apprendre à se faire un auto-examen gynécologique. Cela participe à démystifier le pouvoir médical masculin. La contraception étant déjà légale, les féministes de la deuxième vague revendiquent une contraception gratuite et l'avortement libre et gratuit¹⁰³.

1.2.2 Contraception et IVG : des enjeux communs

Un projet féministe dépolitisé par les instances politiques

En 1974, une seconde loi relative à la contraception est votée. L'accès est désormais anonyme et gratuit pour les mineures (Ibid., p. 57-107). Cette même année, certaines pilules sont (en partie ou totalement) remboursables par la Sécurité sociale (INSEE 2008b). L'année suivante, le 17 janvier 1975 l'IVG¹⁰⁴ est dépénalisée sous la « loi Veil » pendant environ cinq ans sous certaines conditions (jusqu'à dix semaines de grossesse par exemple¹⁰⁵). Au moment de présenter le projet de loi, Simone Veil parle en tant que ministre de la santé, mais aussi en tant que femme et mère. La citoyenneté des femmes est associée au rôle de mère : tantôt ce rôle a été utilisé pour légitimer leur exclusion de la sphère politique (donner le droit de vote aux femmes les détournerait de leurs fonctions maternelles), tantôt pour justifier leur participation à la vie politique (en tant que mères elles devraient pouvoir participer aux prises de décisions publiques). Les compétences acquises par les femmes évoluant dans la sphère politique sont pensées comme étant des qualités naturellement

¹⁰³ Voir à ce sujet les travaux de Justine Zeller.

¹⁰⁴ L'IVG, droit fondamental à disposer librement de son corps, est un acte médical effectué lorsqu'une grossesse non désirée est en cours. Il s'agit d'expulser l'embryon soit par méthode médicamenteuse soit par méthode chirurgicale par aspiration. En France, l'IVG est praticable jusqu'à 12 semaines de grossesse ou jusqu'à 14 semaines (soit trois mois et demi) après le début des dernières règles. Avant 7 semaines, l'IVG peut être médicamenteuse. Selon la loi, celle-ci peut se pratiquer soit en hôpitaux (qui laissent par la suite la femme concernée rentrer ou non chez elle et selon le nombre de places disponibles), soit en centre de planification (or dans les faits tous les centres ne mettent pas cela en place), soit en cabinet de médecin, selon la loi.

¹⁰⁵ Il faudra attendre 2001 pour que le délai passe à douze semaines.

féminines (le don de soi, le soin des autres ou « *care* »), particulièrement en étant reléguées aux postes délaissés par les hommes (tels que ceux aux affaires sociales, à la famille, à la santé, à l'éducation (Sourd 2005) Les femmes sont ainsi renvoyées à leur classe de sexe, à leur identité de genre (*Ibid.*). Ainsi, au moment de la proposition de dépénalisation de l'IVG, le propos est quelque peu dépolitisé et vise au moins autant la médicalisation de l'acte que l'émancipation des femmes. Le rôle des luttes féministes étant peu visible, l'argumentaire féministe n'était pas le principal porteur de cette loi. D'autres enjeux étaient à considérer. Pallier les « échecs » contraceptifs et favoriser la santé des femmes en luttant contre les avortements clandestins étaient deux principales motivations. En outre, dans un contexte d'élections approchantes, il s'agissait pour certain·e·s politicien·ne·s de paraître moins conservatrices et conservateurs que leurs concurrent·e·s politiques aux yeux de l'électorat. Valéry Giscard d'Estaing était par exemple « soucieux de moderniser la France et de fidéliser un électorat féminin attiré par la gauche » (Ripa 2017, p. 136).

Une histoire de luttes communes

Dès le XIX^{ème} siècle, une différenciation radicale (et non pertinente) est opérée entre avortement et contraception (McLaren, Morel et Rosenthal 1996). Pourtant, jusqu'au XX^{ème} siècle, la plupart des femmes essayaient d'avorter plutôt que d'utiliser des moyens contraceptifs (*Ibid.*, p. 343). Outre l'autorité morale revêtue par la médecine, des enjeux politiques de l'ordre de rapports de pouvoir entre professions étaient également à considérer puisque des médecins faisaient campagne contre l'avortement dans le but d'« éliminer des adversaires dans les professions paramédicales » (*Ibid.*, p. 287).

En 1981, le docteur Etienne-Émile Baulieu met au point la pilule abortive RU 486 au sein du laboratoire pharmaceutique Roussel-Uclaf. Le président du laboratoire étant catholique, E.-E. Baulieu met davantage en avant les propriétés anti cortisone qu'abortives de la pilule. En 1988, le laboratoire restreint au maximum la diffusion de la RU 486 aux pays ayant aidé à sa mise au point (la France, la Grande-Bretagne et la Suède). Sans augmenter le nombre d'IVG, la pilule abortive permet, d'une part, d'accroître la sécurité des femmes et, d'autre part, d'offrir une nouvelle méthode abortive : la méthode médicamenteuse. Si l'IVG chirurgicale est plus rapide, l'IVG médicamenteuse offre quant à elle la possibilité de la réaliser chez soi. Mais, en réalité, le choix des femmes dépend des disponibilités matérielles des structures médicales. Celles disposant de peu de lits les pousseraient plutôt à opter pour la méthode médicamenteuse¹⁰⁶.

¹⁰⁶ (Castella et Anspach 2013)

Il n'est donc pas pertinent d'opposer la contraception et l'IVG qui sont toutes deux des méthodes de régulation de la fécondité qui s'accompagnent mutuellement au fil de l'Histoire et dont les modalités sont définies par les pouvoirs publics. Contraception et IVG ont donc une histoire de luttes communes (Fonquerne et Zeller 2018), comme en témoigne la loi de 1975 « relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à la contraception qui actualise la loi de 1967 relative à la contraception et celle de 1975 relative à l'avortement. Les dispositions portent notamment sur la suppression de l'autorisation parentale pour l'accès des mineures à la contraception, l'aménagement de la mise à disposition de la contraception d'urgence, l'autorisation de la stérilisation à visée contraceptive, l'allongement du délai légal de recours à l'IVG, l'aménagement de l'autorisation parentale pour les mineures demandant une IVG et l'élargissement du délit d'entrave. La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent également aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville » (INSEE 2008b). De même, en 2001, de nouvelles mesures étaient pensées conjointement pour la contraception et l'IVG : le délai d'IVG passait de 10 à 12 semaines, l'entretien préalable à l'acte devenait facultatif pour les majeures, l'autorisation parentale pour les femmes mineures était supprimée en même temps que la contraception d'urgence était favorisée (Bereni et al. 2012, p. 57-107).

Une remise en question perpétuelle

En France, le taux d'IVG est stable depuis le milieu des années 2000 (Gautier, Kersaudy-Rahib et Lydié 2013). Il n'y a pas plus d'IVG depuis sa légalisation, ce droit est simplement plus mobilisé en cas de GNP. Il n'est toujours pas pertinent de l'opposer à la contraception puisque deux tiers des GNP ont lieu sous contraception et que 21 % des GNP surviennent sous l'utilisation d'une pilule (contre 12 % avec le préservatif et 9 % pour le stérilet) (Bajos et al. 2003; Favier 2016). Le contexte français reste cependant stressant en ce que les conditions d'accès à l'IVG diffèrent dans les structures selon le nombre de places disponibles. À un niveau local, entre 2015 et 2016, le service gynécologique de l'hôpital Paule de Viguier de Purpan à Toulouse connaissait une restructuration mettant à mal l'accès à l'IVG. Alors qu'il s'agit pourtant du seul service public d'accès à l'IVG dans la région, du personnel (désormais une infirmière et une aide-soignante au lieu de deux ou trois) et des lits (passant de 21 à 15) ont été supprimés¹⁰⁷ ; entravant l'accès à ce droit (sans même avoir à revenir sur la loi Veil) et à un usage contraceptif serein.

¹⁰⁷ (Act Up Sud-Ouest 2015)

Retracer, même modestement, l'assise de la médecine sur laquelle se fonde encore celle qui est pratiquée aujourd'hui permet de rendre compte de l'ampleur du rôle de la médecine officielle dans l'ancrage et la reproduction du système de genre. De surcroît, la sexualisation des corps a justifié leur médicalisation qui contribue elle-même à légitimer cette médecine officielle. En outre, l'évolution du contrôle des naissances et les enjeux (économiques, politiques, de santé publique, etc.) qui gravitent autour témoignent d'un lien significatif avec le développement et la diffusion des traitements hormonaux, dont la pilule contraceptive fait partie. Finalement, la régulation des corps par les traitements hormonaux permet la régulation du corps de la nation (Sanabria 2016, p. 132).

Le développement de la médicalisation met également au jour une faille de la deuxième vague féministe pourtant à considérer comme centrale dans l'obtention des droits relatifs à la maîtrise de la fécondité. En médicalisant l'IVG et la contraception, le corps médical a récupéré les savoirs sur les corps des femmes sur lesquels il fait désormais autorité en matière de gestion de la fécondité.

Ce premier chapitre aura également permis de poser le contexte dans lequel est menée cette recherche et dans lequel les matériaux sont à appréhender, à savoir un contexte (néo)libéral au sein duquel les corps revêtent une valeur marchande. Ce contexte se caractérise aussi par la production et la destruction de liberté (Foucault et al. 2004, p. 65) impliquant une coercition à travers une injonction à se saisir des moyens (contraceptifs) mis à disposition. Or, ce sont les pouvoirs publics qui définissent les conditions et les moyens de régulation de la fécondité qui en outre varient selon le profil des femmes, les contextes spatio-temporels, y compris dans un même pays et à une époque donnée. Il apparaît donc légitime d'interroger ce qu'il en est aujourd'hui pour la contraception en France, notamment au regard de contextes plus internationaux, afin d'y situer la place de la pilule.

CHAPITRE 2 – « FÉMINISATION » GLOBALE DE LA CONTRACEPTION : (DÉ)RESPONSABILISATION DES FEMMES SELON DES ENJEUX POLITIQUES

Un large panel de moyens contraceptifs (*a priori*) disponibles ne semble pas être un facteur suffisant à un égal accès à toutes les méthodes et à une égale répartition de la charge contraceptive entre les partenaires et donc à l'émancipation par la contraception. Si la contraception peut être envisagée comme étant un panel « féminisé » de la santé, il s'agira également de questionner l'appréhension cis-centrée de la contraception au travers des termes utilisés (contraception « féminine » et « masculine »). Durant la première moitié du XX^{ème} siècle, le retrait (ou coït interrompu) était la « méthode traditionnellement la plus utilisée par les couples français » (Leridon 1987, p. 361). La gestion de la fécondité impliquait donc une responsabilité masculine. La médicalisation (définie plus loin) de la contraception dans les années 1960-1970 est finalement allée de pair avec sa féminisation (Ventola 2014). Si les théories de la « transition démographique » expliquent la baisse de la fécondité en Europe par l'accès aux méthodes médicales de contraception, il semblerait plutôt que ce décroissement ait précédé à la généralisation des moyens médicaux de contraception. Une limitation de la taille de la famille est observable dès les années 1960, alors que la pilule et le DIU (ou stérilet) ne connaissent une diffusion massive dans les pays européens qu'à partir des années 1970. La diffusion de ces méthodes contraceptives ne serait non pas une cause, mais une résultante de la « transition démographique » (Rusterholz 2017 citée par Roux 2017). D'ailleurs, l'émancipation sexuelle permise par l'accès aux méthodes de gestion de la fécondité (contraception et IVG) ne signifie pas non plus la libération des mœurs (les relations sexuelles hors mariage existant déjà en nombres importants avant l'arrivée de la contraception) (Bozon et Leridon 1993).

L'objectif de ce chapitre est alors de présenter le panorama contraceptif contemporain disponible en France (au sein duquel s'inscrit le travail de terrain) et de l'appréhender au regard d'un contexte international permettant de considérer des logiques plus globales. Une première partie sera consacrée à la définition de la contraception et fera le point sur la disponibilité du panel contraceptif actuel en France. Les pouvoirs publics faisant autorité sur les modalités de présentation et de disponibilité des moyens contraceptifs, il s'agira d'analyser un corpus composé de

différents prospectus officiels présentant le panel actuel. Ces documents ne présentant que les méthodes contraceptives disposant d'une AMM¹⁰⁸ (à l'exception de celles qui ne la nécessitent pas, telles que les méthodes dites traditionnelles et naturelles), un entretien réalisé auprès de l'andrologue Roger Mieuxset (praticien à Toulouse et spécialiste de la contraception dite masculine) sera mobilisé. En questionnant l'aspect forcément émancipateur de la contraception, ce chapitre revient sur ce débat et s'ancre parmi les positionnements les plus récents. Un extrait d'entretien mené auprès d'une jeune femme usagère de pilule sera d'ailleurs mobilisé pour illustrer la notion de « travail contraceptif » endossé par les femmes (Thomé et Rouzaud-Cornabas 2017).

Dans une deuxième partie, différentes logiques contraceptives seront appréhendées selon diverses échelles territoriales : à l'international avant de se focaliser sur une échelle plus locale. Dans une volonté de sortir d'un regard eurocentré sur les pays d'Europe de l'ouest, un focus sur les pratiques contraceptives dans les pays d'Europe de l'Est sera plutôt proposé. La (dé)responsabilisation des femmes étant inégale selon les régions du monde, les logiques contraceptives appréciées en France sont alors légitimement questionnables. Outre la littérature académique, des documents officiels seront mobilisés (issus d'un Conseil Départemental, d'un Planning Familial ou encore du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes).

2.1 Une diversité contraceptive relative : la contraception, panel « féminisé » de la santé

2.1.1 Panorama contraceptif français : des moyens de contraception qui ne se valent pas ?

Médicalisation et « féminisation » de la contraception : sortir du regard cis-centré défendu par les pouvoirs publics

La contraception regroupe l'ensemble des méthodes visant à éviter de façon réversible et temporaire une grossesse non prévue¹⁰⁹(INSEE 2008a). Ces méthodes peuvent être catégorisées selon différentes caractéristiques : leurs modes de fonctionnement (hormonal, barrière) ; leurs modes d'administration (voie orale, cutanée, sous-cutanée, intramusculaire ou génitale) ; leur durée d'utilisation : SARC (*short acting reversible contraception*, tel·le·s que la pilule, l'anneau, le patch) et LARC (*long*

¹⁰⁸ Autorisation de mise sur le marché.

¹⁰⁹ L'on parle aujourd'hui de grossesse non prévue (GNP) plutôt que de grossesse non désirée (GND) en ce qu'une grossesse non planifiée peut finalement devenir désirée.

acting reversible contraception, soit de long cours¹¹⁰ tels que les DIU, l'implant et les injectables) ; selon que leur utilisation soit locale (utilisation au niveau du vagin, de l'utérus ou du pénis) ou non ; selon qu'elles soient coopératives¹¹¹ ou pas ; selon qu'elles soient médicalisées ou non. Les méthodes dites naturelles et traditionnelles (coït interrompu ou retrait, abstinence volontaire, méthodes des températures, allaitement, etc.) font donc partie du panel. À ce titre, parler non pas uniquement de « moyens » mais également de « méthodes » contraceptives permet d'intégrer pleinement les pratiques précédemment citées, et faisant partie de la réalité des usages, au panel contraceptif. La stérilisation à visée contraceptive (non réversible) est, quant à elle, encadrée en France par la loi depuis 2001. Elle ne concerne que les personnes majeures et se décline selon trois méthodes : deux à destination des femmes (la ligature des trompes *via* la pose de clips ou le retrait des trompes pour les femmes plus âgées) (Tanguy Le Gac et Cassé 2019) et une à destination des hommes (la vasectomie). Etienne-Émile Baulieu, concepteur de la pilule abortive RU-486, propose de distinguer la contraception de la **contragestion**, entendue comme toute possibilité de supprimer une grossesse¹¹², renvoyant aux méthodes intervenant après la fécondation. Ce second terme vient réaffirmer les liens entre contraception et IVG.

Aujourd'hui, la contraception est largement féminisée et médicalisée. La comparaison de quatre tableaux issus de sources et de structures officielles présentant le panel contraceptif actuel l'illustre. Deux prospectus papier (récupérés en salle d'attente d'une structure médicale pour l'un et lors d'un séminaire universitaire pour l'autre) et deux tableaux issus d'un site internet¹¹³ de Santé Publique France¹¹⁴ composent ce corpus. Chacun a été réalisé en collaboration entre différents pouvoirs publics. Il ne s'agit donc pas de documents publicitaires provenant de laboratoires (ce qui est généralement le cas pour présenter un moyen contraceptif en particulier et non l'ensemble du panel disponible). Pourtant, la liste des moyens de contraception présentés n'est pas systématiquement exhaustive. Neuf moyens sont des invariants : la pilule, le patch, l'implant, l'anneau, les DIU, le diaphragme, la cape cervicale, les préservatifs dits féminin et masculin sont présentés dans chacun des documents. Les appellations des différentes méthodes traduisent une vision cis-centrée. En effet, il est

¹¹⁰ Les LARC comprennent les méthodes réversibles nécessitant moins d'une administration par cycle ou par mois (Wale et Rowlands 2020).

¹¹¹ Les méthodes coopératives sont celles nécessitant l'accord des deux partenaires pour être utilisées. C'est par exemple le cas du préservatif, du retrait, de l'abstinence.

¹¹² (Castella et Anspach 2013)

¹¹³ Tableau comparatif des moyens de contraception (choisirsacontraception.fr)

¹¹⁴ Agence nationale de santé publique sous tutelle du Ministère chargé de la santé.

plus juste (au regard de la réalité des pratiques) et inclusif (au regard de la réalité des identités de genre) de délaissier les termes de contraception féminine et masculine afin de tenir compte de la réalité des expériences des personnes trans, intersexes et non binaires. Plutôt que d'associer l'action d'un moyen contraceptif à une identité de genre présumé, l'on peut mettre en avant l'action physiologique des moyens contraceptifs sur les gonades concernées¹¹⁵. Il ne s'agit non plus de parler de contraception féminine, mais de contraception ovarienne (pour les méthodes hormonales bloquant l'ovulation) ou vaginale (pour les méthodes barrières). De même, il ne s'agit plus de parler de contraception masculine, mais de contraception testiculaire ou pénienne. Concernant les préservatifs, l'on parlera de préservatifs externe et interne plutôt que de préservatifs masculin et féminin, le second pouvant s'utiliser dans le cadre de rapports sexuels annaux (et) entre hommes. Tout en reconnaissant que ce préservatif est utilisé dans le cadre de relations homosexuelles et par des personnes trans, dans un récent Rapport (2021) visant à promouvoir le remboursement de ce moyen contraceptif, le HCE¹¹⁶ indique pourtant vouloir conserver l'appellation de préservatif « féminin » (plutôt qu'« interne »), afin de mettre en avant les enjeux d'égalité entre les femmes et les hommes¹¹⁷. Cet argument apparaît peu convaincant en ce que le terme « féminin » renvoie la charge contraceptive aux femmes, alors même que son homologue (le préservatif externe) représente un des rares moyens convoquant la responsabilité des hommes.





Le site choisirsacontraception.fr, propose deux tableaux récapitulatifs et comparatifs (dont un existe en version imprimable et en prospectus disponibles en structures médicales) des moyens de contraception. En plus des neuf moyens invariants, ces tableaux présentent également quatre autres méthodes que sont les spermicides, les progestatifs injectables, la stérilisation à visée contraceptive et les méthodes dites naturelles et traditionnelles. Cependant, dans le tableau présent sur le site (2013), ces dernières ne sont pas présentées de manière exhaustive (seul·e·s le retrait et l'abstinence périodique sont mentionné·e·s). Quant à la version imprimable du récapitulatif (2016), les méthodes dites naturelles apparaissent à la marge du tableau : présentées, d'une part, en dessous de celui-ci et, d'autre part, comme étant « contraignantes » et « peu fiables », comme le montre la figure ci-après.

¹¹⁵ Cette approche est notamment proposée par le collectif Thomas Bouloù en faveur de l'auto-contraception testiculaire thermique (Collectif Thomas Bouloù 2018).





¹¹⁶ Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes.

¹¹⁷ (Grésy, Piet et Ressot 2021)

LES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

LA MÉTHODE	PRIX ¹	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p>DIU (Dispositif Intra-Utérin) Il en existe deux types : au cuivre ou lévonorgestrel. Le DIU (auparavant appelé « stérilet ») est placé dans l'utérus par un médecin ou une sage-femme. La pose dure quelques minutes. Il peut être enlevé par le médecin ou la sage-femme dès que la femme le désire. Il est efficace de 4 à 10 ans, selon le modèle. Il a une longue durée d'action et permet d'avoir l'esprit tranquille.</p>	<p>DIU au cuivre : 30,50 €. DIU hormonal : entre 101,15 et 111,87 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie² et sans condition d'âge dans les CPEF³ ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF³.</p>	<p>Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>PILULE CONTRACEPTIVE Un comprimé à prendre quotidiennement et à heure régulière pendant 21 jours ou 28 jours, selon le type de pilule. Il en existe deux types : les pilules combinées œstroprogestatives qui contiennent deux hormones et les pilules progestatives qui n'en contiennent qu'une. Les pilules œstroprogestatives sont classées selon la génération du progestatif. Le type de génération privilégié sera envisagé avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>De 1,28 à 1,60 €/mois pour les pilules remboursées à 65 % (c'est-à-dire les pilules de 1^{re} et 2^e générations). Les autres sont à tarification libre. Gratuites : • pour les mineures : en pharmacie² et sans condition d'âge dans les CPEF³ ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF³.</p>	<p>Prescrite par un médecin ou une sage-femme. Elle peut être renouvelée par une infirmière pour 6 mois maximum. Délivrée sur ordonnance en pharmacie. Le pharmacien peut renouveler la délivrance pour 6 mois maximum.</p>
 <p>PATCH CONTRACEPTIF Un patch à coller soi-même sur la peau une fois par semaine et à renouveler chaque semaine, pendant 3 semaines. Durant la 4^e semaine, on ne met pas de patch, mais on est tout de même protégé. L'arrêt provoque l'apparition des règles. Le patch est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>Environ 13 €/mois. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>IMPLANT CONTRACEPTIF Un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par un médecin ou une sage-femme dès que la femme le désire. L'implant peut être laissé en place pendant 3 ans. L'implant est une méthode contraceptive hormonale.</p>	<p>105,32 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie² et sans condition d'âge dans les CPEF³ ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF³.</p>	<p>Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>




¹ Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2016. ² Pour les mineures d'au moins 15 ans assurées sociales ou ayants droit. ³ Centres de planification et d'éducation familiale.

LA MÉTHODE	PRIX ¹	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p>ANNEAU VAGINAL Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin, simplement, comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. Au début de la 4^e semaine, on enlève l'anneau soi-même, ce qui provoque l'apparition des règles. On est protégé même pendant la période d'arrêt. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines. L'anneau vaginal est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>Environ 16 €/mois. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>DIAPHRAGME ET CAPE CERVICALE Le diaphragme est une coupelle en silicone que l'on place soi-même dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Cela empêche le passage des spermatozoïdes. La cape est un dôme très fin, en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. Le diaphragme ou la cape cervicale peut être posé(e) au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de le/la garder pendant 8 heures après le rapport. Il/elle est réutilisable.</p>	<p>Environ 61 €. Diaphragme remboursé sur la base de 3,14 €. Cape cervicale non remboursée.</p>	<p>Prescrits par un médecin ou une sage-femme qui vous apprend à le/la poser. Délivrés sur ordonnance en pharmacie. Le diaphragme peut être obtenu dans les CPEF². Les spermicides qui accompagnent l'utilisation du diaphragme s'achètent en pharmacie sans ordonnance.</p>
 <p>PRÉSERVATIF MASCULIN En latex ou en polyuréthane, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Avant la fin de l'érection, il faut se retirer en retenant le préservatif à la base du pénis, puis faire un nœud et le jeter à la poubelle. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Un gel lubrifiant peut être associé à l'utilisation du préservatif. Avec le préservatif féminin, c'est le seul moyen de contraception qui protège également du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>À partir de 54 cts le préservatif. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF² et les CeGIDD³.</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie, en grande surface, distributeurs automatiques et sur internet.</p>
 <p>PRÉSERVATIF FÉMININ Gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Avec le préservatif masculin, c'est le seul moyen de contraception qui protège du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>Environ 8,30 € la boîte de 3 préservatifs. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF² et les CeGIDD³.</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie et sur internet.</p>

¹ Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2016.

² Centres de planification et d'éducation familiale.

³ Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites virales et autres IST.

LA MÉTHODE	PRIX ¹	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p>SPERMICIDES Les spermicides se présentent sous forme de gel et d'ovule qui se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport et détruisent les spermatozoïdes. Une contraception de dépannage.</p>	<p>Environ 5 à 20 € selon le type, pour plusieurs doses. Non remboursés.</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>PROGESTATIFS INJECTABLES Un progestatif de synthèse (médorogestérone) est injecté par piqûre intramusculaire tous les trois mois. Pendant 12 semaines, le produit assure une contraception constante. Les injections doivent être faites à intervalles réguliers par un médecin, une infirmière ou une sage-femme. Les progestatifs injectables sont une méthode contraceptive hormonale.</p>	<p>Chaque dose coûte 3,4 €. Remboursés à 65 %.</p>	<p>Sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>LES MÉTHODES DE STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE Ces méthodes peuvent être envisagées chez des personnes majeures, hommes ou femmes. Elles provoquent une stérilité considérée comme définitive. L'intervention doit résulter d'une décision personnelle et se déroule dans un établissement de santé. Pour plus d'information, consultez le site www.choisirsacontraception.fr ou www.sante.gouv.fr rubrique « Contraception » (voir le livret d'information <i>Stérilisation à visée contraceptive</i>).</p>	<p>Remboursées à 80 %.</p>	<p>L'intervention ne peut être réalisée : <ul style="list-style-type: none"> • qu'après une première consultation médicale d'information ; • à l'issue d'un délai de réflexion de 4 mois après cette première consultation ; • et après confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention. </p>

¹ Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2016.

Certaines méthodes peuvent présenter des contre-indications médicales qui seront évoquées par le professionnel de santé consulté.



Il existe aussi plusieurs méthodes « naturelles » de contraception telles que le retrait ou l'abstinence périodique (méthodes Ogino, Billings et méthode des températures). Contraignantes, ces méthodes sont peu fiables.

Quelle que soit la méthode que vous choisissez, n'oubliez pas que le préservatif (masculin ou féminin) est le seul contraceptif qui protège du VIH et de la plupart des autres IST. Il peut également être associé à un autre mode de contraception : c'est ce qu'on appelle la « double protection ».

Figure 4 - Tableau comparatif et récapitulatif des « différentes méthodes contraceptives » (version imprimable), selon choisirsacontraception.fr, 2016

Le troisième document - plus ancien - est une brochure informative (2008) agréée par le Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et l'INPES¹¹⁸. Elle est réalisée en collaboration avec le Service du droit des femmes et de l'égalité, l'Association Française pour la Contraception (AFC), le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) et le Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida Ile-de-France (CRIPS). La brochure ne présente pas les progestatifs injectables et mentionne à la marge (à la façon d'une note de bas de page) les méthodes dites naturelles et la stérilisation à visée contraceptive (comme l'illustre la figure ci-après). En outre, une page à part est consacrée à la contraception d'urgence.

¹¹⁸ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

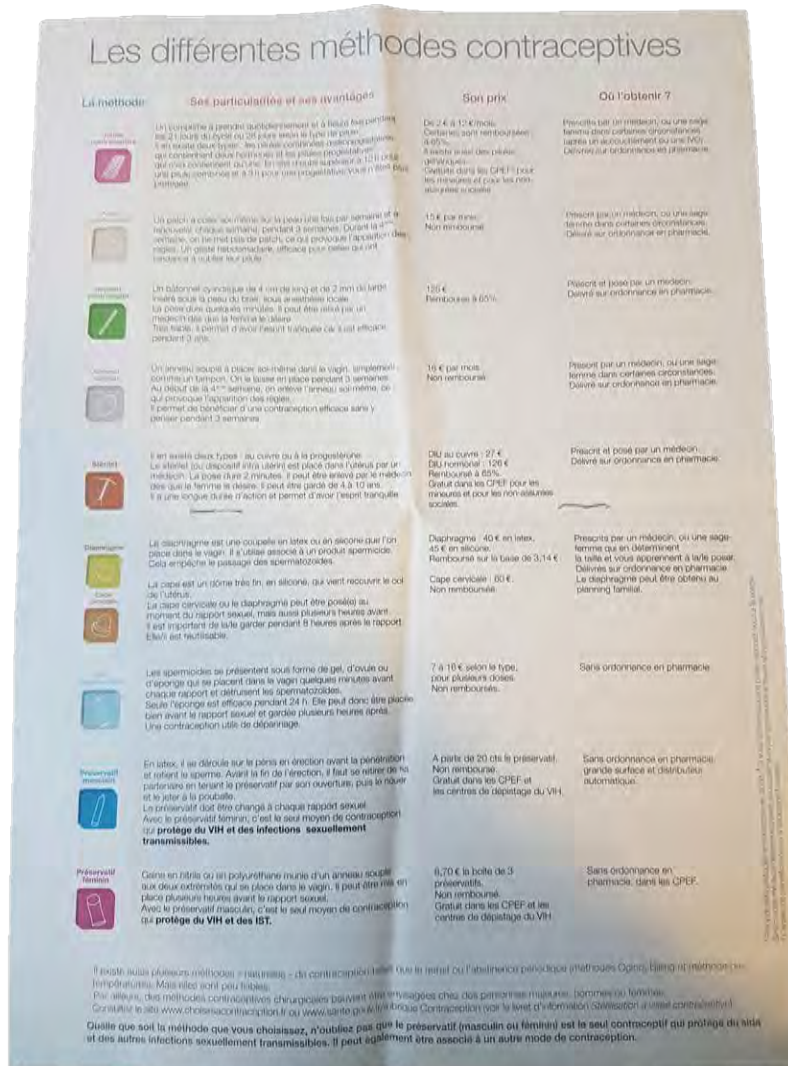


Figure 5 - « Les différentes méthodes contraceptives », l'exemple d'un prospectus informatif officiel, 2008

Enfin, un « Kit de l'animateur-trice »¹¹⁹ (2013) agréé par la région, réalisé en collaboration entre le Planning Familial et la LMDE¹²⁰ et destiné aux formatrices et aux formateurs de ces mêmes structures intervenant dans les classes de 2nde en Midi-Pyrénées, vient clôturer ce corpus. Hormis les moyens de contraception invariants, ce kit n'évoque ni les spermicides, ni les progestatifs injectables, ni la stérilisation à visée contraceptive, ni les méthodes dites naturelles. L'objectif annoncé n'est pas

¹¹⁹ Document issu du terrain de Master : « Séance d'information sur la contraception et l'égalité filles-garçons. Le kit de l'animateur-trice », 2013, Région Midi-Pyrénées, 24 p.

¹²⁰ La Mutuelle Des Étudiants.

l'exhaustivité de l'information, il s'agit surtout de « visualiser les principaux moyens de contraception, afin de se rendre compte de leur diversité »¹²¹. Tout comme sur le site mobilisé dans ce corpus, des pages à part sont consacrées à l'IVG.

Dans l'ensemble de ces documents, parmi les neuf invariants, la présence constante du préservatif s'explique par sa propriété prophylactique. Le diaphragme et la cape cervicale représentent une alternative non hormonale et moins médicalisée, notamment quand les méthodes dites naturelles sont occultées. Les cinq autres méthodes sont médicalisées, à usage ovarien, et pour l'écrasante majorité ont un fonctionnement hormonal (à l'exception du DIU au cuivre). Au-delà des invariants, parmi les treize moyens de contraception proposés par les prospectus d'informations officiels, dix sont à usage strictement ovarien/vaginal (la pilule, le patch, l'implant, l'anneau, les DIU, le diaphragme, la cape cervicale, les spermicides, le préservatif interne, les progestatifs injectables), deux englobent l'ensemble des usages - vaginal, ovarien, pénien, testiculaire (la stérilisation à visée contraceptive et les méthodes dites naturelles), et un seul est à usage strictement pénien (le préservatif externe). Mais deux autres méthodes à usage testiculaire existent sans être ni mentionnées dans les prospectus officiels, ni commercialisées, ni largement diffusées (et seront exposées ultérieurement).

Les tableaux de ce corpus permettent de comparer les moyens de contraception selon certains critères et notamment leur efficacité grâce à l'indice de Pearl (outil statistique mesurant l'efficacité théorique et pratique des méthodes de contraception sur 100 femmes sur un an), qui s'inscrit dans une logique de médicalisation de la contraception. Les prochains chapitres montreront d'ailleurs que le primat de ce critère participe d'une vision thérapeutique de la contraception (Ventola 2014) et en montreront certaines limites.

La médicalisation de la contraception se caractérise par la dépendance des usagères aux structures (para)médicales et au personnel (para)médical. D'une part car une ordonnance est nécessaire pour se procurer un moyen contraceptif médicalisé. D'autre part parce que la plupart des moyens contraceptifs ont un fonctionnement hormonal. L'usage d'une méthode contraceptive médicalisée nécessite donc une intervention médicale à un moment donné (lors de la pose du contraceptif par exemple) ou un suivi médical régulier (pour un renouvellement d'ordonnance par exemple), auquel il paraît difficile de se soustraire. Par exemple, le DIU au cuivre a un

¹²¹ Information issue du document recueilli lors du terrain de Master : « Séance d'information sur la contraception et l'égalité filles-garçons. Le kit de l'animateur-trice », 2013, Région Midi-Pyrénées, p. 11.

fonctionnement non hormonal mais est délivré sur ordonnance et la pose s'effectue par un·e professionnel·le de santé. Il fait donc partie des méthodes médicalisées. Finalement, la médicalisation « consists of defining a problem in medical terms, using medical language to describe a problem, adopting a medical framework to understand a problem, or using a medical intervention to "treat" it »¹²² (Conrad 1992, p. 211). Plus particulièrement, « La médicalisation de la contraception témoigne d'un processus d'intervention plus général sur le corps féminin et, en particulier, le corps reproducteur. Le corps féminin comme objet sexué justifie la définition d'une science nouvelle au XIXe siècle : la gynécologie. » (Gardey 2005, p. 132).

Le tableau ci-après tend à présenter le panel contraceptif (et non l'ensemble des méthodes de régulation de la fécondité) de manière exhaustive, par ordre alphabétique et non selon les taux d'efficacité, et illustre la proportion de moyens de contraception médicalisés.

¹²² Que l'on pourrait traduire par : « consiste à définir un problème en termes médicaux, user d'un langage médical pour le décrire, adopter un cadre médical pour le comprendre ou utiliser une intervention médicale pour le traiter ».

Tableau 1 - Les différentes méthodes de contraception et la proportion de médicalisation

Méthodes contraceptives à usage ovarien/vaginal		Dont le fonctionnement est hormonal	Délivré sur ordonnance	Nécessite une intervention médicale	Fréquence de renouvellement d'utilisation ¹²³
Anneau vaginal		X	X		Mensuelle
Cape cervicale			X		Réutilisable à vie
Contraception d'urgence (pilules du lendemain)		X	(X) ¹²⁴		
Diaphragme (combiné aux spermicides)			X		Réutilisable à vie
DIU (stérilets)	hormonal	X	X	X	Tous les 3 à 5 ans ¹²⁵ ou tous les 4 à 10 ans ¹²⁶ .
	cuivre		X	X	
Implant		X	X	X	Tous les 3 ans
Méthodes dites naturelles					
Patch		X	X		Hebdomadaire
Pilules		X	X		Quotidienne
Préservatif interne (dit féminin)					Une seule fois au moment du rapport sexuel
Progestatifs injectables		X	X	X	Tous les mois ou tous les deux ou trois mois
Spermicides					Une seule fois au moment du rapport sexuel
Stérilisation à visée contraceptive				X	Une seule fois, à vie
TOTAL		7/14	10/14	5/14	
Méthodes contraceptives à usage testiculaire/pénien					
Méthodes dites naturelles					
Préservatif externe (dit masculin)					Une seule fois au moment du rapport sexuel
Stérilisation à visée contraceptive				X	Une seule fois, à vie
TOTAL		0/3	0/3	1/3	

Seul un tiers des moyens de contraception à usage testiculaire/pénien peut être considéré comme étant médicalisé et cela sans qu'aucun moyen n'ait un fonctionnement hormonal. Sept des treize (quatorze si l'on distingue les deux types

¹²³ Afin d'en garantir l'efficacité et non selon la fréquence des rapports sexuels.

¹²⁴ Ordonnance facultative depuis 2015.

¹²⁵ (planning-familial.org): <http://www.planning-familial.org/articles/la-contraception-hormonale-00357> consulté le 16 mars 2016.

¹²⁶ Selon les prospectus du corpus étudié.

de DIU) moyens de contraception à usage ovarien/vaginal répertoriés dans ce tableau ont un fonctionnement hormonal et jusqu'à onze peuvent être considérés comme étant médicalisés.

Les pouvoirs publics opèrent donc une hiérarchisation des différents moyens de régulation de la fécondité, selon des critères de médicalisation et moraux : certains sont des invariants quand d'autres sont présentés à la marge ou sont particularisés (comme les méthodes dites naturelles ou la contraception d'urgence). L'IVG, quant à elle, n'est pas présentée comme une méthode courante de régulation de la fécondité et encore moins comme un moyen de contraception. Plutôt que de penser la gestion de la fécondité dans son ensemble, la contraception d'urgence et l'IVG sont présentées comme des ultimes recours culpabilisants suite à un « échec » de contraception (Amsellem-Mainguy 2007; Divay 2004).

Un schéma contraceptif normé

En France le taux de prévalence contraceptive reste élevé depuis la diffusion de la contraception (années 1970) et a augmenté de sept points entre 1994 et 2000 en passant de 68 % à 75 %. Les femmes qui n'utilisent pas de moyen de contraception et qui ne veulent pourtant pas d'enfant sont rares et sont le plus souvent issues de groupes sociaux dont le capital économique et culturel est peu élevé (1,8 % en 2000). Entre 2000 et 2005 (INSEE 2008a), 95 % des jeunes femmes âgées de quinze à vingt-cinq ans utilisaient un moyen de contraception. Jusqu'aux années 2010, le taux d'utilisation de la contraception a augmenté et les moyens contraceptifs se sont diversifiés sous forme de nouvelles méthodes comme l'implant (qui représente l'essor de ce groupe contraceptif) et le patch, qui connaissent cependant peu d'utilisatrices à ce moment-là, soit 5 % du recours contraceptif en 2000 (United Nations 2017).

En définitive, trois moyens de contraception se sont généralisés : le préservatif (externe), la pilule (qui occupe une place centrale dans cette norme) et les DIU (ou stérilets). Ils traduisent une norme contraceptive (Bajos et Ferrand 2004) ou un schéma contraceptif français peu flexible et un parcours contraceptif normé (Gautier, Kersaudy-Rahib et Lydié 2013). En effet, au cours d'une vie ces trois méthodes se succèdent généralement. Le préservatif est plutôt utilisé en début de vie sexuelle ou lorsque les partenaires sont nouvelles·nouveaux ou occasionnel·le·s. Une pilule succède à ce premier moyen contraceptif lors d'une mise en relation dite stable. Avant son utilisation exclusive, elle peut avoir été combinée au préservatif. Enfin, un DIU est plus souvent posé lorsque que le nombre d'enfant(s) souhaité est atteint et peut ainsi être appréhendé comme une méthode contraceptive d'arrêt (Leridon et al. 2002, p. 4).

Dans les années 1980-1990, en contexte de VIH-Sida, l'augmentation du recours au préservatif (externe) n'a pas empêché une forte diffusion des pilules chez les jeunes femmes. « On ne peut donc imputer la hausse continue des méthodes médicales dans les années 1990 à un effet de substitution » (Rossier et al. 2004, p. 453). En 2010, l'utilisation du préservatif était en hausse. Le principal facteur d'utilisation semble être celui de l'âge car la plus grande part d'utilisatrices concerne les moins de vingt ans avec un pourcentage de 18,2. Ce dernier gagne dix points si l'on s'attarde sur les mineures (Gautier, Kersaudy-Rahib et Lydié 2010, p. 148). La pilule reste plus utilisée et donc plus prescrite que le préservatif, les professionnel·le·s de santé considérant moins l'efficacité du préservatif en termes de prévention de GNP qu'en termes d'IST¹²⁷.

Dans les parcours contraceptifs, l'utilisation de nouvelles méthodes ou des DIU succède à la pilule (Bajos et al. 2012). En 2010 (Gautier, Kersaudy-Rahib et Lydié 2010), les femmes âgées de vingt-cinq à vingt-neuf ans représentaient avec 7,3 % la plus grande part de la population des femmes contraceptées ayant testé ces nouveaux moyens. Cette même année, les méthodes locales concernaient moins d'une femme sur cent âgée de vingt à vingt-neuf ans.

Les utilisations de moyens contraceptifs plus définitifs se feraient à mesure que les âges avancent. En 2010, ce type de méthodes concernait seulement 3,7 % (contre 1,3 % en 2005) des jeunes femmes contraceptées ayant entre vingt et vingt-quatre ans (*Ibid.*, p. 148-149). Les DIU font partie des moyens contraceptifs décrits comme étant plus définitifs (LARC ou de long cours) car leur efficacité varie de trois à dix ans, selon les modèles et les recommandations nationales. Concernant la durée d'utilisation du DIU au cuivre, les recommandations diffèrent entre la France et les États-Unis et illustrent la variabilité de logiques moins médicales que de l'ordre du marketing pharmaceutique. En outre, la banalisation des prescriptions de pilule face à la réticence de certain·e·s médecins à la pose de DIU chez de jeunes nullipares ne semblent pas concerner tous les profils de femmes. En France, les contraceptifs à usage plus définitifs et demandant donc une moindre observance sont surtout utilisés chez les femmes d'origine d'Afrique subsaharienne (Bajos et al. 2012). Les politiques de santé actuelles concernant la pilule (et la contraception en général) semblent donc toujours impactées par des logiques culturalistes (Mulot 2009; Pourette 2006) ou racistes. Par conséquent, les informations communiquées par le corps médical dépendent à la fois du profil des patientes (Bretin et Kotobi 2016; Fainzang 2006) et des conjonctures de politiques sanitaires. Il est donc important de tenir compte des périodes dont résultent les parcours contraceptifs. À ce titre, des chiffres plus récents

¹²⁷ Infections sexuellement transmissibles.

seront mobilisés dans les chapitres suivants au moment d'illustrer les conséquences de « la crise de la pilule » (Bajos et al. 2014) sur les parcours contraceptifs.

Contraception d'urgence, recours culpabilisant

« Les retards apportés à la diffusion de la pilule du lendemain [...] témoignent du caractère très secondaire que la question de la contraception continue à revêtir aux yeux du corps médical et des pouvoirs publics » (Alisa Del Re in Hirata et al. 2004, p. 2).

Aucun moyen de contraception n'atteint une fiabilité de 100 %. Ainsi, durant ces dernières décennies, une dernière forme de contraception s'est développée : la contraception d'urgence (ou pilules du lendemain). La pilule du lendemain NorLevo[®] est commercialisée en 1999. Elle peut être utilisée jusqu'à soixante-douze heures après un rapport non protégé bien qu'il soit conseillé que le délai ne dépasse pas douze heures car son efficacité diminue avec le temps. En 2000, « la loi du 3 décembre autorise la délivrance, sans ordonnance, de la contraception d'urgence et à titre gratuit dans les pharmacies pour les mineures » (INSEE 2008a, p. 74). Il existe alors deux pilules du lendemain. EllaOne[®] est commercialisée en 2009. Elle est plus chère que son aînée et peut être utilisée jusqu'à cinq jours après le rapport bien que son efficacité diminue aussi au fil des jours. Depuis avril 2015, elle peut être vendue sans ordonnance. Pour les mineures sa délivrance peut être gratuite, anonyme et sans accord parental (Rahib, Lydié, et Le groupe Baromètre santé 2016 2018; Rahib et Lydié 2017).

La facilitation d'accès est un point important du développement de la contraception d'urgence. Cela se traduit par sa délivrance sans ordonnance ; par un élargissement des lieux et des conditions d'accès (Gautier, Kersaudy-Rahib et Lydié 2010, p. 146) ; et par l'allongement des délais de recours. En 2010, 11 % des jeunes femmes âgées de quinze à vingt-neuf ans, sexuellement actives, y ont eu recours au moins une fois.

Les pilules du lendemain sont considérées comme des « contraceptifs de rattrapage » (*Ibid.*, p. 145-156; Gautier, Kersaudy-Rahib et Lydié 2013). Cette appréhension sous-entend une mauvaise utilisation/responsabilisation de la part des jeunes femmes, notamment à travers la notion « d'échec », y compris par des chercheurs travaillant sur ces questions : « [p]our plus de la moitié des femmes, la grossesse intervient malgré l'utilisation d'un contraceptif. [...] Face à de tels constats, la diffusion des méthodes limitant **les défauts d'utilisation** doit être renforcée » (Beck, Richard in Gautier, Kersaudy-Rahib et Lydié 2010, p. 153). Leur développement s'accompagne donc d'une culpabilisation des utilisatrices. Par conséquent, l'utilisation de la contraception d'urgence est pensée négativement.

D'ailleurs, l'invention de moyens contraceptifs dont l'efficacité est indépendante des usagères devait permettre de limiter ces « échecs ». Dans les années 1970, l'injection et l'implant ont été conçus à destination des femmes qui oubliaient la pilule (Sanabria 2016, p. 12). Pourtant, avoir recours à cette utilisation ne témoigne pas uniquement d'un « échec », c'est aussi une prise de précaution et une responsabilisation (Amsellem-Mainguy 2007).

2.1.2 Contraception testiculaire

« Dans la société occidentale, le travail est bien l'enjeu principal des rapports sociaux de sexes ; a contrario, on peut d'ailleurs souligner le fait que la légalisation de la contraception et de l'avortement n'a rien changé, sur le fond, quant aux rapports de genre » (Maruani 2005 : 96 citée par Kergoat in Clair 2012, p. 51).

Il n'y a pas d'inégalité du côté des hommes

Si les enjeux contraceptifs des années 1970 étaient d'envisager une contraception permettant une responsabilité mutuelle des partenaires sexuels, des inégalités persistent. Avec une écrasante majorité de moyens contraceptifs à usage ovarien avec un fonctionnement hormonal, les femmes disposent d'un large choix. Dans sa thèse, Cyril Desjeux envisage la gestion contraceptive par les hommes entre risque d'appropriation des corps des femmes par les hommes et positionnements des hommes sous contraintes (Desjeux 2009a, p. 494-498). Il explique ce dernier cas de figure par différents « freins » : la contraception ne serait pas porteuse de normes en adéquation avec l'identité masculine attendue (le registre de la virilité est peu compatible avec le registre de la contraception) ; les femmes ne souhaiteraient pas nécessairement leur implication ; les hommes ne bénéficient pas de consultations andrologiques et par ailleurs les professionnels de santé exposent peu les moyens contraceptifs à usages pénien/testiculaire ; les hommes sont par conséquent moins socialisés à la gestion contraceptive que les femmes et peuvent éprouver des difficultés techniques dans l'utilisation du préservatif externe. Pour autant, on ne peut pas parler d'inégalités du côté des hommes. D'une part, parce qu'une paternité semble plus facile à fuir qu'une maternité et, d'autre part, parce que les hommes portent peu les charges relatives à la contraception. L'on peut donc nuancer les propos de Françoise Héritier selon laquelle la contraception serait un levier de la domination masculine (Bajos et Ferrand 2004, p. 135) et de Nadine Lefaucheur qui en 1992 parlait de la contraception comme un « nouveau régime de maternité » par lequel « le désir de paternité des hommes devien[drai]t tributaire de la volonté de maternité de leurs partenaires » (citée par Collin, Laborie in Hirata et al. 2004, p. 112). La contraception ne remet pas en

cause la division sexuelle du travail qui reste productif pour les hommes et reproductif pour les femmes (Bajos et Ferrand 2004). En effet, il semble tout aussi courant que les femmes se voient tributaires de la volonté de leurs partenaires à utiliser ou non un préservatif (externe) ; moyen contraceptif pourtant largement diffusé, moins onéreux que son homologue interne, seul moyen prophylactique et l'un des rares permettant de faire-valoir une responsabilité contraceptive masculine.

L'évidence de l'utilisation du préservatif externe a été progressivement construite au fil des vingt dernières années (Thomé 2016) et ses usages ne garantissent pas une responsabilité masculine en ce qu'ils permettent de distinguer la personne initiant la méthode, la personne sur laquelle la méthode est appliquée physiologiquement, et la personne dont le consentement est nécessaire (Diller et Hembree 1977 cités par Spencer 1999 : 32 cité par Ibid., p. 74). Si responsabilité masculine il y a, elle ne sera que ponctuelle et temporaire puisque le préservatif ne s'utilise qu'au moment de l'acte sexuel, est privilégié lors d'une première relation sexuelle et dans le cadre d'une relation avec un·e nouvelle·nouveau partenaire et est délaissé dans le cadre d'une relation durable. Il permet donc davantage que la pilule de penser la sexualité en termes récréatifs.

Les usages du préservatif semblent donc fortement genrés (Thomé 2016). Si l'utilisation de ce moyen contraceptif semble être une « évidence scolaire » chez des jeunes femmes diplômées (renvoyant à la figure de la « bonne élève »), les partenaires masculins seraient impactés par le stigmate de l'hypocondriaque, incompatible avec un modèle de virilité. L'impératif de responsabilité contraceptive chez les hommes est donc inexistant y compris pour l'usage du préservatif. Par conséquent, si l'on note une absence de partage de cette tâche du côté des hommes, les femmes se chargent davantage de vérifier la disponibilité de ce moyen contraceptif ainsi que sa date de validité. Chez les plus jeunes, l'achat du préservatif est facteur de virilité chez les hommes (connotation positive), tandis que cela renvoie à de la gêne chez les femmes (connotation négative). Les premiers sont valorisés d'avoir une vie sexuelle quand les secondes le sont pour s'être montrées responsables. Dans une même logique, les femmes ont une perception du risque du VIH-Sida plus élevée alors que les hommes vont avoir tendance à s'en inquiéter seulement pour eux-mêmes et à la suite d'une prise de risque. Leur désir, perçu comme irrépessible, passe avant la santé. Aussi, « dans les discours des jeunes », les risques de GNP et ceux liés au VIH-Sida sont « dissociés » et hiérarchisés selon le type de relations : le second est davantage envisagé dans les relations occasionnelles tandis que le premier ne s'envisage pas dans le cadre d'une relation sexuelle dépourvue de sentiments amoureux (Amsellem-Mainguy 2007, p. 322 et 431). Aussi, au-delà de la protection des IST, hommes et femmes ne sont

pas confronté·e·s aux mêmes enjeux : pour les premières la responsabilité apparaît comme une tâche et pensent le lien entre relation égalitaire et consentement, tandis que pour les seconds, le contrôle de l'utilisation (par le refus) du préservatif est notamment systématique en cas de viol (Thomé 2016). Mais sans même se situer à ce pôle du *continuum* des violences de genre (Hanmer et E. L. Reviewed work(s) 1977; Kelly 2013), les femmes imposent ou non le préservatif, tandis que les hommes en font un outil de gestion du scénario sexuel (réussir à intégrer le préservatif sans perturber ce scénario). Ainsi, lors de la pose du préservatif, les hommes sont renvoyés à la sphère technique alors que les femmes sont renvoyées à la sphère sanitaire. À noter qu'il est plus fréquent que les femmes soient en charge de la pose dans le cadre de relations durables. Finalement, les femmes sont renvoyées à une « double injonction : être une "femme bien" qui n'a pas besoin de préservatif, et être une femme responsable qui en utilise lorsque c'est nécessaire » (Thomé 2016, p. 89). À travers les usages contraceptifs, le spectre genré de la réputation plane au-dessus des femmes et des hommes car si ces derniers sont valorisés par le nombre de leurs conquêtes, les femmes sont soupçonnées de libertinage (Mulot 2009).

Cécile Thomé et Mylène Rouzaud-Cornabas parlent même de véritable « travail contraceptif » réalisé par les femmes (Thomé et Rouzaud-Cornabas 2017) entendu comme une section du « travail procréatif »¹²⁸ qui nécessite « de se préoccuper – de manière continue, et parfois au quotidien – de ce que les rapports sexuels ne soient pas féconds » (*Ibid.*, p. 46). La notion de travail revêt aujourd'hui de multiples sens et dimensions (rémunéré ou non, militant, domestique, d'organisation, émotionnel entre autres) et celle de « travail contraceptif » renvoie à des « actes de la vie quotidienne » (Cardoso 2019, p. 36-37). Le « travail contraceptif » relèverait également d'un travail invisibilisé, réaffirmant l'assignation à la sphère domestique et procréative. Enfin, il se manifesterait à travers huit facteurs : des contraintes (notamment matérielle, financière, temporelle) ; un travail cognitif ou une charge mentale¹²⁹ (Haicault 2000 : 15 citée par Thomé et Rouzaud-Cornabas 2017a, p. 46) ; des effets sur le corps, les émotions et la sexualité (impliquant de se confronter à ces effets et de chercher à les éviter/atténuer) ; des mobilisations de certaines ressources ; un contrôle médical et social ; une obligation du suivi médical ; un travail politique de

¹²⁸ Il est « entendu comme l'ensemble des activités "relatives à la procréation" » et met au jour les inégalités sociales qui les fondent (Mathieu et Ruault 2017, p. 11).

¹²⁹ La charge mentale est également définie par Geneviève Cresson comme « un souci quasi constant et un sentiment de responsabilité pour l'autre, pour son bien-être, y compris dans les situations où il n'est pas présent physiquement. » (Cresson 2006, p. 12)

désenclavement (soit une publicisation des risques, une libération de la parole et une remise en question des rapports de pouvoir) ; et enfin une confrontation entre le travail contraceptif et le travail salarié (Dodier 2003 cité par *Ibid.*, p. 60). En effet, pouvoir prendre une demi-journée pour un rendez-vous médical/gynécologique s'oppose au travail productif. Emma (usagère de pilule, 24 ans, diplômée en sciences de l'éducation) déclare par exemple « se débrouiller » pour avoir un rendez-vous « en début de demi-journée » car elle sait que la médecin la « prend toujours en retard » (extraits d'entretien du 19 novembre 2017).

Pilule aux hormones, préservatif à la fraise

L'accès à la contraception et à l'IVG a permis aux femmes une réappropriation de leur corps, mais la question des « conditions matérielles de jouissance effectives à ce droit » (Dorlin 2008, p. 66) reste relative. En effet, le choix contraceptif est moins réel que formel car compromis par de fortes normes procréatrices empreintes de logiques naturalisantes : avec le développement de contraceptifs médicaux ovariens, les femmes sont responsables en termes de prévention de GNP et sont renvoyées à leur fonction reproductive. Tendre vers un choix réel implique alors une « pratique féministe du politique » (Jenson 1996 : 43 citée par Giraud 2002, p. 96). En attendant, l'observance est elle aussi naturalisée (Thomé et Rouzaud-Cornabas 2017). Avec le préservatif externe, les hommes sont responsables quant à eux en termes de prévention d'IST et de gestion du (de leur propre) plaisir (*via* l'utilisation ou le refus du préservatif). Ce moyen contraceptif ayant un caractère érophobe pour nombre d'hommes, le plaisir de ces derniers est durablement assuré par une prise de pilule. La contraception n'invite donc pas non plus à penser la sexualité autrement que pénétrative. Si les (nouveaux) moyens contraceptifs ovariens sont déclinés à base de combinaisons d'hormones, le préservatif externe (et contrairement à son homologue interne) propose des variations beaucoup moins médicales avec une multitude de choix de couleurs, d'odeurs, d'arômes (incitant à certaines pratiques sexuelles promouvant le plaisir masculin) et d'effets de matière (par exemple striée). Femmes et hommes ne sont donc pas responsabilisé·e·s aux mêmes préventions. Par conséquent, elles et ils ne sont pas soumis·e·s à l'autorité médicale avec la même intensité (les femmes étant bien plus concernées par la contraception médicalisée).

Contraception testiculaire : l'offre actuelle en France et à l'international

En France, il existe actuellement officiellement trois moyens de contraception à usage testiculaire/pénien : le préservatif, la vasectomie et les méthodes dites traditionnelles et naturelles (coït interrompu ou retrait, abstinence volontaire). Or,

depuis plus de trente ans, deux autres méthodes contraceptives réversibles sont utilisables : une « contraception hormonale masculine » (CHM) et « une contraception masculine (hyper)thermique » (écologique) (CMT). Ces méthodes sont validées depuis plus de vingt ans, notamment par l’OMS¹³⁰, mais ne sont pas diffusées. Les raisons semblent moins relever de l’applicabilité de la technique que de l’ordre social¹³¹. Concernant la CHM, le processus est en effet bloqué au niveau de l’industrie qui pourrait produire les slips officiels nécessaires à la méthode. Cela permettrait de dépasser le stade de prototype, phase indispensable pour mener et valider des essais à grande échelle et ainsi pouvoir prétendre à une AMM¹³².

À la fin des années 1970 des groupes de paroles d’hommes à Paris (ayant été au MLAC ou dont les compagnes étaient au MLF), à Nantes et à Toulouse (dont un groupe de l’hôpital Paule de Viguier) s’interrogent sur la contraception masculine et le rôle des sexes. Dans les années 1980, l’ARDECOM¹³³ est créée. Les participants souhaitaient s’impliquer dans la contraception mais leur effectif était bien plus modeste que celui des groupes de paroles et de *self-help* de femmes à la même période. Leurs motivations pouvaient être « le partage chimique des tâches » au sein du couple, l’envie de connaître le fonctionnement du corps ou de « devenir des individus qui s’assument pleinement ». Ces hommes qualifiaient leurs actes comme étant politiques, « anti macho ». Il s’agissait pour eux de s’envisager autrement que par un modèle patriarcal¹³⁴. Ils appréhendaient la contraception comme d’une fausse liberté car développée de manière inégale en termes de responsabilité chez les femmes et les hommes. Ils testèrent une contraception hormonale et une contraception (hyper)thermique. L’association vit toujours (notamment à travers un site internet¹³⁵) et en parallèle du travail de certains médecins divers groupes profanes d’information (par exemple la liste de diffusion du « boulocho¹³⁶ ») et de fabrication de « contraception masculine » existent en France (l’ARDECOM mentionne par exemple un atelier d’auto-fabrication de sous-vêtements contraceptifs au sein d’un collectif breton et l’on peut également mentionner le GARCON¹³⁷).

¹³⁰ (France Inter 2014)

¹³¹ (ANCIC 2013)

¹³² (GARCON 2020)

¹³³ Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine

¹³⁴ (Lignières et Morsly 2011)

¹³⁵ (ARDECOM)

¹³⁶ (Boulocho)

¹³⁷ Groupe d’action et de recherche pour la contraception (GARCON 2019).

La « contraception hormonale masculine » consiste en une injection intramusculaire à intervalle hebdomadaire dans un premier temps. Cette méthode n'est pas référencée, les cours de pharmacie mentionnent rarement son existence.

La seconde méthode (CMT) est plus connue sous l'appellation « slip chauffant » ou « remonte-couilles toulousain » et est proposée par l'andrologue Roger Mieusset (travaillant à l'hôpital Paule de Viguière à Toulouse et interrogé dans le cadre de cette thèse). Cette méthode utilise la chaleur du corps pour augmenter la température des testicules, ce qui annihile la production de spermatozoïdes. Le « slip chauffant » un sous-vêtement serré doté d'orifices pour y passer la verge et la peau des bourses (vides). En terme plus médical, cette méthode correspond à une cryptorchidie (soit l'absence de testicule) artificielle. Cette contraception ne peut être commercialisée. Dix ans après les premiers essais (à échelle locale) le bilan était positif : les hommes qui l'ont testé sont en bonne santé, ont un spermogramme normal et n'ont pas de problème pour avoir des enfants. D'après Roger Mieusset, cette méthode connaît une « demande exponentielle » depuis les années 2012-2013¹³⁸. Sans postuler de lien de cause à effet, il convient de mentionner que ces dates correspondent également à celles de « la crise de la pilule ».

D'après Roger Mieusset (entretien du 12 avril 2018), trois régions dans le monde proposent actuellement des avancées en termes de contraception dite masculine, basées sur des motivations différentes. Contrairement à la France, aux États-Unis l'infertilité masculine représente un marché important (à double niveau : celui de la contraception et celui du traitement de l'infertilité) ce qui explique que la méthode de long cours du Vasalgel y soit développée et actuellement en phase d'essai clinique. Elle consiste en une injection non hormonale dans le canal déférent (qui relie les testicules à l'urètre) qui bloque mécaniquement le passage des spermatozoïdes. « Une fois mis en place, il [le Vasalgel] est efficace cinq ans, et peut être retiré à tout moment »¹³⁹. Des expérimentations animales ayant déjà été réalisées, il y a actuellement une levée de fond devant permettre de poursuivre les essais chez « l'homme » et dont les résultats ne seront pas exploitables avant quatre ou cinq ans. Parallèlement, à l'université Australienne Monash, des recherches équivalentes devraient permettre d'élaborer une contraception orale non hormonale (après quelques expérimentations à fonctionnement hormonal). Éventuellement diffusable d'ici une dizaine d'années, son fonctionnement chimique consiste à : « bloquer en même temps deux protéines

¹³⁸ (Ch.D. 2020)

¹³⁹ Extrait d'une réponse donnée par Cécile Ventola aux lectrices et lecteurs du journal *Le Monde*, à l'occasion de la journée mondiale de la contraception (*Le Monde* et Ventola 2017).

qui permettent l'avancée du sperme pendant l'éjaculation [...] sans affecter la viabilité à long terme du sperme ou la santé générale et sexuelle »¹⁴⁰. En France, une recherche similaire est menée au centre de cancérologie de Marseille (INSERM 2017).

En tant que pays les plus peuplés au monde, la Chine et l'Inde sont les deux autres régions qui développent les études sur la contraception dite masculine. Selon Roger Mieusset, la Chine a réalisé « les études les plus importantes en contraception hormonale masculine » à travers des essais à grande échelle réalisés « sur des milliers d'hommes », à la différence du reste du monde qui propose des études réalisées « sur des petites centaines d'hommes ». La Chine continue également de développer la recherche sur d'autres méthodes de vasectomie. Quant aux recherches en Inde, elles sont en fait à l'origine du développement du Vasalgel aux États-Unis. En effet, le RISUG est l'aîné de ce produit. Lors d'un entretien dans le cadre de cette thèse, Roger Mieusset en explique le fonctionnement et l'état d'avancement dans les recherches :

« [...] c'est l'injection d'un produit dans le canal déférent, qui le bouche, donc y a toujours du sperme mais pas de spermatozoïdes. Et ce produit il peut être dilué et enlevé ensuite et donc y a une cohorte d'hommes qui vont bientôt arriver à dix ans d'utilisation de ce produit et pour lesquels la désobstruction devrait nous permettre de savoir si c'est vraiment une méthode réversible ou pas. » (12 avril 2018)

L'on notera l'effort et la précaution dans les recherches pour éviter le développement d'une contraception testiculaire à fonctionnement hormonal. Aux États-Unis, la recherche portant sur deux pilules pour hommes a été freinée suite à la constatation d'effets collatéraux comme l'impuissance et les maux de tête. Pourtant, dans les années 1970, les pilules aussi étaient à l'essai et des effets similaires étaient déjà connus¹⁴¹. Selon l'andrologue Jean-Claude Soufir, il faut qu'une organisation stimule la demande pour que ces méthodes masculines soient acceptées par la société, les pilules ovariennes étant *a contrario* le « cheval de bataille » et une « source de profit » pour les industries pharmaceutiques. La contraception dite masculine reste, quant à elle, une part de marché réduite dans l'industrie pharmaceutique : n'étant pas rentable, le laboratoire pharmaceutique Bayer a par exemple arrêté les recherches sur un système d'implant en 2006-2007. Selon le laboratoire, il était trop risqué d'investir des centaines de millions, voire des milliards d'euros, pendant une dizaine d'années sur ces recherches¹⁴². En définitive, « [l]a recherche est freinée par le manque d'intérêt de l'industrie pharmaceutique qui estime ces études coûteuses, trop réglementées [...] et non prioritaires » (Baulieu, Héritier et Leridon 1999, p. 11). Si les recherches en

¹⁴⁰ (Dr Sabatino Ventura cité par Le Monde 2013)

¹⁴¹ (France Culture 2017b)

¹⁴² (France Inter 2014)

matière de contraception testiculaire sont lentes et tardives, il semble tout de même pertinent de rappeler qu'en développant une contraception largement ovarienne et médicalisée, les laboratoires ont répondu à une « poussée féministe » qui ne trouve pas son pendant du côté des hommes (Thomé et Rouzaud-Cornabas 2017).

2.1.3 Particularités de la pilule

Démocratisation d'une responsabilité féminine

Si dans les années 1980, en France, la pilule était utilisée par les « classes supérieures », l'apparition dans les années 2000 d'autres générations de pilules aura permis une diffusion plus large de ce moyen contraceptif (Bajos et al. 2012). En France, en 1997, 45 % des femmes contraceptées utilisaient une pilule. Son utilisation connaît un pic au tournant des années 2000 où 45,4 % des femmes contraceptées âgées de 20 à 44 ans l'utilisaient (Bereni et al. 2012, p. 66). D'après l'INSEE¹⁴³, dès le milieu des années 2000 la pilule était déjà le contraceptif le plus répandu pour devenir en 2010 la méthode la plus utilisée tous âges confondus (bien que ce pic soit suivi par une baisse d'utilisation) (Favier 2016). Elle connaît alors l'évolution la plus significative alors même que d'autres méthodes hormonales se sont développées. En 2010, 5,2 millions de femmes utilisaient une contraception orale¹⁴⁴. Parmi elles, 2,1 millions utilisaient une pilule de deuxième génération, 1,4 millions utilisaient une pilule progestative, 1,3 millions utilisaient une pilule de troisième génération, et 0,4 millions avaient recours à une pilule de quatrième génération¹⁴⁵ ; soit 1,7 millions de femmes concernées par une prise de pilules de dernières générations : non remboursées et à l'origine du scandale médiatique, sanitaire et social relatif au sur-risque sanitaire qui leur est associé. Ainsi, 42 % des femmes utilisant une pilule ne sont pas concernées par le remboursement de cette dernière (Bajos et al. 2012). L'objectif de contraception (et d'IVG) libre(s) et gratuite(s) n'est donc que partiellement atteint.

Une incorporation active durablement lucrative

Si en 1980 la pilule était prescrite en moyenne après trois ans de vie sexuelle (Rossier et al. 2004), aujourd'hui il n'est pas rare qu'une première prescription

¹⁴³ Voir : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/dossiers/famille/famille_s_contraception.pdf

¹⁴⁴ Le chapitre 4 questionnera et explicitera les choix lexicologiques autour des termes de pilule(s) et contraception orale.

¹⁴⁵ (Cabut, Krémer et Santi 2012)

précède à un premier rapport sexuel. Yaëlle Amsellem-Mainguy distingue trois temps pour commencer une « biographie contraceptive ». Outre la contraception pour le premier rapport sexuel et celle postérieure à celui-ci, la contraception antérieure à la première relation sexuelle peut être motivée par des raisons médicales, lesquelles peuvent faire office d'excuses pour faciliter l'accès à un moyen contraceptif, sans avoir à évoquer la sexualité avec les parent·e·s (Amsellem-Mainguy 2009a). Bien que la contraception orale ait été pensée pour des femmes ayant une sexualité hétérosexuelle active de couple, du fait de ses multiples propriétés elle peut tout à fait être utilisée par des femmes ne s'inscrivant pas ce cadre relationnel.

Nécessitant une observance quotidienne, la contraception orale représente un « travail contraceptif » (Thomé et Rouzaud-Cornabas 2017) considérable, à travers une incorporation active. Au-delà de l'ingestion journalière, les femmes absorbent des hormones synthétiques modifiant durablement leur physiologie : la pilule permet d'« empêch[er] les grossesses en intervenant sur les processus internes du corps humain, plutôt qu'à l'aide d'un dispositif étranger » (Grino 2014, p. 2-3). De plus, son usage implique des actions récurrentes (renouvellement d'ordonnance ; achat, rangement et ingestion des comprimés ; parfois transports de la plaquette) traduisant une incorporation de gestes fréquents. En outre, la prise de pilule s'effectue souvent au moment d'autres ingestions¹⁴⁶ (lors d'un repas, en prenant un verre d'eau). Enfin, le corps est également mobilisé durant les rendez-vous gynécologiques, notamment annuels pour le renouvellement de l'ordonnance : en « nécessitant des visites de contrôle et des prescriptions régulières », la pilule fait donc effectivement partie des méthodes les « plus lucratives » (Ventola 2014, p. 9). L'utilisation de ce moyen contraceptif sollicite donc activement et durablement le corps et assure à la sphère pharmaco-médicale une rentabilité prolongée.

Une population cible : les 20-24 ans avalent massivement la pilule

En France, les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans sont les plus concernées par l'utilisation de pilules. En 2010, 63,5 % des 20-24 ans contraceptées utilisaient une pilule (suivies des 25-29 ans avec 61,8 % et des 18-19 ans avec 55,2 %) (Favier 2016). Ce chiffre monte à 83,4 % pour celles qui sont en couple (Bajos et al. 2012; Gautier, Kersaudy-Rahib et Lydié 2010). Les 20-24 ans sont en fait les plus concernées par un usage exclusif de contraception orale, c'est-à-dire sans la combiner avec un autre moyen contraceptif (seulement 11,7 % des 20-24 ans sous pilule la combinaient avec le préservatif)(Bajos et al. 2012). Chez cette tranche d'âge, la pilule est venue remplacer les moyens contraceptifs non hormonaux (le préservatif), contrairement aux 18-19

¹⁴⁶ Voir le chapitre 5.

ans chez qui la combinaison du préservatif et d'une pilule reste présente, et contrairement aux 25-29 peu concernées par ce remplacement et cette combinaison dans le cadre de relations plus installées.

Entre 2010 et 2013, en contexte de scandale médiatique relatif aux pilules de dernières générations, les femmes de 20-24 ans étaient aussi celles qui avaient le plus recours aux méthodes locales et dites naturelles. Une baisse d'utilisation de la contraception hormonale est enregistrée, exceptée pour les pilules micro-progestatives (Favier 2016).

Si les usages contraceptifs concernent quasi-exclusivement les femmes, les préconisations contraceptives et les logiques eugénistes qui les touchent divergent cependant selon le profil des usagères et les régions du monde.

2.2 Des (bio)logiques contraceptives à travers le monde

2.2.1 Panorama contraceptif mondial

Primat de la contraception de long cours, populations minorisées sous contrainte ?

Au niveau mondial en 2011, tous âges confondus et en ne tenant compte que des relations de couple, la logique contraceptive diffère de celle de la France. Les moyens contraceptifs les plus utilisés sont ceux dont l'usage est médicalisé et surtout le plus définitif. En effet, quasiment 30 % des couples contraceptés le sont par une stérilisation ovarienne (plus ou moins contrainte), contre 4 % pour la stérilisation testiculaire qui est pourtant une intervention moins lourde et représente « la plus économique des contraceptions » (INED 2014). La stérilisation est particulièrement utilisée par les femmes vivant sur le continent américain : en 2006, parmi les femmes en union âgées de 15 à 49 ans utilisant une contraception, 43 % avaient recours à la stérilisation (elles-mêmes ou leur partenaire) aux États-Unis d'Amérique. Elle était également utilisée par 20 % des femmes contraceptées en Espagne en 2006. Or, en France, seulement 5 % des femmes en union y avaient recours en 2010 (Le Guen et al. 2017). « Le cas de l'Espagne vient questionner l'idée d'une contraception essentiellement prise en charge par les femmes, puisque le recours à des méthodes considérées comme masculines (stérilisation masculine, préservatif et retrait) représente près de 53 % des usages contraceptifs contre 15 % en France et 37 % aux États-Unis d'Amérique. » (*Ibid.*, p. 2)

Le DIU est le deuxième moyen de contraception le plus utilisé (sans qu'il soit précisé s'il s'agit de celui en cuivre ou aux hormones) pour 22 % des couples contraceptés dans le monde.

La pilule se classe troisième en concernant environ 14 % des couples contraceptés. Méthode la plus utilisée en France, elle tient une place marginale dans les paysages contraceptifs mexicain (4 %) et chinois (1 %). Davantage utilisée au Brésil (31 %), la pilule est rapidement remplacée par la stérilisation une fois que les femmes ont eu le nombre d'enfant(s) souhaité. En Uruguay, la pilule et le préservatif externe sont les méthodes les plus utilisées (Instituto Nacional de Estadística et al. 2017, p. 10). Dans ce pays, le préservatif est utilisé autant par les femmes que par les hommes lors des premiers rapports sexuels. Plus la relation s'installe, plus la pilule est utilisée pour les femmes et le préservatif pour les hommes. L'usage des méthodes plus récentes comme le patch et le préservatif interne reste naissant.

Au niveau mondial, le préservatif (externe) avec 12,6 % et les « méthodes traditionnelles » ou dites naturelles avec 9,6 % succèdent aux trois premiers moyens contraceptifs (INED 2014).

Tableau 2 - Part d'utilisation des moyens contraceptifs les plus définitifs par les couples de 15-49 ans contraceptés selon les régions du monde en 2011 (United Nations 2013)

	DIU	Stérilisation ovarienne	Stérilisation testiculaire
Afrique	4,6 %	1,7 %	0 %
Asie	17,5 %	23,4 %	2,2 %
Europe	11,9 %	3,8 %	2,7 %
Amérique Latine et Caraïbes	6,5 %	26,2 %	2,3 %
Océanie	1,8 %	11 %	11,2 %

Les préconisations contraceptives (et donc les usages) diffèrent dans les pays selon que la politique soit nataliste ou de l'ordre d'une limitation des naissances. Au sein d'un même pays, certaines populations peuvent être l'objet de traitement différencié, voire discriminant.

La méthode de stérilisation ovarienne est surtout utilisée en Asie, en Amérique Latine et aux Caraïbes. Dans le premier cas, il s'agit d'un continent non concerné par la crainte de la dépopulation. La politique appliquée est dénataliste. Par exemple, en Chine, la politique de l'enfant unique en vigueur depuis 1979 n'a pris fin qu'en octobre 2015, autorisant dès lors deux enfants par couple. L'une des motivations de ce

changement est un « impératif économique »¹⁴⁷. Dans le cas de l'Amérique Latine, la population indigène et la population non indigène sont traitées inégalement. La première est particulièrement l'objet d'une politique néomalthusienne adepte de stérilisation ovarienne contrainte. Par exemple, au Guatemala, selon les institutions la population indigène freinerait le développement du pays en étant soi-disant responsable de la « détérioration des conditions sanitaires et sociales, [de] l'augmentation de la délinquance et de la violence, de fortes tensions et protestations » (Garcia 2015, p. 5). La politique de santé sexuelle et reproductive est menée sur fond de racisme, de classisme, dans un contexte patriarcal, au sein duquel la stérilisation contrainte est présentée comme émancipatrice pour les femmes. Il s'agit moins de penser la contraception en terme de droit humain que de stratégie de développement (Garcia 2015). Toutes les populations ne sont donc pas égales face au droit à la reproduction et au choix contraceptifs, les politiques décidant de qui peut disposer de tels droits et comment. Contrairement aux hommes, les femmes sont directement la cible de ces politiques et les populations blanches occidentales ou urbaines sont plus encouragées à procréer que certaines populations dites indigènes. Plus généralement, on observe une inégalité d'ampleur mondiale entre les femmes et les hommes face à la stérilisation, présente dans une moindre mesure en Océanie. Aussi, au Canada et en Angleterre « la vasectomie est intégrée au panel des méthodes contraceptives proposées et cette méthode représente une part importante de la couverture contraceptive de ces pays (United Nations, 2013) » (Ventola 2014, p. 13) tandis qu'elle est exclue en France à tous âges.

Finalement, chaque politique de contrôle des naissances a ses dérives. Une politique nataliste peut entraîner un accès restreint à la contraception et l'IVG et aboutir à des GNP. Une politique de limitation des naissances peut, quant à elle, se traduire par des stérilisations ou des avortements contraint·e·s.

Un recours aux méthodes « traditionnelles » proportionnel à la diffusion des méthodes « modernes »

Les méthodes dites traditionnelles regrouperaient à la fois les méthodes dites naturelles et les méthodes locales non hormonales. Les méthodes dites modernes engloberaient quant à elles les contraceptifs médicalisés.

¹⁴⁷ (Le Monde 2015)

Tableau 3 - Part d'utilisation de la contraception « traditionnelle » et « moderne » par les femmes de 15-49 ans en union et contraceptées selon les régions du monde en 2011 (United Nations 2013)

	Part d'utilisation de l'ensemble des méthodes non hormonales et dites naturelles	Part d'utilisation de toutes les autres méthodes, dites modernes
Afrique	5,5 %	25,8 %
Asie	5,6 %	61,2 %
Europe	11 %	58,8 %
Amérique Latine et Caraïbes	6,1 %	66,6 %
Océanie	4,1 %	55,1 %
Dans le monde	6,1 %	57 %

L'Europe, l'Amérique Latine, les Caraïbes et l'Asie ont le plus fort taux d'utilisation de contraception dite traditionnelle. Parallèlement, elles ont aussi les plus grandes parts d'utilisation contraceptive dite moderne. Les continents les plus médicalisés sont donc aussi ceux qui se tournent le plus vers des méthodes dites plus naturelles.

Tableau 4 - Part d'utilisation de la contraception hormonale par les femmes de 15-49 ans en union et contraceptées selon les régions du monde en 2011 (United Nations 2013)

	Contraception hormonale				Contraception locale	
	DIU	Implant	Pilule	Progestatifs injectables	Préservatif (externe)	Méthodes locales vaginales
Afrique	4,6 %	1 %	8,1 %	8,3 %	2 %	0 %
Asie	17,5 %	0,4 %	6,4 %	3,7 %	7,4 %	0,1 %
Europe	11,9 %	0,1 %	20,5 %	0,5 %	17,7 %	1,4 %
Amérique Latine et Caraïbes	6,5 %	0,3 %	14,9 %	6,1 %	10,1 %	0,2 %
Océanie	1,8 %	1,5 %	14,3 %	3,6 %	11,6 %	0,1 %
Dans le monde	13,9 %	0,5 %	8,9 %	4,1 %	8 %	0,2 %

D'une manière générale, l'utilisation moindre du préservatif est proportionnelle à l'usage de pilule. L'Asie est le seul continent dont l'usage du préservatif est plus élevé que celui de la pilule mais dans ce cas l'utilisation de DIU supplante celle du préservatif.

Excepté pour l'implant et les progestatifs injectables, l'Europe semble être dotée d'un plus large accès aux différents contraceptifs en représentant la part la plus élevée de recours aux méthodes vaginales locales. Cela semble être moins le cas de l'Océanie dont les deux pourcentages les plus élevés (14,3 % pour la pilule et 11,6 % pour le préservatif externe en 2011) ne témoignent pas d'un vaste choix quantitatif mais d'une meilleure égalité femmes-hommes dans la répartition de la gestion contraceptive. En effet, les chiffres des parts d'utilisation les plus élevés sont proches et concernent un usage pénien (préservatif) et un usage ovarien (pilule) dont ce dernier n'est pas renforcé par un usage de DIU puisqu'il représente le taux d'usage le plus faible de

tous les continents. Si une vaste gamme de moyens contraceptifs disponibles ne suffit pas à une responsabilisation mutuelle des partenaires, favoriser moins de méthodes mais dont les usages sont équitablement répartis permet de tendre en revanche vers une meilleure égalité de la gestion contraceptive. En effet, plus le taux d'utilisation de pilule est élevé, moins il y a de stérilisation, les deux méthodes ayant pourtant une efficacité similaire (Baulieu, Héritier et Leridon 1999). La France se situe en fait dans le continent le plus concerné par la prise de pilule puisqu'en 2011 l'Europe comptait 20,5 % des femmes en union et contraceptées âgées de 15 à 49 ans qui l'utilisaient (United Nations 2013).

Si l'on se focalise sur la part d'utilisation des pilules elle arrive en dernière position dans aucun des continents. Elle se classe troisième en Asie mais le continent compte tout de même une contraception médicalisée, le DIU, pour sa part d'utilisation la plus élevée. La part d'utilisation de pilule est la deuxième plus importante pour l'Afrique où le pourcentage est quasiment similaire à la première part d'utilisation que sont les progestatifs injectables. En Europe, en Amérique Latine, aux Caraïbes et en Océanie, la pilule représente la plus grande part d'utilisation tous moyens contraceptifs confondus, avec l'Europe en tête de file. En définitive, la pilule fait partie des moyens contraceptifs pionniers à la fois dans la catégorie des contraceptifs hormonaux et médicalisés mais aussi de manière générale sur la plupart des continents.

Autre élément important, c'est en contexte de relation de couple que les pilules se positionnent ainsi. L'idée selon laquelle la gestion contraceptive incomberait aux femmes une fois une relation installée semble donc globalisée.

« Culture de la contraception » ou « culture de l'IVG »

Bien que la gestion de la fécondité des couples soit une affaire de femmes au niveau mondial, les différents pays ne partagent pas une vision similaire de la contraception et de l'IVG. En effet, la Russie et les pays (anciennement) communistes ont plutôt une « culture de l'avortement » (Claro 2016a) avec les taux de recours à l'acte les plus élevés au monde. Les politiques de ces pays condamnent le néomalthusianisme et ne promeuvent donc pas le contrôle des naissances. Dans les années 1980-1990 l'IVG était légal en Russie et parallèlement la contraception dite moderne était peu diffusée. Après une première grossesse menée à terme, les femmes avortaient par la suite trois ou quatre fois au cours de leur vie pour espacer les naissances.

Par contraste, les pays dits occidentaux ont, eux, une « culture de la contraception » (*Ibid.*). En France, la contraception ayant été légalisée en 1967 et l'IVG

en 1975, la population a eu huit ans pour intégrer la contraception comme moyen principal de gestion de la fécondité. Le revers en est que l'idée d'une maternité naturelle et responsable est renforcée. L'avortement reste perçu comme un ultime recours, suite à un « échec » contraceptif. Il est encore largement tabou et stigmatisé et les femmes qui y ont recours sont censées le regretter. Pourtant, avorter n'est pas une déviance, puisque plus d'une femme sur trois avorte au moins une fois au cours de sa vie (Divay 2004).

Face à ces deux types de culture, le cas de la Pologne paraît significatif en ce qu'il permet de mettre au jour des nuances et des tensions. En effet, l'entrée de la Pologne dans l'Union Européenne a été réalisée à la condition de « préserver "l'exception culturelle polonaise" dans le domaine des droits reproductifs » (Heinen et Portet 2012, p. 148). Dans ce pays, le catholicisme est la religion d'État et elle converge avec le nationalisme polonais. Le prestige de l'Église et de la famille est difficilement réfutable car sous l'occupation la première servait de refuge et la seconde représentait un emblème de résistance (*via* la transmission des coutumes). Les prêtres bénéficiaient du statut d'enseignant et préconisaient l'abstinence durant les cours d'éducation sexuelle. En 1956 l'avortement est autorisé. Pour des raisons de discrétion, les femmes préfèrent y avoir recours chez les médecins exerçant en structures privées. Il faut alors compter quatre à huit fois le salaire minimum pour pouvoir financer l'acte. Certains professionnels le réalisent alors sans anesthésie pour réduire le coût (qui devient alors équivalent à un salaire simple). Entre 1990 et 2008 le nombre d'IVG annuelles réalisées en hôpitaux publics passent de 60 000 à 500 (Heinen et Portet 2012).

Dans les années 1990 l'avortement est à nouveau interdit (il est actuellement autorisé sous certaines conditions), ce qui engendre des dizaines de milliers d'avortements clandestins ou réalisés à l'étranger (entre 80 000 et 190 000). Parallèlement, la diffusion de la contraception est limitée et les pouvoirs publics mettent peu de moyens en place pour améliorer les connaissances des médecins en la matière. Le recours à la contraception reste stigmatisé et représente un coût mensuel équivalent à 6 à 10 % du salaire minimum dans un contexte où les moyens contraceptifs ne sont pas remboursés. Pourtant, le taux de fécondité de la Pologne est parmi les plus bas d'Europe. Par conséquent, les politiques natalistes et catholiques sont jugées inefficaces et mettent qui plus est la santé des femmes en danger. Il faut donc tenir compte d'autres facteurs que ceux des outils de gestion de la fécondité pour expliquer ce faible taux. Par exemple, les difficultés économiques et liées au logement interfèrent dans le choix ou non de procréer (*Ibid.*).

Aussi, contrairement à la France par exemple, l'on dispose de peu de sources sur les usages contraceptifs dans les pays (anciennement) communistes. En Europe

de l'Est les enquêtes à ce sujet y furent tardives (Troitskaia et al. 2009). De surcroît, en Russie et en Géorgie la pilule est disponible en pharmacie sans ordonnance, ce qui rend son taux de recours plus difficilement comptabilisable. Pour autant, certaines données permettent aujourd'hui de comparer les usages contraceptifs notamment entre la France et des pays d'Europe de l'Est. Dans les années 2000, la Géorgie avait une prévalence contraceptive de 50 % contre 75 % pour la France à la même période, confirmant la « culture de la contraception » de cette dernière. En France le taux de recours aux méthodes dites naturelles est de 3 %, tandis qu'il se situe entre 20 et 30 % en Géorgie, en Lituanie et en Russie. Finalement, quatre facteurs majeurs tendent à expliquer cette « culture de la contraception » en France au regard des pays d'Europe de l'Est. D'une manière générale, la contraception y est institutionnalisée à travers : un encadrement juridique de tous les aspects (production, distribution et publicité) ; un rôle actif de la sécurité sociale (assurant le remboursement de la plupart des moyens contraceptifs) ; le fait que la loi préconise au moins trois séances annuelles d'éducation à la sexualité en collèges et lycées. Si la Lituanie tend vers ce modèle, l'éducation à la sexualité reste encore absente des établissements scolaires de Géorgie et de Russie. L'accessibilité (même relative) à l'IVG et la pénurie de contraception dite moderne expliquent notamment que l'IVG soit la méthode la plus courante de contrôle des naissances dans certains pays ayant une « culture de l'avortement ».

2.2.2 Le « pilulocentrisme » français

D'un point de vue mondial mais également par rapport aux autres pays européens, la France a un fort penchant pour les contraceptifs hormonaux, comme le montre le tableau suivant.

Tableau 5 - Part d'utilisation de la contraception hormonale par les femmes en union et contraceptées en Europe et en France (United Nations 2013)

	Contraception hormonale				Contraception locale	
	DIU	Implant	Pilule	Progestatifs injectables	Préservatif (externe)	Méthodes locales vaginales ¹⁴⁸
Europe, 2011	11,9 %	0,1 %	20,5 %	0,5 %	17,7 %	1,4 %
France, 2008	18,9 %	0,1 %	40,6 %	1 %	7,9 %	0,2 %

¹⁴⁸ Cela comprend ici le diaphragme, la cape cervicale et les spermicides.

Les logiques différant d'un pays à l'autre, il est donc légitime de questionner le contexte français marqué par le modèle du tout pilule. En effet, le taux d'utilisation de pilule en France (40,6 % en 2008) surpasse (du simple au double) celui de l'Europe (20,5 % en 2011)(United Nations 2013), continent pourtant déjà le plus concerné par cette utilisation. En revanche, c'est l'inverse en ce qui concerne les méthodes locales puisque les taux européens sont cette fois-ci plus élevés que les taux français.

En Europe, et particulièrement en France, la pilule représente l'essor de la contraception (médicalisée). Son utilisation est particulièrement significative en France puisqu'entre 2005 et 2008 son taux était le troisième plus élevé en Europe et depuis le tournant des années 2000 il est parmi les sept plus élevés au monde. Par le terme « pilulocentrisme » (dont un second aspect sera mobilisé dans le chapitre 10), Alexandra Roux désigne dans sa thèse la centralité de l'usage de la pilule en France parmi l'ensemble du panel contraceptif disponible (Roux 2020). En 2008, la France se classait derrière la République Tchèque avec les plus forts taux d'utilisation de pilule pour les couples contraceptés en Europe représentant respectivement 40,6 % et 54,4 %. Notons que le taux le plus élevé en Europe était enregistré pour le Portugal dans les années 2005-2006 (58,9 %). Ces taux d'utilisation de pilule dépassant les 50 % sont les plus élevés au monde. À un niveau mondial, la France n'a eu d'égal que la Réunion (42,6 % en 1997), le Zimbabwe (41,3 % en 2010-2011), l'Algérie (45,9 % en 2006) et le Maroc (48,4 % en 2010-2011) tandis qu'en 2011 cette utilisation représentait à peine plus de 8 % pour toute l'Afrique.

Ces disparités d'usage et de préconisations contraceptives à l'échelle internationale s'observent dès le début de la diffusion de la contraception. En 1987, en contexte d'épidémie de VIH-Sida, tandis que la France diffusait des campagnes d'informations relatives à l'utilisation du préservatif, les Pays-Bas préconisaient le « Double-Dutch » : l'emploi simultané de la pilule et du préservatif (Rossier et al. 2004, p. 450). De plus, les Pays-Bas comptent 25 000 vasectomies annuelles contre 5000 en France¹⁴⁹. De même, dans les années 1990, plus d'un tiers des hommes d'Amérique du nord étaient vasectomisés (McLaren, Morel et Rosenthal 1996, p. 378). Aujourd'hui aux États-Unis d'Amérique, 500 000 hommes sont opérés par an. En France, moins de 0,1 % des femmes ont un partenaire vasectomisé. Pourtant, cette méthode est parfois présentée comme étant réversible dans 50 % des cas et s'accompagne de la possibilité de congeler le sperme¹⁵⁰.

¹⁴⁹ (France Inter 2017)

¹⁵⁰ (France Inter 2014)

La norme contraceptive des pays anglo-saxons diffère de celle de la France. Ces pays privilégient les DIU et les implants car leur rapport coût-efficacité est supérieur à celui de la pilule après un an d'utilisation (Favier 2016). Contrairement aux anglo-saxonnes, les françaises de 20-24 ans se voit très peu prescrire de DIU.

C'est finalement le seul moyen contraceptif dont l'usage est quotidien qui est favorisé en France. Au moins sept facteurs expliquent que la pilule soit le moyen de contraception le plus prescrit en France. D'abord, la pilule est facile à prescrire (elle ne demande pas d'intervention médicale)(McLaren, Morel et Rosenthal 1996, p. 360). Il faut donc tenir compte de la capacité de mettre en œuvre le moyen de contraception : si les professionnel·le·s de santé ne savent pas effectuer l'intervention médicale que nécessite un contraceptif, ils et elles seront réticent·e·s à le recommander (Roux, Ventola et Bajos 2017). Par son usage dissocié des rapports sexuels et ses propriétés médicales, prescrire une pilule permet de faire l'impasse sur la sexualité, sujet parfois redouté par les professionnel·le·s de santé (*Ibid.*). Aussi, selon les représentations des professionnel·le·s de santé elle ne fait pas partie des moyens contraceptifs stigmatisés (contrairement à l'implant qui est associé aux personnes ayant des déviances psychologiques). La pilule revêt également un intérêt lucratif : son renouvellement implique que les patientes retournent en consultation dans un contexte français de système de paiement à l'acte (*Ibid.*). Les pilules doivent être rachetées régulièrement en pharmacies et certaines ne sont pas remboursées. Il est aussi prouvé que l'expérience contraceptive personnelle des professionnel·le·s de santé influe sur leurs prescriptions : ils et elles auront davantage tendance à recommander un moyen de contraception qu'ils et elles auront elleux-mêmes testé (*Ibid.*). Enfin, les recommandations et prescriptions contraceptives dépendent d'une formation médicale non standardisée.

2.2.3 Échelles d'actions des politiques publiques en matière de contraception

Les (bio)politiques contraceptives étant variables, il convient de les interroger non seulement en contexte français, mais également en contexte local au regard des enjeux relatifs à la diffusion de la contraception orale. Elles sont menées par des pouvoirs publics décidant des conditions et modalités de mise à disposition de ce moyen de contraception (par exemple en corrigeant les prescriptions¹⁵¹) et se déclinent selon différentes institutions. Au niveau international, l'OMS fait figure d'autorité et

¹⁵¹ (France Culture 2013a)

travaille aux côtés des gouvernements afin de penser la santé à l'échelle mondiale¹⁵². En 1946, L'OMS définit la santé comme « un état de "complet bien-être physique, mental et social", irréductible à l'absence de maladie, pour se traduire concrètement par les évolutions législatives sur la contraception et l'avortement et aboutir à la loi de 2002 » (Gelly 2006, p. 219). La France s'inscrit donc dans un cadre politique plus large impliquant des logiques internationales. Les recommandations de l'OMS en matière de planification familiale diffèrent selon les problématiques des régions du monde. La France, actuellement plus faiblement touchée par l'épidémie de VIH-Sida que l'Afrique Subsaharienne, est davantage concernée par une volonté des pouvoirs publics de baisser les taux d'IVG. Les études menées par l'OMS (présentées par l'Organisation comme comportant d'importantes limites) ne montrent pas de corrélation significative entre l'usage d'un moyen de contraception en particulier et « l'acquisition du VIH », mais précisent cependant que « [l]orsque l'utilisation d'un DIU est envisagée, il ne faut pas oublier que de nombreuses femmes à risque élevé d'infection par le VIH sont également exposées à d'autres infections sexuellement transmissibles (IST). Avant de poser un DIU à ces femmes, les prestataires de soins devraient consulter la recommandation des Critères de recevabilité médicale [...] »¹⁵³. L'idée fantasmatique selon laquelle les DIU provoqueraient des infections est également prégnante en France (Winckler 2015), or ce risque « est en fait très largement surestimé par les praticien·ne·s, et est quasiment inexistant lorsque ceux ou celles-ci dépistent d'éventuelles infections préalablement à la prescription et à la pose de cette méthode » (Roux 2020, p. 256). Les femmes particulièrement exposées au risque de VIH ou d'IST (concernées par le stigmatisme du multipartenariat) voient leur choix libre et éclairé¹⁵⁴ compromis.

Au niveau national, au moins dès le début du XX^{ème} siècle, l'État intervient à différents niveaux dans le domaine de la contraception, que ce soit par la législation (l'autorisation/l'interdiction) ou la régulation (les conditions de vente, de publicité et d'accessibilité) (Sanseigne 2019). À ce titre, la « cause contraceptive » a permis de se démarquer des termes plus militants de « contrôle » et de « régulation » des naissances à un moment où le domaine s'institutionnalisait et se professionnalisait, légitimant de futur·e·s expert·e·s (Sanseigne 2019 cité par Roux 2020, p. 12-13 et 45). Actuellement, le Ministère de la santé travaille avec différents partenaires dont les ARS, des

¹⁵² (OMS, ONU 2013)

¹⁵³ (OMS 2019, p. 8)

¹⁵⁴ Le chapitre 7 développera cette notion.

établissements publics tels que les caisses nationales de sécurité sociale¹⁵⁵ et l'ANSM¹⁵⁶ qui participe au renforcement de la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé dont elle évalue les risques (dans le cadre du système de pharmacovigilance). Cette dernière est financée à 20 % par l'État (d'un montant de 137 millions d'euros pour 2016) et à 80 % par les laboratoires, à qui elle délivre les AMM. Plus elle en délivre, plus cela lui rapporte¹⁵⁷. Par exemple, suite au scandale médiatique relatif aux pilules de dernières générations, l'ANSM se rangera du côté de la HAS en préconisant de prescrire en première intention, « c'est-à-dire la première fois », des pilules de deuxième génération. De même, la HAS¹⁵⁸ travaille avec une commission de la transparence qui évalue les médicaments en vue d'un remboursement selon l'efficacité, le service médical rendu et l'amélioration de ce dernier, en évaluant si les nouveaux médicaments apportent des améliorations entre autres sur les effets dits secondaires¹⁵⁹. À ce titre, dès 2007 la HAS préconise de ne plus prescrire de pilules de troisième génération en première intention. Elle a depuis effectué des réévaluations en constatant une absence de service médical rendu concernant ces pilules, entraînant leur déremboursement. Les premières recommandations ayant eu trop peu d'impacts car les risques étaient jugés minimes par les médecins, elle préconise en 2012 de ne même plus les prescrire en deuxième intention. Les décisions des pouvoirs publics ont donc un impact sur les parcours contraceptifs individuels.

À l'Échelle régionale, pour ne citer que quelques exemples, les ARS travaillent en collaboration avec le Ministère en charge de la santé et déterminent les moyens alloués aux établissements de santé¹⁶⁰. Les conseils régionaux, quant à eux, peuvent contribuer aux subventions des structures favorisant la diffusion et l'accès à la contraception, telles que les antennes du Planning Familial : « En juin 2007, pour répondre à la demande et mener à bien ses missions, l'association a fait le choix de créer un poste salarié. Cela s'est concrétisé par la création d'un premier poste à temps plein d'une permanente d'accueil (titulaire de l'attestation d'aptitude au conseil conjugal et familial) avec le soutien du Conseil régional de Midi-Pyrénées »¹⁶¹. Les structures au niveau régional font le lien entre les échelles nationale et locale et

¹⁵⁵ (Ministère des solidarités et de la santé 2015)

¹⁵⁶ Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

¹⁵⁷ (Icard 2015)

¹⁵⁸ (HAS 2015a)

¹⁵⁹ (HAS, Commission de la transparence 2012, p. 3)

¹⁶⁰ (Ministère du travail, de l'emploi et de la santé 2011)

¹⁶¹ Information issue du rapport d'activités 2016 du Planning familial 31 (p. 10), non diffusé et qui m'a été fourni par l'une de ses membres.

peuvent permettre de pallier les limites des lois *via* la mise en œuvre de moyens alloués au niveau local.

Les conseils départementaux, quant à eux, gèrent entre autres les CDPEF où « des médecins et des sages-femmes assurent des consultations de conseil conjugal et familial sur la contraception, l'éducation à la sexualité, les entretiens pré et post IVG »¹⁶². Les consultations sont gratuites et ces centres peuvent également délivrer de la contraception gratuitement. Or, leur répartition sur le territoire est inégale et se fait en fonction des politiques départementales parfois peu soucieuses d'assurer un maillage géographique adapté à la couverture de toutes les zones, y compris les plus reculées (Ancian et al. 2017). Dans les faits, la loi sur l'éducation à la sexualité est très peu appliquée, par manque de moyens ou de volonté politique, comme le confirmait en 2017 le Haut conseil pour l'égalité entre les femmes et les hommes¹⁶³. Les jeunes femmes usagères et les professionnel·le·s de santé enquêté·e·s perçoivent le Planning Familial et les centres de planification comme étant à destination d'un public « en difficulté » et confondent ces structures par ailleurs. À ce titre, il convient d'ores et déjà d'explicitier que tous les centres de planification et d'éducation familiale ne sont pas sous la coupe du conseil départemental, certains étant directement reliés à l'association du Planning Familial pourvu d'antennes locales qui gèrent différemment leurs actions. Par exemple, le Planning Familial 31 (PF 31) n'est pas médicalisé et n'est donc rattaché à aucun centre de planification. Il n'est alors pas en mesure de délivrer des contraceptifs médicalisés. Le CDPEF compte néanmoins comme l'un de ses partenaires institutionnels, tout comme les hôpitaux. En 2016, le PF 31 a pu compter sur dix partenaires financiers à la fois locaux (les mairies), départementaux (le conseil départemental et la caisse d'allocation familiale du département), régionaux (le conseil régional et l'ARS) et nationaux (l'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances)¹⁶⁴.

Il apparaît donc indispensable de tenir compte de l'imbrication de ces différentes échelles.

2.2.4 Particularités et intérêts du contexte toulousain

Exposer le contexte mondial et national permet d'appréhender un contexte plus local. Cette thèse s'inscrivant dans la continuité de la recherche de Master, le

¹⁶² (Conseil Départemental Haute-Garonne 2016)

¹⁶³ (HCE 2017)

¹⁶⁴ Information issue du rapport d'activités 2016 du Planning familial 31 (p. 46-47), non diffusé et qui m'a été fourni par l'une de ses membres.

travail de terrain reste mené en région toulousaine afin d'établir des points de comparaisons entre différentes structures médicales d'une part, et pour les intérêts particuliers que revêt cet espace, d'autre part. Les appellations « région toulousaine », ou encore « contexte toulousain » ne seront volontairement pas précisément définies et délimitées afin d'optimiser l'anonymat des structures investies dans le cadre du travail de terrain. Au-delà d'une simple poursuite logique d'un travail déjà engagé, le contexte toulousain revêt un intérêt particulier puisque deux méthodes contraceptives testiculaires y sont disponibles : la CMT et la CHM (comme vu précédemment dans ce chapitre). Seuls deux médecins en France prescrivent une CHM : Jean-Claude Soufir, praticien à Paris et Roger Mieusset, praticien à Toulouse. Outre les divers collectifs non médicalisés d'auto-contraception testiculaire, la CMT est quant à elle délivrée par un seul andrologue en France et qui exerce à Toulouse. Pour cette raison, il apparaissait difficile (voire contre-productif) d'anonymiser à la fois le lieu du terrain et cet andrologue recruté dans le cadre de cette enquête, qui en a bien sûr par ailleurs accepté les conditions.

Ainsi, à Toulouse le choix des moyens contraceptifs testiculaires médicalisés est double par rapport au niveau national. Mais n'étant ni promues ni diffusées au même titre que les autres moyens contraceptifs, dans ces conditions les méthodes en question ne peuvent assurer une gestion équitable de la contraception entre les partenaires. Plus largement, la région toulousaine témoigne de la présence d'un réseau médical engagé¹⁶⁵, impactant l'offre et les pratiques contraceptives.

En théorie, en France, un large panel contraceptif est disponible (avec une bonne dizaine de moyens contraceptifs présentés dans les prospectus officiels). Mais un large panel ne garantit pas, d'une part, que le recours à l'ensemble des moyens annoncés soit effectif, et, d'autre part, cela n'est pas non plus un facteur de responsabilité équitable entre les partenaires dans le cadre d'unions hétérosexuelles. Dans le premier cas, les différents moyens de contraception sont hiérarchisés autant, voire moins, selon des critères médicaux que selon une idéologie moralisante plaçant successivement dans un ordre moral décroissant les moyens médicalisés réversibles, la contraception d'urgence et l'IVG dans le cadre d'une « culture de la contraception » (Claro 2016a). Dans le deuxième cas, bien que les moyens de contraception se soient diversifiés, l'écrasante majorité a été pensée à usage ovarien,

¹⁶⁵ Voir le chapitre 4.

tandis que la contraception testiculaire, qui plus est hormonale, a été et reste encore sous-développée.

Cette inégale répartition de la gestion contraceptive semble globalisée, mais le contexte français est tout à fait légitime à questionner, au regard des usages et des préconisations diverses à l'international. Les (bio)politiques (natalistes, de limitation des naissances, eugénistes, publiques...) qui déterminent les modalités de mise en œuvre de chaque moyen de gestion de la fécondité impactent nécessairement les choix et les usages individuels en en déterminant les possibles. C'est pourquoi, une analyse à différents niveaux doit être menée (Jarty 2013, p. 20; Le Feuvre 2008, p. 264) en prenant en compte les parcours contraceptifs à un niveau micro social, l'impact des normes médicales et de genre sur les pratiques individuelles (des professionnel·le·s de santé et des usagères) à un niveau méso social, ainsi que l'influence des politiques de santé sur les dites pratiques (à un niveau plus macro). La pilule représente l'essor de la contraception en France alors même qu'il s'agit de la méthode contraceptive demandant le « travail contraceptif » (Thomé et Rouzaud-Cornabas 2017) le plus important, en impliquant un usage quotidien et un suivi médical régulier. Le scandale, dont la contraception orale fait l'objet, est également une donnée centrale du contexte qui structure l'objet d'étude.

CHAPITRE 3 – PILULE(S) « EN CRISE » : OBJET(S) COURANT(S) ET « SCANDALEUX »

La pilule est un moyen de contraception dont la modalité d'utilisation est quotidienne et dont l'appellation (« la pilule ») fait partie du langage courant. Pourtant, cet objet est au cœur d'un scandale dont les conséquences se font encore ressentir. La pilule fait l'objet de méfiance, tout particulièrement depuis le scandale des pilules de troisième et quatrième générations fin 2012. Il s'agit du seul contraceptif hormonal source d'un scandale social, sanitaire et médiatique d'une telle ampleur. Celui ayant également concerné l'implant définitif Essure® (utilisé dans le cadre de stérilisations à visée contraceptive), retiré du marché en 2017¹⁶⁶, pourrait s'en rapprocher, bien que son ampleur semble moindre du fait d'un taux d'utilisation de la stérilisation tubaire beaucoup moins significatif que celui de la contraception orale. Pourtant, aux États-Unis par exemple, les risques relatifs aux pilules étaient connus dès la fin des années 1960, soit moins d'une décennie après leur mise sur le marché (Grino 2014, p. 2), et depuis les années 1990 au Royaume-Uni et dans d'autres pays européens (Danemark, Norvège, Pays-Bas). En France, il aura fallu attendre les années 2010 pour qu'il y ait une réelle prise de conscience, aussi bien du côté des pouvoirs publics, des médias, des professionnels de santé, que du public.

En mobilisant des références médiatiques et des documents officiels de recommandation, l'objectif de ce chapitre¹⁶⁷ est de définir la pilule mais aussi le scandale qui la touche afin d'interroger les évidences, notamment sémantiques, et de poursuivre ainsi l'élaboration d'un véritable objet de recherche. Après avoir défini ce moyen contraceptif spécifique et avoir interrogé et différencié l'emploi du singulier (« la pilule ») et du pluriel (« les pilules »), il s'agira de saisir les spécificités du scandale dont il fait l'objet en France, et de le situer parmi divers scandales sanitaires ayant

¹⁶⁶ Des suites de plaintes de patientes victimes de douleurs articulaires, de symptômes gynéco-obstétricaux, de divers troubles : de l'humeur, intestinaux, neurosensoriels ou encore thyroïdiens (Jolly 2019; Paitraud 2017).

¹⁶⁷ Un grand merci à Mylène Rouzaud-Cornabas pour sa relecture pour ce chapitre. Aussi, ce chapitre a été en partie travaillé lors du séjour de recherche à la Universidad de la República de Montevideo (Uruguay) dans le cadre du réseau INCASI (International Network for Comparative Analysis of Social Inequalities) coordonné par le Dr Pedro López-Roldán, un projet européen financé du programme de recherche et d'innovation Horizon 2020 de l'Union européenne dans le cadre de l'Assemblée générale Marie Skłodowska-Curie n° 691004.

marqué le contexte français. Sans entrer dans le débat épidémiologique sur les risques des pilules et leur prévalence, il s'agira surtout d'interroger les notions de « crise », de « scandale », tout en se distinguant de la sociologie du risque grâce à une approche féministe permettant d'en montrer certaines limites. Les conséquences de « la crise de la pilule » (Bajos et al. 2014) seront ensuite présentées au vu de l'évolution des usages¹⁶⁸. Enfin, la revue de littérature entamée dans les chapitres précédents (sur des thématiques de biopolitique par exemple), s'affinera davantage en fin de chapitre sur les travaux centrés sur la contraception et réalisés avant et après « la crise de la pilule ». Les matériaux recueillis auprès des enquêté·e·s seront surtout mobilisés dans la première partie du chapitre.

3.1 La ou les pilule·s ?

3.1.1 *Évolution des packaging, systématisation du marketing et développement de la rigueur d'ingestion*

« L'objet n'est pas inventé puis conçu puis utilisé, il est rêvé, imaginé, et d'une certaine façon finalisé dans des usages » (Gardey 1999, p. 588)

Les pilules contraceptives¹⁶⁹ sont des traitements hormonaux oraux à ingérer quotidiennement et qui se présentent sous forme de comprimés aujourd'hui disposés dans des plaquettes à usage mensuel.

Si dans les années 1960 aux États-Unis le packaging se présentait sous forme de flacon, le format de celui-ci a changé dès l'introduction de comprimés placebo permettant la survenue de saignements imitant les menstruations. C'est donc au moment où les comprimés visaient à imiter le cycle menstruel que leur packaging a pris la forme d'une plaquette mensuelle présentant la disposition des comprimés sous forme circulaire ou en lignes hebdomadaires fléchées.

¹⁶⁸ Plus tard, (dans le chapitre 10) il s'agira de rendre compte des conséquences de ce scandale observées depuis le terrain de thèse.

¹⁶⁹ Définition et explications en partie établies à partir du dossier « La pilule » (choisirsacontraception.fr) et discutées sociologiquement.



Figure 6 - Enovid[®], premières pilules conditionnées en format flacon (1960, États-Unis), source : Public Broadcasting Service



Figure 7 - Ortho-Novum[®], plaquette de pilules en format circulaire (1963, États-Unis) (Sanabria 2009)

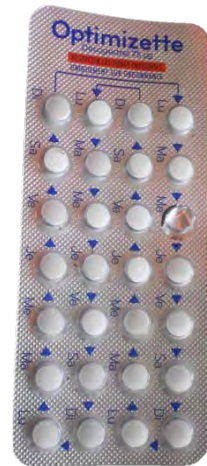


Figure 8 - Optimizette[®] (2014), pilules conditionnées en format plaquette (photo personnelle, plaquette d'Élia)

Il s'agit de mêmes médicaments (des pilules contraceptives)... dans des packaging différents (« the same drug in different packaging ») (Sanabria 2016, p. 175). Prêter attention à la dimension matérielle des objets permet de rendre compte de la relation entre la forme donnée au médicament et ses effets (Sanabria 2009). La forme de l'objet est donc liée à sa fonction (Sanabria 2016, p. 161). Initialement, les pilules étaient conditionnées en vrac dans des bouteilles en verre (*cf.* figure ci-dessus). Aucun lien n'était donc établi entre le format de l'objet et la quotidienneté de son mode d'utilisation : « les premières années de la pilule, il arrivait aux couples de placer les pilules sur un calendrier pour faciliter le comptage » et à Puerto Rico des chapelets étaient donnés aux femmes illettrées comme aide pour le comptage (Sanabria 2009, p. 172).

L'ajout de comprimés placebo (et parallèlement le changement de format du récipient) a ensuite permis la survenue de saignements imitant les règles. À ce titre, la première pilule inventée fut refusée par l'Institut Américain de la Santé parce qu'elle « supprim[ait] totalement les règles et remet[ait] donc en question, selon le comité scientifique américain, la féminité des Américaines » (Preciado 2010, p. 252). Dès lors, le marketing est essentialiste : en indiquant (en dépit de leur nature synthétique) que les pilules permettent de retrouver une forme de féminité et, comme cela sera développé plus loin, en misant sur des noms à consonance douce. Face à l'aspect synthétique et aux potentiels dangers sanitaires accolés, les industries pharmaceutiques surfent justement sur cette méfiance en présentant les pilules

comme des produits naturels (c'est particulièrement le cas de la pilule de quatrième génération Qlaira[®], soi-disant à base de composants naturels) permettant de retrouver sa naturalité, sa féminité (Rouzaud-Cornabas 2019). En fait, la pilule au début de son histoire « était employée comme traitement des irrégularités menstruelles et la prévention de la grossesse était présentée comme un effet secondaire » (Sanabria 2009, p. 172). Dans le cas où les effets dits secondaires deviennent le motif principal de prescription, en France, le cas du traitement Diane 35[®] est particulièrement intéressant. Une médecin généraliste enquêtée déclare à ce sujet : « L'exemple de Diane 35[®] c'est symptomatique, c'est-à-dire que Diane 35[®] ça a jamais eu l'autorisation de mise sur le marché en tant que contraceptif, c'était censé être un traitement de l'acné. On s'est rendu compte que c'était également contraceptif, que ça avait un double effet et du coup ça a été beaucoup prescrit dans l'autre sens » (9 février 2017). Ce traitement antiacnéique, dont un des effets dits secondaires est contraceptif, était prescrit comme méthode de contraception jusqu'en 2013 (particulièrement aux usagères ayant une peau à tendance acnéique). Assimilé aux pilules de dernières générations de par sa composition, durant « la crise de la pilule » il faisait également partie des comprimés incriminés et doit être prescrit aujourd'hui dans la limite de son AMM comme antiacnéique. C'est finalement après le lancement comme contraceptif que « l'appareil de coordination temporelle » (Akrich 1996 citée par Sanabria 2009, p. 172) a été introduit dans la conception de la pilule. La seconde pilule fut acceptée car elle imite le cycle menstruel en reproduisant des « fausses règles » et remplissant donc une fonction de « biodrag ».

Dans les années 2000, un nouveau régime dit « étendu » (Sanabria 2009) est proposé avec la mise sur le marché de la pilule Saisonale[®] permettant de créer des cycles de trois mois en réduisant le nombre de période de saignements des menstruations de 12 à 4 par an (Watkins 2016, p. 57). Parallèlement le nouveau format est celui d'un livret multi plaquettes (*cf.* figure ci-dessous). Bien que réduisant la fréquence « naturelle » des saignements, ce format semble renvoyer les corps des usagères à un autre cycle « naturel » : celui des saisons.



Figure 9 - Seasonale[®], pilules conditionnées en format livret multi plaquettes (Sanabria 2009)

Mais il s'agit surtout de tirer un profit marketing de la réduction des menstruations. Les utilisatrices peuvent en effet elles-mêmes reproduire cet effet « étendu » en détournant l'usage des pilules plus anciennes : soit en enchaînant des plaquettes qui proposent initialement une semaine d'arrêt, soit en évitant d'ingérer les comprimés placebo des plaquettes dites en continu, en passant directement au premier comprimé de la plaquette suivante :

Cyrielle (manipulatrice en électroradiologie) : T'sais avant des fois je trichais : soit je m'arrangeais je finissais [la plaquette] plus tôt ou je commençais plus tôt. Du coup il me restait des plaquettes avec ça [elle me montre une plaquette avec quelques comprimés] et ça, ça faisait ma plaquette de secours.

Leslie : C'est pourquoi que tu trichais entre guillemets ?

Cyrielle : Parce que des fois je voulais m'arranger pour pas avoir mes règles à ce moment-là... voilà. C'est pour m'arranger de quand est-ce que je vais avoir mes règles ou pas [notamment pour les rapports sexuels] (14 octobre 2016).

Dans le cadre de ses propriétés contraceptives, l'effet « secondaire » de suppression des menstruations de la pilule a finalement été considéré comme le principal effet bénéfique (Sanabria 2016) et reste encore aujourd'hui (comme le montre l'exemple de Seasonale[®]) un argument marketing majeur.

La multiplication des comprimés entraîne forcément celle de leurs noms, qui représentent un facteur marketing significatif. Usagères et professionnel·le·s de santé ne connaissent pas l'ensemble des noms de pilules et ne se rappellent que des plus impactant. Or, les noms participent de la perception d'un dispositif, à partir desquels celui-ci va être jugé plus ou moins attractif et performant :

« Ils font des noms mignons. [À propos de la pilule Leeloo[®] :] C'est mignon, ça me fait penser à un film qui s'appelait Leeloo, ah ben je crois que c'est dans Le cinquième

élément¹⁷⁰, je crois qu'elle s'appelait comme ça la rouquine là, Leeloo. » (Yvonne, mère de l'usagère Andréa, 63 ans, manutentionnaire retraitée)

« [...] en France la fertilité c'est quelque chose de très important alors donc il fallait pas mettre en danger, même si c'était faux, la fertilité donc on appelle plus ça "stérilet", avec un nom pareil, on appelle ça "Dispositif Intra Utérin" mais enfin on appelle ça encore "stérilet". Les femmes qui viennent de l'Est appellent ça "le spirale", "la spirale". Y en a qui étaient en spirales, y a le fil de cuivre en spirale. C'est plus doux quand même "la spirale" que "le stérilet". Le nom est très important. C'est une connotation donc c'est pour ça que les labos étudient beaucoup les noms et c'est pour ça qu'en contre poids on a mis la dénomination internationale commune. Alors y a des pilules qui paraissent douces en fonction du nom. On leur donne des noms de filles, sympas : Leeloo, Diane. [...] Ce nom c'est très important : Diane c'est Diane chasseresse, c'est une femme un peu androïde puisqu'elle chasse, donc Diane c'était pour les femmes qui avaient de l'acné. Ils ont fait des liens extras. C'est comme pour les voitures, c'est un produit marketing. » (Une gynécologue travaillant en cabinet libéral, 28 mai 2018)

L'importance du nom des dispositifs contraceptifs sur leur perception par les usagères s'étend également au-delà de ceux des pilules. À ce titre, l'on peut mentionner le passage de la dénomination « stérilet » à celle de « DIU » (désignant un même dispositif), la première favorisant des craintes autour de la stérilité :

« Et j'ai toujours cette peur de me dire que je vais devenir stérile avec un stérilet. [...] Je pense que son nom n'est pas anodin quand même. Stérile, stérilet. Après j'en sais rien, je dis peut-être n'importe quoi. Je pense que si à une époque on le mettait pas aux femmes qui n'avaient pas eu d'enfant c'est qu'il y avait une raison. Alors c'est peut-être pas du tout celle-là. Mais ça me bloque un peu. » (Laura, usagère de pilule, 24 ans, chargée de gestion immobilière)

Les couleurs des packagings revêtent également une importance marketing : « Donc une fois moi j'ai été interviewée [par un·e représentant·e de laboratoire pharmaceutique] sur la couleur, j'ai répondu à une enquête sur le packaging, sur les couleurs du paquet, qu'est-ce qui était le plus sympas », explique une gynécologue travaillant en cabinet libéral (28 mai 2018). Enfin, les pilules n'étant ni toutes remboursées ni dans les mêmes proportions¹⁷¹, l'absence de remboursement peut aussi devenir un atout marketing en étant assimilée à la qualité de la méthode contraceptive et à de moindres effets dits secondaires : « Alors après y avait des trucs

¹⁷⁰ Film de science-fiction réalisé par Luc Besson, 1997.

¹⁷¹ Bien que le remboursement puisse constituer un des critères principaux dans le choix d'une pilule comme moyen de contraception (cf. chapitre 5).

comme : “ah mais si c’est remboursé c’est comme le produit bas de gamme”. Je l’ai eu cette réflexion [de la part de patientes], “c’est de la pas chère quoi”, “c’est pas bien : on va avoir les boutons, on va grossir” », indique une gynécologue (cabinet libéral, 28 mai 2018).

Finalement, des effets « secondaires » sont devenus des propriétés principales, favorisant dès le départ des détournements d’usage, à la fois par les usagères, mais aussi par les professionnel·le·s de santé pouvant prescrire cette méthode contraceptive sans préciser ses effets sur les menstruations ou pouvant la prescrire comme traitement de régulation des menstruations, sans préciser ses propriétés contraceptives. Ensuite, les menstruations ou leur imitation seraient à préserver pour le maintien d’un certain ordre de genre, excepté si leur suppression revêt un intérêt marketing. Enfin, le marketing de ce moyen contraceptif invite les usagères à penser moins en termes de compositions pharmacologiques que de modes d’administrations, suggérant la régulation et la discipline des corps des usagères (Ibid., p. 181-188).

3.1.2 Homogénéité des cycles ; pluralité des hormones, des dosages et des modes de prise

Les pilules peuvent se distinguer en trois catégories : les pilules combinées (ou œstroprogestatives), les pilules (micro)progestatives et les pilules progestatives macrodosées. Chacune d’elles contient une ou deux hormones chimiques similaires aux hormones des ovaires : un progestatif et éventuellement un œstrogène. Seul le progestatif a un effet contraceptif. L’ajout d’œstrogène permet uniquement la survenue de saignements imitant les menstruations.

Les combinées contiennent un œstrogène et un progestatif et ont été déclinées en différentes générations de pilules qui seront explicitées plus tard dans ce même chapitre. Elles suppriment l’ovulation (entre autres effets) et sont efficaces au bout du septième jour de prise dans le cas où le premier comprimé est ingéré le premier jour des règles. Il faut compter sur une efficacité plutôt au bout du dixième jour dans le cadre d’une prise *quick start*, désignant un commencement de prise à n’importe quelle période du cycle (par exemple le jour même de la prescription), permettant un commencement rapide. Les plaquettes de pilules combinées peuvent contenir vingt-et-un comprimés qui doivent être pris dans une même tranche horaire quotidienne et prévoir une semaine d’arrêt de traitement permettant la survenue de saignements. Ainsi, un cycle menstruel (artificiel) de vingt-huit jours est imité. D’une part, les corps des femmes sont stabilisés et surtout homogénéisés. D’autre part, la norme du modèle du cycle de vingt-huit jours est entérinée, désignant donc en miroir des cycles

pathologisés. Les plaquettes peuvent également contenir vingt-et-un ou vingt-quatre comprimés dits actifs et sept ou quatre comprimés placebos (permettant donc la survenue des saignements). Tenant compte de l'efficacité contraceptive de ces pilules, l'oubli ne doit pas dépasser douze heures.

Quant aux pilules (micro-)progestatives, elles ne contiennent qu'un progestatif et sont efficaces au bout de quarante-huit heures mais cela pour une durée de vingt-sept heures. Ces dernières sont elles-mêmes divisées en deux autres groupes supprimant ou non l'ovulation. Dans ce dernier cas l'efficacité est assurée par un épaissement des sécrétions du col de l'utérus. Ces pilules doivent être prises à heures fixes quotidiennement en continu (sans interruption contrairement à l'autre modèle de pilule présenté). En théorie il est recommandé (sur les notices par exemple) que le délai de la prise ne dépasse pas trois heures pour les pilules agissant par épaissement des sécrétions du col de l'utérus.

Enfin, les pilules macrodosées sont favorisées en période de pré-ménopause ou pour les femmes présentant des contre-indications à l'utilisation de pilules des deux premières catégories.

D'après l'indice de Pearl, l'efficacité des pilules contraceptives varierait entre 99,7 % et 91 % - selon une utilisation idéale (efficacité théorique) et les utilisations réelles (efficacité pratique)(OMS 2018).

3.1.3 Des marques et des génériques : une histoire de générations de pilules

Il est difficile de comptabiliser le nombre de pilules disponibles en France sachant que des génériques - copies des produits pharmaceutiques brevetés en génériques (Sanabria 2009) - sont régulièrement mis sur le marché. Un même médicament conditionné autrement indique aux usagères qu'il s'agit d'un médicament différent, pourtant composé avec les mêmes substances. Les médicaments sont donc moins déterminés par leur composition chimique que par leur marque et les stratégies marketing (*Ibid.*, p. 177). Les pilules, se comptent alors par dizaines. Elles sont réparties en quatre générations distinguées couramment selon leur date de diffusion. Mais ce sont en fait le type de progestatif et les combinaisons d'hormones qui définissent une génération, témoignant d'un système classificatoire complexe et difficilement appropriable, à la fois par des personnes étrangères au milieu médical, (notamment les usagères) et les professionnel·le·s de santé elleux-mêmes. Certaines usagères interlocutrices pensent, par exemple, que les pilules de troisième et quatrième générations (au cœur de « la crise ») sont les premières conçues alors que ce sont les

plus récentes. De ce fait, il n'est pas nécessairement plus clair pour les (anciennes ou actuelles) usagères que les pilules remboursées sont celles qui ne présentent pas de sur-risques. Il arrive, de surcroît, qu'elles ne sachent pas que des pilules sont remboursées. Stéphanie (mère de Manon, retraitée de l'armée de l'air) dit avoir « toujours été sous Diane 35[®] car elle avait « des problèmes de peau » et qu'« en plus elle était pas remboursée ». Suite au scandale, elle rapporte que la gynécologue lui dit « allez, si ça peut vous rassurer, on va changer ». Stéphanie précise : « Et après elle m'en a donné une remboursée. Le comble. [...] À une époque j'ai eu générique on m'a dit que c'était la même chose en moins cher. Mais on m'a pas proposé autre chose qui serait remboursé » (20 mars 2018). Les professionnel·le·s de santé elleux-mêmes témoignent de la complexité de cette classification : « la contraception [orale] j'avais essayé de la bosser pas mal et c'est assez compliqué parce que y en a, je sais plus, peut-être 40 ou 50 pilules différentes. Donc en fait je m'aide d'un tableau¹⁷² où elles sont toutes récapitulées avec les différentes dosages d'œstrogène et d'autres progestatifs et avec ça on essaye, bon c'est un peu de la cuisine, des fois on sait pas trop si ça va marcher, on essaye et puis on voit bien », indique une médecin généraliste (cabinet de ville, 24 janvier 2018). Pharmaciennes et vendeuses en pharmacie qualifient elles aussi ces classifications de « compliquées », de « casse-tête ». Une même pilule peut avoir plusieurs génériques. Ceux-ci sont vendus moins chers que la marque originale et sont généralement reconnaissables au suffixe « Gé » accolé au nom des pilules (par exemple : LeelooGé[®], générique d'Optilova[®]). Le nom du générique d'une pilule ne figure pas sur l'ordonnance si ce n'est pas directement celui-ci qui est prescrit. Dès lors, si une pilule n'est pas dans les stocks de la pharmacie, les vendeuses/pharmaciennes doivent vérifier les dosages, afin de trouver une équivalence en générique, favorisant selon elles la possibilité d'erreur de délivrance. Ces professionnelles doivent, en outre, expliquer aux patientes cette équivalence et les rassurer quant au fait qu'il s'agit d'une pilule similaire, quand bien même le nom du produit fournit diffère de celui inscrit sur l'ordonnance.

Les pilules de première génération ont été diffusées à partir des années 1960 et contiennent du Noréthistérone comme progestatif. Elles sont au nombre de deux. Entre 1970 et 1980 sont diffusées les pilules de deuxième génération, contenant du Lévonorgestrel. On en compte aujourd'hui près de trente. Les pilules de troisième (3G) et quatrième (4G) générations sont diffusées respectivement à partir des années 1990 et 2000 – ce sont donc les plus récentes – et peuvent contenir une variété d'autres types de progestatifs, comme l'illustre le tableau ci-dessous. Les pilules 3G ont de loin

¹⁷² Dont un exemple est disponible en annexes.

été les plus développées puisqu'on en compte une centaine. On dénombre enfin une trentaine de pilules 4G.

Génération de pilules œstroprogestatives	Type de progestatif
1 ^{ère} génération	Noréthistérone
2 ^{ème} génération	Lévonorgestrel Norgestrel
3 ^{ème} génération	Désogestrel, Gestodène, Norgestimate
Autres (parfois appelées 4 ^{ème} génération)	Chlormadinone, Drospirénone, Diénogest, Nomégestrol

Figure 10 - Les générations de pilules selon le type de progestatifs (reproduction d'un tableau de Laboratoires-majorelle.com)

Après 1984, un plus grand nombre d'entreprises se lance dans la création de contraception orale à un moment où le système des génériques est mis au point. Toutes les pilules existantes résultent alors de bricolage de formules déjà existantes. Aux États-Unis, le nombre de pilules augmente encore de façon spectaculaire en 2007 avec plus de 90 produits disponibles sur le marché (American College of Obstetricians and Gynecologists 2007 cité par Watkins 2016, p. 57) alors que l'action de chaque pilule reste essentiellement la même (Carpenter et Tobbell 2011 cité·e·s par *Ibid.*). La stratégie pour démarquer certaines pilules est de les envisager comme des « lifestyle drug » (Watkins 2016), c'est-à-dire des traitements qui règlent des problèmes de l'ordre de l'inconvénient mais pas du dangereux (en traitant l'acné, en prévenant le syndrome prémenstruel, en permettant de supprimer les menstruations) ; car aucune marque ne peut prétendre une efficacité supérieure dans la prévention des grossesses. À ce titre, en 1960 la première publicité pour la pilule Enovid® (1G) ne met pas en avant ses propriétés contraceptives mais le fait qu'elle repousse les menstruations. *Idem*, en 2006, la pilule Yaz® (4G) est présentée comme un traitement contre l'acné et les troubles prémenstruels. En témoigne son slogan : « au-delà de la contraception ». Cette pilule connaît un succès extraordinaire : c'est le contraceptif le plus vendu sur le marché américain. Elle est le traitement le 21^{ème} mieux vendu parmi l'intégralité des médicaments délivrés sur ordonnance en termes d'ordonnances remplies (près de 10 millions) et se classe 50^{ème} en termes de vente au détail (en rapportant 700 millions de dollars)(Units sold 2009 cité par *Ibid.*, p. 57).

Moins dosées en œstrogènes, les pilules de dernières générations (3G et 4G) étaient considérées comme moins dangereuses pour la santé et mieux supportées par les femmes. Elles sont également présentées comme traitements plus efficaces que

leurs aînées contre l'acné ou les règles douloureuses (sans qu'aucune étude scientifique ne le prouve jusqu'à présent). On retrouve d'ailleurs des compositions hormonales similaires aux pilules chez les nouveaux moyens de contraception diffusés en France dans les années 2000. Après la création de la pilule, pour les autres méthodes développées (patch, implant, etc.) seul le mode d'administration diffère (par voie cutanée, sous-cutanée, etc.). La pilule est restée la norme technologique à partir de laquelle les nouvelles méthodes ont été fondées (Watkins 2016). Pour cette raison, les nouveaux moyens contraceptifs peuvent également (et non sans confusion pour les interlocutrices·interlocuteurs non familièr·e·s avec cette analogie) être mentionnés par les professionnel·le·s de santé sous l'appellation « pilule ». Par exemple, si la composition hormonale de l'implant est similaire à celle des pilules de deuxième génération, le patch et l'anneau sont composés quant à eux d'hormones les assimilant aux pilules de 3G et 4G. Pourtant, en France depuis au moins les années 1990, des études épidémiologiques post-AMM ont mis en évidence un sur-risque de thrombose veineuse profonde associé à la consommation de pilules de troisième génération par rapport aux pilules de deuxième génération. En fait, à l'international les risques liés aux pilules (toutes générations confondues) étaient connus dès la fin des années 1960, soit moins d'une décennie après leur mise sur le marché aux États-Unis (Grino 2014, p. 2).

Finalement, parler de la pilule au singulier désigne l'ensemble des générations qui la compose et met en avant leurs similitudes telles que leur propriété contraceptive, la rigueur d'ingestion nécessaire à leur efficacité, ou encore l'homogénéisation de cycles artificiels. Parallèlement, l'emploi du pluriel permet notamment de marquer les distinctions entre les différentes générations et implique de tenir compte de la pluralité des effets que peuvent produire les comprimés. Les deux types d'appellation apparaissent donc dans cette thèse au regard de ce qui doit être mis en avant selon l'analyse réalisée. La contraception orale engloberait donc à la fois ce qui renvoie à l'appellation singulier (la pilule) et pluriel (les pilules) mais permet aussi de clarifier et circonscrire le propos en excluant tout autre contraceptif à la composition hormonale similaire.

La distinction de différentes générations de pilules est un élément essentiel qui caractérise le scandale actuel dont fait l'objet la contraception orale. Ce scandale sanitaire et social touche non seulement les pilules de dernières générations, mais affecte la contraception orale dans son ensemble (Bajos et al. 2014). Pour cette raison, il apparaît difficile aujourd'hui de définir la pilule sans définir le scandale qui la touche particulièrement.

3.2 Des pilules « scandaleuses » : conséquence d'une médicalisation hégémonique ?

3.2.1 « La crise de la pilule », un scandale parmi d'autres ?

« C'est comme ce qui se passe avec tellement de choses autres que les produits médicamenteux que... ça m'a pas traumatisé plus que ça. C'est un truc parmi tant d'autres qui fait chier, qu'on s'en rend compte quinze ans après ou dix ans après [...]. » (Cyrielle, manipulatrice en électroradiologie, 14 octobre 2016)

« Même les tampons on sait pas trop ce qui a dedans. » (Eva, attachée commerciale en banque, 19 décembre 2016)

Si « la crise de la pilule » a ses particularités, dont il sera question dans les prochains paragraphes, la contraception orale n'est ni l'unique ni le premier traitement médicalisé faisant l'objet d'un scandale. En France ; du scandale de l'amiante dans les années 1970 et 1990, en passant par la crise de la vache folle dans les années 1990 et 2000, au scandale des OGM¹⁷³ dans les années 2000 et jusqu'à la récente pandémie de Covid-19 (dès 2019) ; les crises touchent tant le domaine alimentaire qu'environnemental, sans oublier celui de la santé. Aussi, les crises peuvent affecter la santé sexuelle des femmes sans même la concerner directement. En Europe, durant la pandémie de Covid-19 de nombreuses structures médicales ont suspendu les services d'IVG, rendant l'accès à ce soin difficile pour les femmes (La Rochebrochard et al. 2020; Sestito 2020). Si, dans ce contexte de pandémie, l'OMS a reconnu l'IVG comme service essentiel, l'Italie et la Pologne n'ont pas suivi cette recommandation. En France, dans un contexte où les structures sanitaires étaient sur-sollicitées, le délai d'IVG médicamenteuse en dehors d'un établissement de santé a été allongé de deux semaines¹⁷⁴ afin de favoriser la prise en charge de ce soin.

En outre, en France les soupçons sanitaires qui touchent la pilule sont finalement apparus tardivement au regard d'autres pays comme le Royaume-Uni ou les pays nordiques (Rouzaud-Cornabas 2019).

Analogie comparative : avant et pendant une crise sanitaire

Du Distilbène® (en 1983) à la Dépakine et au Lévothyrox (en 2018), en passant par le sang contaminé (années 1980 et 1990), le vaccin H1N1 (en 2009) et Médiator® (en 2010), divers scandales sanitaires ont éclaté en France, et pour certains également

¹⁷³ Organismes génétiquement modifiés

¹⁷⁴ (HAS 2020)

dans d'autres pays. Comparer « la crise » actuelle de la pilule aux scandales passés devrait permettre d'en saisir les spécificités et les enjeux qui la constituent et la traversent (avant, pendant et éventuellement après le scandale) et donc de mieux la définir.

Par exemple, au début des années 1980, avant « l'affaire » (selon le sens commun) du sang contaminé, une chaîne de solidarité était établie entre donneuses·donneurs de sang bénévoles, médecins transfuseuses·transfuseurs et patient·e·s hémophiles. Des liens « domestiques » (Fillion 2005) (liens étroits de confiance) unissaient notamment les médecins aux patient·e·s hémophiles. Une période de pré-scandale semble donc se caractériser par une confiance entre les actrices et acteurs engagé·e·s, dont la rupture constitue un élément essentiel du scandale. On pourrait de manière analogique rappeler que dans les années 1970 certain·e·s médecins représentaient également des allié·e·s pour les féministes et les usagè·e·s concerné·e·s (Löwy 2005) qui luttaient notamment en faveur de la contraception et l'avortement libres et gratuit·e·s. Les deux cas de figure se caractérisent par un « oubli » de risques connus (Fillion 2005, p. 201) : notamment inspirées de mouvements similaires aux États-Unis, une minorité de féministes françaises des années 1970 pointait du doigt les limites de la libération par la contraception. Parallèlement, des usagères non militantes tentaient de faire entendre, *via* la sphère journalistique, les effets « secondaires » de la pilule (Le Guen et al. 2018).

En 1985, la diffusion de la découverte de la contamination par le VIH du sang transfusé marque le moment de « rupture » : le modèle médical n'a pas tenu ses promesses (Fillion 2005). Le point de rupture annonçant l'imminence de la « crise de la pilule » est marqué quant à lui par une publication dans le journal *Le Monde* en 2012 (dont il sera question plus en aval dans ce chapitre) et la médiatisation de la plainte d'une usagère. Dans les deux cas, l'intervention de la presse sera suivie de procès et de modifications juridiques (la loi du 4 janvier 1993 qui « reconfigure complètement la médecine de l'hémophilie » (*Ibid.*, p. 209) et le déremboursement de certaines pilules en 2013, qui plus est avancé de six mois), caractéristiques d'une crise constitutionnelle (*Ibid.*, p. 200). L'intervention de la presse a participé à faire « monter » la « tension » (*Ibid.*, p. 204) et a donc joué un rôle significatif dans le déroulement et la temporalité de ces événements : à travers les articles d'Anne-Marie Casteret pour ce qui est de « l'affaire » du sang contaminé et de Pascale Kremer, notamment, dans le cas de « la crise de la pilule ».

Immédiatement, le moment post-« rupture » correspond à une rapide prise de conscience de l'ampleur des risques voire de la gravité des effets (1986 pour « l'affaire » du sang contaminé et début 2013 pour « la crise de la pilule »), précédant l'éclatement du scandale. L'État a failli en manquant à son rôle de tutelle (en déléguant la mission

de contrôle à des médecins notables locaux pour « l'affaire » du sang contaminé (*Ibid.*, p. 195) et en valorisant des pouvoirs publics peu restricteurs, inefficaces en matière d'orientation des pratiques des prescriptrices et prescripteurs, dans le cas de « la crise de la pilule »).

En définitive, au moins quatre conséquences semblent communes à ces deux scandales : un « coup d'arrêt à l'optimisme » (*Ibid.*, p. 201) que renvoyait la technique médicale (la technique de la médecine transfusionnelle d'une part et l'émancipation sexuelle d'autre part), le retour violent d'un risque refoulé, des industriels identifiés comme les principaux responsables et un État qui promet notamment des « dispositifs juridico-administratifs », s'encrant un peu plus dans un univers capitaliste (Fillion 2005). Les relations médecins-patient·e·s se voient également durablement impactées à travers une « crispation durable » (*Ibid.*, p. 204-205) caractérisée par une méfiance réciproque. Les patient·e·s ont perdu confiance en les professionnel·le·s, tandis que ceux-ci développent une crainte du médico-légal, les usagèr·e·s pouvant porter plainte. Aussi, afin de mettre de la distance avec les patient·e·s, les professionnel·le·s de santé optent également pour un recentrage sur leurs compétences en appliquant les dispositifs standardisés de *evidence-based-medicine* (*Ibid.*, p. 206), médecine basée sur les preuves mais qui conserve pour autant son caractère possiblement normatif (Kraus 2017). Ces bouleversements témoignent d'une « redéfinition de la clinique » (Fillion 2005).

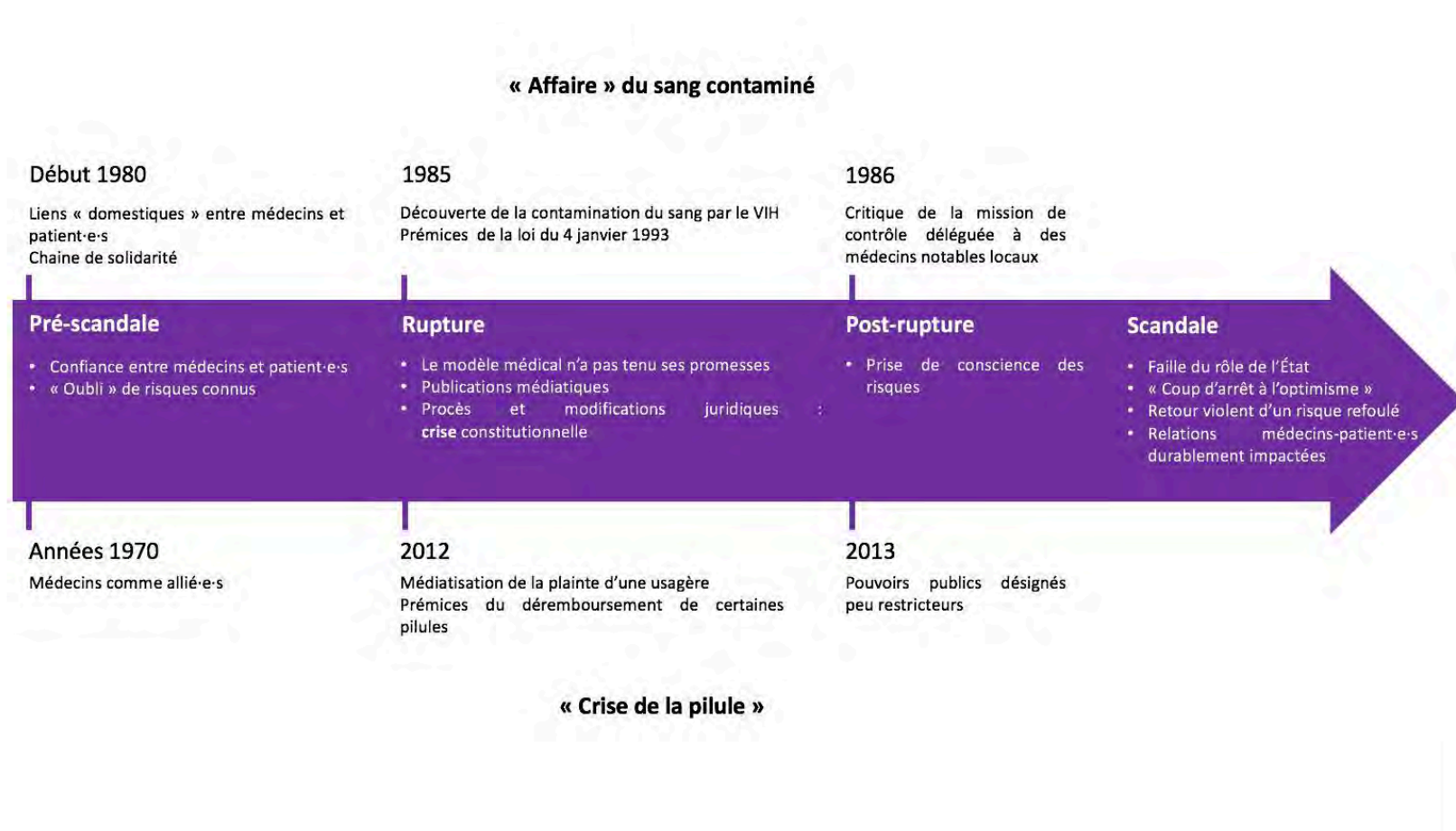


Figure 11 - Frise chronologique et analogique de scandales : « l'affaire » du sang contaminé et « la crise de la pilule »

Néanmoins, des différences significatives sont à noter entre ces deux scandales. D'abord, si dans le cas de « l'affaire » du sang contaminé la profession médicale était à la fois productrice, distributrice et utilisatrice, ce n'est pas le cas en ce qui concerne la contraception. Ensuite, les hématologistes visaient « le statut prestigieux de professeur·e·s des universités – praticien hospitalier (PU-PH) » (*Ibid.*, p. 195). Il s'agissait donc de médecins généralistes ayant reçu une formation complémentaire à leur formation initiale sur la biologie du sang et l'hémostase, voire s'étant formé·e·s sur le tas. Or, si « la crise de la pilule » implique des généralistes et des sages-femmes, les spécialistes que sont les gynécologues sont également partie prenante du scandale, en ayant été qui plus est les principales prescriptrices et les principaux prescripteurs de pilules de dernières générations (Bajos et al. 2004, p. 489). De surcroît, la crise sanitaire relative aux pilules a ceci de particulier qu'elle concerne des comprimés à destination de personnes non malades (Grino 2014). Pour cela, pendant quarante ans, la pilule était moins considérée comme un médicament que comme un outil d'émancipation¹⁷⁵. Enfin, si dans les deux cas la médecine traditionnelle est remise en cause dans ses fondements (cognitifs, dû à une méconnaissance des alertes ; techniques, à cause de mauvaises évaluations et éthiques, *via* la diffusion et la prescription de produits à haut risque), cette condamnation s'étend plus largement à l'industrie pharmaceutique, voire à la recherche scientifique en ce qui concerne le scandale des pilules.

Crises sanitaires, et après ? Repenser l'agentivité des usagères

Les critiques récentes ciblant les pilules se comprennent donc dans une société où les médicaments en général font l'objet de remise en question¹⁷⁶. En effet, les usagères « s'expriment plus ouvertement au cours des dernières décennies alors que, paradoxalement, elles n'ont jamais été l'objet d'autant de soins » (Adam, Herzlich et de Singly 2007, p. 39). Si par exemple dans les cas du Distilbène® le lancement d'alerte a été attribué à une gynécologue, tandis que celui concernant le Mediator® a été attribué à une pneumologue ; dans le cas de « la crise de la pilule », le lancement est plus directement le fait d'usagères notamment *via* les médias sociaux. Depuis, cela aura sans doute participé au développement d'une libération de la parole en ce qui concerne des produits sanitaires médicalisés, mais pas que, possiblement dangereux et à destination de femmes non malades. En France dans la deuxième moitié des années 2010 les effets néfastes des implants de contraception à visée définitive Essure® et du DIU Mirena® sont mis au jour. Dans le même temps, la

¹⁷⁵ (France Culture 2013a)

¹⁷⁶ (*Ibid.*)

dangereux des produits d'hygiène non médicalisés est interrogée, comme le risque de syndrome du choc toxique accolé aux tampons hygiéniques. Pour toutes ces raisons, il convient alors d'interroger le terme courant d'effets dits secondaires qui minimise la réalité du vécu des usagères et n'en rend donc pas véritablement compte. Les chapitres suivants montreront d'ailleurs que les usagères parlent bien davantage d'effets « indésirables ». Remettre en question la minimisation de ces effets permet de s'écarter d'une (auto)responsabilisation des usagères (on peut lire sur divers forums des femmes soulagées exprimer le fait que non, elles ne sont pas « folles », que ces effets ne sont pas « dans leurs tête ») qui « peut être confortée par l'attitude du corps soignant »¹⁷⁷. Finalement, « [l]a crise des pilules a déstabilisé l'idée que les femmes pouvaient accepter [c]es effets » et participe à faire évoluer la relation entre les médecins, invité·e·s à prendre davantage une posture de conseiller·e·s que de régulateurs·régulatrices, et les femmes, prenant de plus en plus part aux choix contraceptifs¹⁷⁸ en étant actrices d'une « médicalisation négociée » (Bourdelaïs et Faure (dir.) 2005 cités par Rouzaud-Cornabas 2019).

À ce titre, il apparaît plus pertinent de parler d'usagères que de patientes, dont le latin « *patior* » signifie « souffrir ». Par exemple, la sociologie des usages reconnaît les usagère·e·s comme étant doté·e·s d'habiletés et de compétences propres et multiples telle que la maîtrise relative d'un dispositif quel qu'il soit (ici la pilule). La sociologie des usages reconnaît également la nécessité d'abandonner le focus analytique orienté prioritairement vers les objets techniques et de considérer la technologie comme une dimension parmi d'autres, en s'intéressant davantage aux pratiques (Proulx 2015, p. 5). Le terme « d'usagère » met justement l'accent sur l'agentivité, la capacité d'agir des individu·e·s (et plus largement leur citoyenneté) dans une situation au sein de laquelle ledit dispositif intervient. La situation en question implique à la fois une autonomie des usagère·e·s, qui partagent leurs pratiques, et des contraintes qui lui sont propres (*Ibid.*, p. 6-7). Si ce choix sémantique permet de ne pas normaliser la souffrance parfois endurée en tant que patient·e¹⁷⁹, l'emploi occasionnel des termes « patiente » n'est pas exclu, selon la démonstration analytique recherchée et afin d'éviter les redondances.

Finalement, si dans les années 1970 la méfiance vis-à-vis de la contraception orale était d'ordre moral, aujourd'hui la peur est d'ordre sanitaire¹⁸⁰ - qui plus est

¹⁷⁷ (Leportois 2017)

¹⁷⁸ (Rouzaud-Cornabas citée par *Ibid.*)

¹⁷⁹ (Pierron cité par *Ibid.*)

¹⁸⁰ (France Culture 2017b)

comme frein possible à l'émancipation. Pourtant, à l'international des soupçons sanitaires avaient déjà plané sur la pilule dès les années 1980-1990.

3.2.2 Des scandales aux prémices anciens et internationaux

En Amérique du nord, la contraception orale a suscité de la méfiance et s'est vue adresser les premières critiques, qui l'associaient à des risques de cancers et de caillots dans le sang, dès les années 1970. En effet, entre les années 1960 et 1970, le *Women's Health Movement*¹⁸¹ critiquait déjà la prescription massive de pilules et l'alliance entre gynécologues et industries pharmaceutiques. Les femmes se rabattaient alors vers les DIU et s'en est d'ailleurs suivie une épidémie d'infections pelviennes (McLaren, Morel et Rosenthal 1996, p. 377). En 1995, un numéro du *Lancet*¹⁸² confirmait les risques des pilules de troisième génération¹⁸³, l'organisme de pharmacovigilance britannique s'étant référé à trois études. Depuis, des études danoises ont confirmé ces risques. De ce fait, les pilules de troisième génération sont prescrites en deuxième intention en Grande Bretagne depuis la fin des années 1990¹⁸⁴ où la découverte de ce sur-risque a provoqué un mouvement de panique (« *pill scare* ») dans nombre de pays européens dont le Royaume-Uni, la Norvège, les Pays-Bas et l'Allemagne¹⁸⁵. Pourtant, à cette époque, les pouvoirs publics français ne s'en étaient pas encore inquiétés.

En France, c'est au début des années 2000 que *Prescrire* informait sur les risques thromboemboliques¹⁸⁶. En 2001, l'ANSM signale un double risque de thrombose veineuse associé aux pilules de troisième génération. La HAS avait examiné les contraceptifs oraux de troisième génération en 2002 et il n'avait « pas été possible de conclure à une différence entre les estroprogestatifs de 3ème et de 2ème génération sur le risque de survenue d'une thrombose artérielle »¹⁸⁷. Puis, en 2004 l'évaluation évolue : « [l]es données de la littérature semblent indiquer que des différences substantielles pourraient exister quant à la nature du risque thrombo-embolique,

¹⁸¹ Mouvement féministe étatsunien de la deuxième vague promouvant la santé des femmes.

¹⁸² Revue britannique hebdomadaire scientifique médicale.

¹⁸³ (France Culture 2013b)

¹⁸⁴ (France Culture 2013a)

¹⁸⁵ (Cabut, Krémer et Santi 2012)

¹⁸⁶ (France Culture 2013a)

¹⁸⁷ (HAS, Commission de la transparence 2012, p. 5)

veineux ou artériel, en fonction du type de progestatif (2^e ou 3^e génération) et de la dose d'éthinyl-estradiol. La littérature ne permet cependant pas de conclure [...]. Seule une étude prospective randomisée permettrait de mettre en évidence des différences pertinentes entre les 2 générations de pilules. Le plus grand danger en prescrivant une contraception œstroprogestative, qu'elle soit de 2^e ou 3^e génération, est d'ignorer la présence de facteurs de risque cardio-vasculaire associés pour lesquels elle est contre-indiquée »¹⁸⁸. En 2004 également, une attention particulière est portée au traitement Diane 35[®]¹⁸⁹ : « le groupe de travail rappelle que bien que la pratique ait consacré l'activité contraceptive des spécialités Diane[®] et de ses génériques, ces médicaments ne disposent pas de l'indication "contraception" dans leur AMM et qu'en conséquence leur prescription, avec un objectif contraceptif, relève de la responsabilité propre du prescripteur. En l'occurrence, lorsque les effets contraceptif et antiacnéique sont recherchés de manière conjointe, il est recommandé de privilégier l'une des pilules qui disposent de la double AMM "contraceptif et antiacnéique" »¹⁹⁰. C'est finalement en 2007 que l'alerte est donnée : « la prise d'un contraceptif de 3^{ème} génération est associée à un risque plus élevé de survenue d'un accident thromboembolique veineux »¹⁹¹.

En 2010, les pilules de troisième génération représentaient environ 50 % des ventes de COC¹⁹² en France¹⁹³ et selon Nathalie Bajos, la moitié des premières prescriptions de pilules aux jeunes filles sont des dernières générations¹⁹⁴.

¹⁸⁸ (Service des recommandations professionnelles de l'Anaes, AFSSAPS, et INPES 2004, p. 6)

¹⁸⁹ Médicament ayant l'AMM comme anti acnéique mais ayant également un effet contraceptif avec une prise quotidienne.

¹⁹⁰ (Service des recommandations professionnelles de l'Anaes, AFSSAPS, et INPES 2004, p. 6)

¹⁹¹ (HAS, Commission de la transparence 2012, p. 6; France Culture 2013a)

¹⁹² Contraceptifs oraux combinés.

¹⁹³ (ANSM 2012, p. 1)

¹⁹⁴ (France Culture 2013a)

Les messages ont donc été réitérés en 2011 puis en 2012¹⁹⁵, recommandant les pilules de deuxième génération en première intention¹⁹⁶. Les notices des pilules de troisième génération n'ont pas toujours précisé les risques thromboemboliques, bien que cette d'information soit obligatoire et de la responsabilité des laboratoires pharmaceutiques¹⁹⁷.

Plusieurs éléments permettent de comprendre qu'en France, les risques mis en cause dans « la crise de la pilule », aient été « confinés » pendant vingt ans (Rouzaud-Cornabas 2019). France et Grande-Bretagne ont des modèles de régulation des pilules distincts, le premier, plus sécuritaire, étant basé sur un plus forte régulation des pilules de nouvelles générations, au détriment du choix des usagères, et va de pair avec une considération genrée de l'évaluation des risques. Les travaux en santé publique montrent aussi que le dialogue entre professions médicales et recherche n'est pas aussi important en France que dans les pays anglo-saxons. Les travaux sur les risques étaient principalement le fait de publications anglophones et les médecins français·es lisaient peu ce type d'articles scientifiques (qui datent des années 1955), qui plus est dans une autre langue. Dans sa thèse portant sur la période 1960-2000 et selon un entretien qu'elle a réalisé auprès de la gynécologue Danielle Hassoun, Alexandra Roux montre que « peu de médecins lisent véritablement l'anglais, et préfèrent lire des articles de vulgarisation francophones, ce qui limite partiellement l'impact réel de la recherche internationale sur les pratiques médicales françaises » (Roux 2020, p. 242). Il faudra en effet attendre 2001 pour que des articles similaires soient publiés dans la revue médicale française indépendante *Prescrire*. En outre, la conjonction d'intérêts des différent·e·s acteurs et actrices est un autre facteur explicatif d'importance : que ce soit la profession médicale, les femmes (potentiellement usagères), ou les pouvoirs publics, aucun·e d'eux n'avait d'intérêt à dévaloriser la pilule qui représentait un symbole féministe et dont la critique risquait de baisser le taux de recours. Les gynécologues médicaux et médicales bénéficient, en outre, du monopole de l'expertise sur la contraception en tant que *leaders* et *leadesses* d'opinion et ont une influence sur

¹⁹⁵ Le « risque de thrombose veineuse [phlébite, embolie pulmonaire, est] deux fois plus élevé chez les femmes utilisant un COC de 3ème génération (contenant du désogestrel ou du gestodène) ou un COC contenant de la drospirénone (parfois appelé COC de 4ème génération) que chez les femmes utilisant un COC de 2e génération contenant du lévonorgestrel. Ce risque reste rare, mais en l'absence d'études comparatives montrant un bénéfice supplémentaire pour les pilules de 3ème génération et pour les pilules contenant de la drospirénone, la prescription par des pilules de 2e génération contenant du lévonorgestrel est recommandée en première intention, lorsqu'une contraception orale estroprogestative a été choisie » (ANSM 2012, p. 1)

¹⁹⁶ (France Culture 2013b)

¹⁹⁷ (France Culture 2013a)

les prescriptions. Enfin, d'après les entretiens réalisés auprès des professionnel·le·s de santé, ces risques sont perçus comme minimes et les médecins considèrent prendre les précautions nécessaires¹⁹⁸. Les pouvoirs publics quant à eux, ne se voulaient donc pas restricteurs (d'autant que selon les facteurs de risque des usagères, les risques thromboemboliques sont en général plus élevés pour les femmes enceintes que pour les femmes utilisant une pilule).

Pour autant, certains savoirs situés sont plus ou moins compatibles avec les politiques publiques, dont les motivations et objectifs ne sont pas particulièrement féministes. Cela amène à se demander ce qui avant 2012 a pu éventuellement relever d'une politique de l'agnotologie (Jouzel 2019), entendue comme la production et la diffusion de l'ignorance - non pas à l'inverse du savoir mais bien comme l'un de ses corollaires. Il peut par exemple s'agir de semer le doute (en prétextant qu'il faut mener davantage d'études pour prouver des effets néfastes), ou de mesurer de manière stratégique l'exposition aux risques plutôt que de regarder les effets sur la santé. En effet, dans un pays nataliste, l'objectif des politiques publiques est de diminuer le nombre d'IVG¹⁹⁹ socialement et politiquement construites comme un problème de santé publique. La contraception est de fait perçue comme un moyen permettant d'éviter ce recours. Cela pourrait en partie expliquer que les informations n'aient pas été exhaustives au sujet des risques liés aux pilules de dernières générations. La crainte était notamment que les patientes arrêtent leur contraception orale²⁰⁰ et s'exposent à des GNP pouvant se traduire par une hausse des IVG. Or, cela revient à supposer que les femmes qui arrêtent leurs pilules arrêtent de se contracepter ; ce qui n'est pas le cas²⁰¹.

¹⁹⁸ Ce point sera développé dans le chapitre 10.

¹⁹⁹ Selon la logique des politiques publiques, un faible taux de recours à l'avortement est une donnée positive (Rouzaud-Cornabas citée par Lepertois 2017). Or, cela n'est pas forcément le cas en ce que cela peut traduire un accès difficile à cet acte.

²⁰⁰ (France Culture 2013a)

²⁰¹ (Baromètre santé 2016 cité par Chevreuil 2017)

3.2.3 Scandales actuels

À l'international depuis 2010

Depuis le début des années 2010, les pilules ont fait l'objet de plaintes dans plusieurs pays dits occidentaux (États-Unis, Allemagne, Canada, France, Suisse et Australie)²⁰².

Les scandales sanitaires relatifs aux pilules ne sont donc ni nouveaux ni exclusivement nationaux. En outre, les scandales actuels ne se limitent pas aux risques sanitaires intrinsèques au produit. En 2011 aux États-Unis, cent-treize femmes de vingt-huit États différents étaient concernées par une erreur de dosage et d'emballage de pilules de diverses marques. L'ordre de disposition des comprimés dans la plaquette avait été inversé « à 180 degrés ». Parmi ces femmes, cent-onze sont tombées enceintes, à la suite de quoi dix-sept n'ont pas mené leur grossesse à terme. Certaines d'entre elles ont porté plainte contre quatre entreprises pharmaceutiques et réclament des millions de dollars de dommages couvrant la totalité de l'éducation d'un enfant jusqu'à ses 18 ans, en plus des frais médicaux, des salaires perdus et autres complications, conséquences de leur grossesse. À Atlanta, la plainte collective a été rejetée. En septembre 2011, de multiples lots de pilules contraceptives avait été rappelés, invoquant à l'époque une « erreur d'emballage »²⁰³.

De même, toujours aux États-Unis des soupçons (de sur-risques sanitaires) ont été soulevés par des usagères contre les pilules de la famille Yasmin®. À ce titre, le laboratoire Bayer a versé presque deux milliards de dollars répartis à environ 10 000 plaignantes pour éviter de longs et coûteux procès²⁰⁴.

En Allemagne, des doutes ayant émergé concernant de possibles liens entre certains médicaments et des complications de grossesse ont également amené à se méfier plus tôt qu'en France d'une éventuelle concordance entre cancers et pilules²⁰⁵. Le Tribunal de grande instance de la ville de Waldshut a ouvert le 17 décembre 2015 un procès contre la firme pharmaceutique Bayer en raison de l'accroissement des risques de thrombose lié à la prise de nouvelles pilules contraceptives. En effet, en juin 2009, Felicitas Rohrer, alors âgée de 25 ans, faisait un arrêt cardiaque des suites de caillots de sang présents dans ses poumons et « après examen, "le diagnostic a exclu toute autre cause que [l]a pilule" ». La jeune femme se lance alors dans un procès contre Bayer et lui réclame 200 000 euros de dommages et intérêts ainsi que le retrait

²⁰² (Cabut, Krémer et Santi 2012)

²⁰³ (LEXPRESS, AFP 2015)

²⁰⁴ (France Culture 2013a)

²⁰⁵ (Sud Radio 2016)

du marché de la pilule Yasminelle[®]. Felicitas Rohrer reproche également à la firme de « ne pas avoir suffisamment informé dans sa notice sur les risques de thromboembolie associés à Yasminelle[®] ». « Bayer, qui a vendu en 2014 pour 768 millions d'euros de pilules Yasmin[®] et affiliées (sur un chiffre d'affaires total de 42 milliards d'euros), estime les accusations "injustifiées" et souligne "le profil bénéfico-risque positif" de son traitement, autorisé par toutes les agences du médicament »²⁰⁶.

À 31 ans, après une embolie pulmonaire, Felicitas Rohrer prend un traitement anticoagulant qui compromet entre autres la possibilité pour elle d'avoir des enfants. Elle a également changé de métier pour ne plus porter de charges lourdes. Depuis, elle a fondé un groupe d'entraide qui a recueilli environ deux-cent-cinquante témoignages de femmes ayant subi des effets néfastes similaires.

En France : une première plainte en 2012 contre les pilules 3G dirigée vers un fabricant et une agence sanitaire

Il faudra attendre le 14 décembre 2012 et la médiatisation de la plainte de Marion Larat, jeune femme utilisatrice d'une pilule de troisième génération et victime d'un AVC²⁰⁷, pour que l'affaire se constitue en véritable crise sanitaire en France. Cette première plainte au pénal dirigée contre le directeur général du laboratoire pharmaceutique Bayer pour « atteinte involontaire à l'intégrité de la personne humaine » et contre l'ANSM pour ne pas avoir appliqué le « principe de précaution »²⁰⁸ en retirant ces pilules du marché, débouchera sur le dépôt de centaines d'autres plaintes (Rouzaud-Cornabas 2019, p. 281). L'écho médiatique que trouveront ces démarches judiciaires déclenchera une prise de conscience publique et des pouvoirs publics qui décideront de durcir la délivrance des contraceptifs hormonaux dits de nouvelle génération (Rouzaud-Cornabas et Fonquerne 2017). À l'image d'autres pays, ce n'est donc pas un média spécialisé qui a lancé une alerte retentissante sur ces comprimés, mais des plaintes déposées par des victimes emblématiques (Marion Larat en France, Felicitas Rohrer en Allemagne), amenant à des procès symboles. Dans le cas d'autres crises sanitaires (comme celle du Covid-19), les individus peuvent peiner à considérer les risques car les formes les plus graves de la pathologie sont le plus souvent invisibles au plus grand nombre car traitées en hôpitaux (Mulot 2020). Au contraire, les victimes emblématiques permettent de visibiliser les formes les plus graves des effets dus aux (sur-)risques sanitaires. Elles mobilisent alors une « expertise profane » prise en considération dans les processus de décision concernant

²⁰⁶ (7sur7.be 2015)

²⁰⁷ Accident vasculaire cérébral.

²⁰⁸ (Cabut, Krémer et Santi 2012)

l'organisation du système de soin ou les politiques de santé. Dans ce cas précis, l'expertise est de type « expérientielle » (Borkman 1976 citée par Akrich et Rabeharisoa 2012, p. 70) : les victimes font un récit à la première personne ; invitent à la fois aux échanges, à la confrontation et à l'analyse de la situation et souhaitent apporter des réponses à des problèmes généraux (et non pas seulement individuels). Cette posture s'apparente à celle des patient·e·s expert·e·s et permet aux victimes de jouer un rôle dans la démocratie sanitaire (Akrich et Rabeharisoa 2012; Fainzang 2006). Le but de Marion Larat était surtout d'informer les autres utilisatrices de risques jusque-là peu partagés²⁰⁹, sachant que 10 % des femmes en France sont porteuses d'un facteur de coagulation pour qui les pilules sont déconseillées²¹⁰. Cette volonté de faire collectif permet aux victimes de faire corps suite au vécu commun d'une catastrophe ou une d'une souffrance (ici sanitaire) en s'érigeant en « groupe circonstanciel » (Vilain et Lemieux 1998). Cette mobilisation peut par exemple se traduire par la création d'une association (Marion Larat est fondatrice de l'association MIKADO²¹¹) notamment pour pouvoir se constituer partie civile en cas de procédure au pénal. La figure de la victime (emblématique) est donc politiquement active.

²⁰⁹ (Krémer 2012)

²¹⁰ (France Culture 2013a)

²¹¹ L'association est créée en mars 2014, avec pour objectif « de renforcer l'image et l'estime de soi des personnes qui sont dans l'obligation de porter des accessoires médicaux tristes ou stigmatisants » (MIKADO 2015).



Figure 12 - Article du Monde du 14 décembre 2012 (Cabut, Krémer et Santi 2012)

L'article ci-dessus²¹² marque le début du scandale de la pilule en France. Parallèlement aux centaines de plaintes, on ne compte pas le nombre de femmes qui se mobilisent sur Internet, notamment *via* les réseaux sociaux. Pour autant, il ne s'agit pas dans cette thèse d'analyser le contenu de ces derniers au sujet de « la crise de la pilule ». En effet, étudier une controverse au prisme des médias implique de se confronter à une série d'obstacles méthodologiques de par l'ampleur du corpus que cela représente et de par le caractère multiforme des discours et des représentations (Quemener 2018, p. 25) que cela implique. Mais il ne serait à l'inverse pas pertinent de taire ces mobilisations 2.0 (dont il sera également question dans le chapitre 10). Les plateformes participatives et les réseaux sociaux « favorisent une dynamique interactive et "réactive" » *via* des incitations à *liker*, partager, commenter, contrairement aux grands médias qui circonscrivent la controverse dans un certain espace ou au contraire la disséminent (*Ibid.*, p. 34). Ces supports permettent une prise de parole de masse des usagères bien que peu organisée (pour espérer faire face à la

²¹² (Cabut, Krémer et Santi 2012)

puissance de l'industrie pharmaceutique), un relai rapide des informations et une visibilité variable selon le profil des femmes. En effet, Marion Larat, victime emblématique²¹³ médiatisée est une jeune femme blanche, décrite dans les médias comme étant « brillante », ayant un parcours en études supérieures que l'accident lié à la pilule est venu compromettre : « vive et brillante jeune femme »²¹⁴, « brillante élève de classe préparatoire [...], [qui] vient de se frotter aux concours des grandes écoles de commerce »²¹⁵. De la même manière en Allemagne, suite à un arrêt cardiaque dû à une prise de pilule de dernière génération, Felicitas Rohrer « ne pourra jamais exercer son métier de vétérinaire »²¹⁶. La médiatisation et les mobilisations décrites ont donc leurs limites²¹⁷. Pour n'en citer que quelques-unes : d'abord, toutes les femmes ont sans doute un accès inégal à Internet et la parole de toutes n'est donc pas relayée équitablement selon leurs différents profils. Les femmes qui prennent la parole sont celles qui bénéficient d'une certaine autonomie économique (Fraisie 2021). Aussi, « parler, se rendre visible [...] implique de se soumettre aux règles du régime discursif [...] selon les termes de l'impérialisme culturel (Spivak 1988 cité par Quemener., p. 29). En outre, si les relais d'informations peuvent être rapides, cela implique que le temps peut manquer pour vérifier la véracité d'une information.

Ces scandales ont été médiatisés dans des pays dits occidentaux où la pilule représente une part significative des usages contraceptifs et concernent en priorité une génération de pilules prescrite par les professionnels de santé, puisque même dans les pays où des pilules sont accessibles en vente libre ce n'est pas le cas des comprimés de dernières générations. En outre, des scandales d'une ampleur similaire ne semblent pas avoir été observés par exemple dans des pays dits du Maghreb ou du Moyen-Orient où la pilule peut pourtant représenter une part importante des usages contraceptifs, comme c'est par exemple le cas en Algérie (*cf.* chapitre 2). Il convient alors maintenant d'interroger ce qui fait « scandale ».

²¹³ L'on retrouve la figure de la victime emblématique dans le cas du scandale sanitaire relatif à l'implant Essure®. *Le Monde* consacrait notamment un article à Françoise Vanmuysen, chirurgienne, victime de l'implant (Jolly 2019).

²¹⁴ (Aeberhardt 2013)

²¹⁵ (Krémer 2012)

²¹⁶ (Versieux 2015)

²¹⁷ À ce titre, une partie d'un chapitre de la thèse de Mylène Rouzaud-Cornabas est consacrée à l'appréhension critique de la méthode de story-telling employée par les journalistes investis dans les enquêtes au moment de « la crise de la pilule » et qu'elle a interviewé. La docteure montre les représentations de classe (la réussite) et de genre (la beauté) mises en avant selon le profil des victimes emblématiques.

3.3 Du scandale de la contraception orale à « la crise de la pilule »

Le propre des scandales est d'engendrer des transformations durables (*cf.* Figure 11 – « Frise chronologique et analogique de scandales »). S'intéresser au scandale implique de prendre en compte d'autres notions souvent employées à titre de synonymes dans le sens commun (controverses, risques, crises), qu'il convient donc de définir également.

3.3.1 Le scandale de la contraception orale au-delà de la controverse

Controverse et crise : deux pôles d'un même continuum

Une controverse est entendue comme une « confrontation entre deux parties dans le cadre régulé de l'arène médiatique » et « repose sur des modes de présentation de soi, l'échange d'arguments et des stratégies pour convaincre » (*Ibid.*). Une controverse peut prendre différentes formes. Si l'on s'appuie sur l'analyse d'Olivier Borraz (Borraz 2008) (mobilisant une théorie de la sociologie du risque aujourd'hui controversée et dont l'approche féministe mobilisée ultérieurement permettra de pointer les limites), la controverse de la pilule tendrait davantage vers le modèle de « l'arène » si l'on tient compte du débat qui l'a constitué, de sa nationalisation, de sa politisation et du fait que différentes organisations se retrouvent autour de la notion de risque. Mais la controverse de la pilule peut aussi tendre vers un modèle de « polarisation » notamment lorsque les « expert[·e]s qui fournissent les recommandations aux autorités publiques, ainsi que les processus de décisions [...] tendent à donner la priorité aux données scientifiques officielles, au détriment d'autres types de données, voire de la parole des parties intéressées » (*Ibid.*, p. 143). Aussi, la désignation d'un ennemi (l'industrie pharmaceutique) et la dénonciation du fait que des intérêts économiques priment sur la santé (*Ibid.*) ainsi que la binarité de la perception du risque (du côté des opposant·e·s), sont d'autres variables du modèle de polarisation permettant d'appréhender le scandale de la pilule.

Les controverses « renvoient à des situations où un différend entre deux parties est mis en scène devant un public, tiers placé dès lors en position de juge » (Lemieux 2007, p. 195). Elles impliquent donc un format triadique : les deux adversaires font valoir leurs arguments respectifs devant un public. La violence de l'affrontement serait enserrée d'une certaine « civilité » (*Ibid.*, p. 205) : le combat est acharné mais digne, étant donné la présence d'un public. Une controverse se situerait à l'extrémité d'un *continuum* dont l'apogée serait la « crise institutionnelle ». Plus le public est composé de pair·e·s (des membres composant les parties) plus ce *continuum* tend vers le modèle

de la controverse. Plus il est composé de profanes, plus l'on tend vers la « crise institutionnelle ». Cette dernière semble donc particulièrement propice à l'activisme thérapeutique, entendu comme le désenclavement entre médecine et science et la revendication des droits des patient·e·s (Barbot 2002 et Dodier 2003 cité·e·s par Quéré 2016). Le degré de confinement détermine donc s'il s'agit d'une controverse ou d'une crise (Callon et al. 2001 cités par Lemieux 2007, p. 200) Déterminer qui (les actrices·acteurs) a connaissance de la controverse est donc indispensable à sa définition. « La crise de la pilule » oppose entre autres des usagères à des professionnel·le·s de santé et des actrices·acteurs de l'industrie pharmaceutique. Si les chapitres 8 et 9 consacrés à l'analyse de l'implication de l'entourage des usagères montreront, par exemple, que la plupart des partenaires (masculins) n'ont pas connaissance de ce qui serait alors une controverse, le confinement reste moindre en ce qu'il ne se limite pas à la sphère pharmaco-médicale. Aussi, les médias (de masse) sont alors considérés comme « profanes » et acteurs importants de la variabilité du degré de confinement. Un article de presse ayant largement participé au déclenchement de « la crise de la pilule » est un argument supplémentaire pour confirmer cette appellation.

Traitement médiatique de l'objet de la controverse : l'exemple de deux chaînes télévisées

À ce titre, durant toute la durée du doctorat une attention a été portée au traitement médiatique de la contraception. En effet, les médias grand public « permettent une rapidité de circulation des informations infiniment plus grande que les revues scientifiques auprès des premier[·e·]s concerné[·e·]s » (Dodier 2003, p. 98). Le contexte actuel de l'information se caractérise donc par son traitement rapide, d'une part et des temps de diffusion concis, d'autre part. Une attention ayant été précédemment portée à des articles de presse, il semble également pertinent de considérer le média spécifique qu'est la télévision. Les chaînes privées M6 et BFM TV illustrent particulièrement bien ce contexte. Entre le 8 et le 9 février 2017 ces deux chaînes ont fait partie de celles qui ont communiqué sur le cinquantenaire de la loi Neuwirth.

M6 vise un public jeune ou « peu intéressé par les informations » (Barthes 2012, p. 132) en proposant notamment des journaux d'information plutôt brefs (tel que le « 12.45 »). Ce jour-là, la chaîne indique²¹⁸ que les pilules restent la contraception « préférée » des françaises malgré une baisse d'utilisation suite au scandale. Le journal

²¹⁸ La chaîne ne semble pas avoir archivé ce reportage, compliquant la possibilité de recensement dans les références sitographiques finales.

télévisé présente les méthodes dites naturelles comme moins efficaces et pour lesquelles les moins de 30 ans auraient plus recours, sans que ne soient prises en compte les différentes classes sociales. À l'exception du préservatif (seul moyen contraceptif prophylactique), l'ensemble des autres moyens de contraception proposé est médicalisé et représente les plus utilisés d'entre eux puisque seuls sont présentés l'implant, le patch, le « stérilet » et l'anneau.

La particularité de la chaîne télévisée de la TNT, BFM TV, est de présenter un « modèle de programmation de flux » (Semprini 1997 cité par Aubert, Charaudeau et Mehl 2018) caractérisé par une diffusion d'information en continu. La chaîne travaille « presque exclusivement en direct » et est « décriée » (*Ibid.*) notamment pour son caractère anxiogène, un traitement de l'information moins approfondi que répété et son angle politique souvent caractérisé comme étant *a minima* pro-gouvernement, voire à l'extrême droite de l'échiquier politique. Le jour du visionnage²¹⁹, la chaîne indique qu'une femme de moins de 30 ans sur cinq change sa pilule contre une autre méthode de contraception (sans préciser si cela est pour une autre pilule ou un autre moyen contraceptif). Le journal télévisé indique que le patch et l'anneau ne sont pas remboursés. Pourtant, le fait que cela soit aussi le cas de nombreuses pilules est passé sous silence. Tout est présenté comme si les pilules ne faisaient pas partie des méthodes non remboursées. La voix narrative du bref reportage commence par énoncer : « Et si le contraceptif oral tant décrié depuis le scandale des pilules de troisième et quatrième générations avait en fait un effet protecteur contre certains cancers, comme le cancer de l'endomètre, mais également le cancer de l'utérus ? » Sur cette même chaîne et toujours aux mêmes dates, un autre reportage met en scène une femme ayant essayé plusieurs pilules avant de « trouver celle qui lui convenait ». La voix narratrice poursuit : « Stérilets, implants, anneaux, Cindy connaissait les différentes options qui s'offraient à elles ». Sans préciser les raisons qui feraient que ces options se limiteraient au nombre de trois pour cette usagère et seraient toutes médicalisées, le reportage laisse à penser à la fois que le nombre d'alternatives à la pilule mais aussi les modes de fonctionnement (ici principalement hormonaux), sont plus limités qu'ils ne le sont en réalité.

L'objectif de la réflexion ici n'est pas d'envisager les médias comme (uniques) responsables de l'éducation contraceptive, ni même de s'étonner de ce traitement médiatique. D'autres visionnages ont été réalisés sur d'autres chaînes télévisées, y compris publiques. L'objectif est de situer les médias actuels dans le contexte présent, sans supposer que leur positionnement est fondamentalement nouveau ou exclusivement lié à « la crise de la pilule ». Hormis le fait que les médias mobilisent

²¹⁹ (BFMTV 2017)

généralement un discours de diabolisation du médicament (Fainzang et Ouvrier 2019, p. 2), le constat ici est celui d'un prolongement d'un discours médical dominant à travers : une invisibilisation des méthodes locales non médicalisées, une minimisation du regard critique des usagères sur la médicalisation de la contraception et donc une dépolitisation de la situation. Si le désenclavement des discours permis par les médias amène à tendre vers un modèle de crise, reproduire le discours pharmaco-médical dominant, minimise l'ampleur de la crise en la réduisant au statut de controverse.

Controverses médiatiques : inévitabilité des points de vue situés

La particularité des controverses médiatiques est de concerner des objets saturés. En effet, elles revêtent une forte dimension quantitative à travers un nombre important d'interventions publiques, de productions médiatiques, de discussions en ligne, et de multiples réactions, bref : un emballement autour d'une question traduisant le caractère urgent de la situation. Elles sont donc entendues comme un phénomène de concentration de l'attention publique sur un sujet de débat (Quemener 2018, p. 24). À la question comment éviter de prendre parti dans la controverse que l'on étudie, Cyril Lemieux (Lemieux 2007, p. 209-210) répond par le principe de symétrie consistant à « faire l'effort de traiter également dominant[e]s et dominé[e]s ». Mais en quoi serait-ce plus neutre ou plus scientifiquement acceptable de traiter également deux partis qui ne le sont pas ? Au mythe de la neutralité de la recherche, la théorie des savoirs situés permet de répondre que tout savoir est produit à partir d'une position sociale particulière impactant la nature des savoirs produits. En outre, faire le choix de traiter également deux partis qui ne le sont pas n'est pas moins politique que de s'y refuser. En revanche, conscientiser cette posture permet de gagner en réflexivité et de politiser un propos qui n'en sera pas moins objectif.

Par ailleurs, les controverses se caractérisent aussi par une certaine intensité, qui justement « laisse peu de place à l'indifférence ou à la "neutralité" » (Quemener 2018, p. 35). Elles ont un versant polémique qui se manifeste dans les registres discursifs, émotionnels, et les performances verbales et corporelles qui témoignent d'une « affection » (*Ibid.*, p. 24). Lors d'une controverse, on désigne ce qui compte, on priorise, ce qui implique un investissement intense. De ce fait, les controverses affectent et laissent « peu de place pour l'émergence d'un point de vue "non affecté", qui tenterait d'échapper au cadre souvent "binaire" de l'appréhension du problème » (*Ibid.*). Elles impliquent une charge émotionnelle, une manifestation des émotions (comme la peur) qui collent à l'objet et circulent au même titre que lui (*Ibid.*, p. 30), orientant la relation au dit objet. Cela peut être par exemple le cas lorsque des usagères délaissent l'usage de la pilule pour un moyen de contraception non

hormonal. Les controverses, qui plus est médiatisées, se caractérisent donc par un fort degré de réactivité et la réaction devient un enjeu de respectabilité, entendue comme « l'ensemble des valeurs, des attitudes, des manières d'être et des relations au monde, affichées et performées pour se constituer en "sujet de valeur" » (*Ibid.*, p. 31). La respectabilité est socialement située et implique une lutte pour la reconnaissance. Non seulement il est vain de prétendre à une neutralité, mais les controverses se caractérisent par une injonction à réagir et l'absence de réaction est de toute façon entendue comme une prise de position. L'enjeu est alors de « ne pas se retrouver hors de la controverse [afin de] montrer une "sensibilité" sur un sujet collectivement désigné comme problématique » et donc de prendre position dans les rapports de pouvoir. Cela vaut pour les chercheur·e·s et universitaires qui prennent par exemple position à travers des tribunes (*Ibid.*, p. 34), ce qui est notre cas au sein du Laboratoire Junior Contraception&Genre (Ancian et al. 2017). Un travail réflexif est donc nécessaire, voire indispensable à l'analyse d'une controverse (Quemener 2018, p. 38).

Quant à la fin d'une controverse, elle est identifiable soit dès lors qu'elle n'a plus rien d'institutionnel et que le cercle de pair·e·s peut à nouveau se revendiquer comme seul juge (Lemieux 2007, p. 206) ou quand un des camps arrive à épuisement et renonce à continuer à se défendre publiquement (*Ibid.*, p. 208). Cela ne semble pas être le cas de la controverse étudiée en ce que le débat se perpétue *via* l'organisation de diverses manifestations scientifiques²²⁰, *via* des articles de presse, des reportages télévisés, des témoignages sur les réseaux sociaux, etc. Finalement, les controverses sont des épreuves révélatrices de rapports de force en ce qu'elles sont l'occasion, d'une part, de remettre en question des croyances et ces dits rapports, et, d'autre part, de redistribuer des positions de pouvoir et d'inventer à terme de nouveaux dispositifs (Lemieux 2007).

3.3.2 Une crise forcément politique

Incertitudes : de la perte de confiance aux risques contrôlables

Les crises impliquent des risques, eux-mêmes précédés par des incertitudes. Celles-ci « font écho à un ensemble de crises, controverses et scandales dans lesquel[·le]s des défaillances ou manquements se sont révélé[·e]s déterminant[·e]s dans l'occurrence d'une crise, d'un accident ou d'une catastrophe. Elles revoient, plus fondamentalement, à des problèmes de confiance » (Giddens 1994 cité par Borraz

²²⁰ Voir par exemple : (Le Guen et al. 2018) ; Journée d'étude du REIVOC du 11 octobre 2019.

2008, p. 17). Les incertitudes se caractérisent par un défaut de connaissance (les risques des pilules de dernières générations n'ont été connus que tardivement en France) et des nouvelles questions qui surviennent perpétuellement (ici par exemple quant à l'irrévocable vocation d'émancipation de la pilule). Les mouvements sociaux traduisent des incertitudes en risques pour les inscrire à l'agenda public dans le but de trouver des alternatives, auxquelles la science contribue (*Ibid.*). L'enjeu du risque est donc de réduire les incertitudes, de manière à rendre l'activité menacée, contrôlable.

Identifier des risques : miser sur l'interpellation des institutions publiques

« Qui a besoin encore de preuves que nous sommes entré[e]s pour de bon dans la société du *risque* ? » interpellait Bruno Latour il y a plus de dix ans (Latour 2008), sans compter sur la controverse de cette théorie et la réponse d'une approche féministe.

Un risque (Borraz 2008) « est une situation ou un événement dans lequel est en jeu une chose de valeur pour les individus (y compris les individu[e]s eux-mêmes) et dont l'issue est incertaine » (Rosa 2003 p. 56 cité par *Ibid.*, p. 13). Il traduit une exposition à de multiples menaces qui trouveraient leurs sources dans les progrès de la science. Il implique une capacité de l'État à assurer la sécurité de la population puisque quand il y a un sentiment de perte de contrôle de la part des individu[e]s, ceux-ci interpellent sur ce risque. Un risque implique donc une interrogation profonde sur les capacités à gouverner de l'État et une redéfinition des connaissances et des compétences (*Ibid.*, p. 277). Il appelle à la participation de multiples actrices et acteurs, pas seulement des expert[e]s et des scientifiques, mais aussi les médias et des lanceuses et lanceurs d'alerte (ici Marion Larat). Son émergence se traduit dans les discours mais aussi dans les pratiques et a donc des effets sur les institutions publiques. Enfin, un risque revêt de multiples usages dans les controverses et donc les crises (pour rappel situées sur un même *continuum*).

Mais un risque n'est pas un danger. Si le premier se mesure selon l'exposition, selon la fréquence des accidents (Jouzel 2019), le second renvoie à la nature même des événements, à une « menace identifiée et dont on examine les moyens pour la traiter (Wieworka, 2001 cité par Fainzang et Ouvrier 2019, p. 3).

Crise : interpellier l'État

Une crise (Borraz 2008) révèle des défaillances (l'auteur donne d'ailleurs l'exemple du sang contaminé) qui provoquent une perte de confiance (qui ne signifie pas pour autant que la confiance était plus grande avant) sur un problème qui jusque-là n'en était pas un pour les pouvoirs publics. Une perte de confiance en la capacité de l'État à garantir une certaine sécurité émerge dans une situation de vulnérabilité

amenant à une demande de protection ou de réparation. Une crise implique donc de conscientiser une situation de vulnérabilité amenant à un sentiment d'insécurité, c'est-à-dire à un défaut de protection qui peut être corrigé. Par exemple, l'insécurité sanitaire est une construction politique visant à obtenir une reconnaissance. Mais si une crise implique une perte de confiance, elle peut impliquer tout de même une dépendance (des usagères aux industries pharmaceutiques selon quels contraceptifs ces dernières décident de mettre sur le marché par exemple).

Finalement, le scandale semble moins se définir par son degré de confinement que comme une conséquence directe d'un moment de rupture, superposable à la notion de crise. Controverse et crise quant à elles se situeraient sur un même *continuum* et se différencieraient selon un degré de confinement déterminé par la composition du public dans le débat. Les crises ont ceci de particulier qu'elles interpellent directement les pouvoirs publics, l'État, et représentent l'apogée d'un problème public dont les conséquences semblent pérennes. Pouvant également être scientifique, publique et médiatique²²¹, la controverse représente souvent la partie émergée, souvent circonscrite dans le temps, d'une crise plus profonde : le scandale relatif aux pilules de dernières générations renvoyant plus largement à la remise en question du modèle contraceptif dans son ensemble. Avant de compléter cette analyse par une approche féministe, le schéma ci-dessous résume ces éléments.

²²¹ Voir à ce titre les travaux de Francis Chateauraynaud et Didier Torny (1999).

Considérer les scandales du point de vue de la « société du care »

En faisant du risque une conséquence fatale de la modernité, les théories de la sociologie du risque minimisent voire évincent la responsabilité des institutions. Pourtant, si l'on prend l'exemple de la crise de la vache folle, le désir d'un plus grand profit a fait de ces vaches des cannibales (Tronto 2012). Les limites des théories de la sociologie du risque sont multiples : elles proposent une analyse mondialisée qui ne tient pas compte des rapports de classes, elles ignorent la responsabilité des agent[·e·]s politiques qui ont rendu possible ces processus ainsi que la responsabilité du capitalisme et l'« irresponsabilité de privilégiés » (*Ibid.*, p. 40). La vision proposée est finalement masculine, puisque « [q]uand les intellectuels produisent des théories sociales et politiques, c'est toujours à partir de leur propre place dans le monde. » (*Ibid.*, p. 9) Il n'y a donc pas d'universalisme possible dans la définition du risque et des scandales.

Une alternative proposée est donc de moins penser en terme de société du risque que de société du *care*, c'est-à-dire de « considérer le monde du risque du point de vue de la société du *care* » (*Ibid.*, p. 39). En effet, « le "prendre soin" [caring] » est une « activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde", de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement » (*Ibid.*, p. 30). Or, le coût de la protection a augmenté et le travail de *care* est laissé aux populations marginalisées. Le *care* doit donc être inclusif et impliquer une répartition des responsabilités, une interdépendance et une autonomie contraire de la société dite du risque puisque ce ne serait pas le risque qui amènerait à une perte de confiance, mais la perte de confiance qui créerait un sentiment de risque. *Via* le développement de contraceptifs quasiment exclusivement destinés aux femmes, la répartition des risques liés à la prise en charge contraceptive est absente au sein des relations hétérosexuelles. Finalement, le *care* va d'un sentiment à la conception d'un système public d'éducation (*Ibid.*, p. 31) et peut être défini en quatre phases (*Ibid.*, p. 31-32) : se soucier (*caring about*), prendre en charge (*caring for*), donner des soins (*care giving*) et enfin, recevoir des soins (*care receiving*).

Les logiques actuelles du *care* font partie intégrante du libéralisme, dont la population peut mobiliser les valeurs (Instituto Nacional de Estadística et al. 2017, p. 11), par exemple en assignant seulement les femmes à cette tâche, ou encore en identifiant la famille comme sphère préjudiciable en cas de travail à temps complet pour les femmes, plutôt que de penser une répartition des tâches de *care* et des moyens pour concilier sphères professionnelle et domestique.

Si les pilules peuvent être « dangereuses » pour la santé des usagères et à fortiori pour leur émancipation, elles peuvent, pour de toutes autres raisons, représenter également une forme de danger pour d'autres actrices·acteurs. Il semblerait en effet qu'elles permettent de questionner la confiance en l'institution médicale et l'efficacité du rôle de l'État. Cependant, le revers semble être de légitimer des décisions et des conséquences peu compatibles avec une émancipation par la contraception : contrôle accru des ordonnances, déremboursement des pilules de dernières générations - s'éloignant encore davantage d'un idéal de contraception libre et gratuite.

3.4 Conséquences de « la crise de la pilule »

3.4.1 Dans la société dite civile

L'intervention de l'État et le monopole de quelques laboratoires pharmaceutiques

Suite à ce scandale, « [l]a ministre [de la santé] a pris la décision de saisir la HAS pour établir dans les meilleurs délais les recommandations précisant la stratégie thérapeutique en matière de contraception [...] Elle saisit également l'ANSM pour une réévaluation des bénéfices et des risques des pilules contraceptives de 3^e génération »²²². L'ANSM réaffirmera ses principes de précaution²²³ qui consistent à : « rechercher les facteurs de risque, notamment de thrombose, lors de toute prescription d'un COC à une nouvelle utilisatrice, c'est-à-dire [...] : a) procéder à un interrogatoire complet sur les antécédents médicaux personnels et familiaux afin d'identifier d'éventuels facteurs de risque, notamment de thrombose veineuse, b) identifier un tabagisme, c) effectuer un examen clinique afin de dépister notamment une éventuelle hypertension artérielle, d) effectuer un bilan lipidique et un dosage de glycémie ». Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé de 2012 à 2017, avancera le déremboursement des pilules de troisième génération initialement prévu fin septembre 2013, à fin mars 2013²²⁴. Du fait de la banalisation de ses prescriptions hors AMM et des plaintes d'effets indésirables par les usagères, le traitement Diane 35® (assimilé aux pilules de dernières générations) avait été temporairement retiré du marché quelques mois pour finalement être ré-autorisé dans la limite de la stricte application de son AMM (comme antiacnéique).

²²² (ANSM 2012, p. 2)

²²³ (*Ibid.*)

²²⁴ (France Culture 2013a)

Ainsi, des générations de pilules sont désormais plus prisées que d'autres et six laboratoires vont alors se partager quasiment l'intégralité du marché de la contraception orale : la compagnie pharmaceutique Janssen-Cilag qui produit des pilules de première génération ; le laboratoire Codepharma (laboratoire français spécialisé dans la gynécologie) qui produit quant à lui des pilules de deuxième génération (dont des marques Janssen-Cilag) ; les laboratoires français Pierre Fabre et Biogaran (filiale de médicaments génériques de Servier) qui produisent également des pilules de deuxième génération ; tandis que Mylan et Teva produisent des génériques de ces pilules²²⁵. Le nombre d'entreprises pharmaceutiques commercialisant ces pilules tend par ailleurs à diminuer, du fait de nombreuses fusions-acquisitions dans le milieu pharmaceutique. Aussi, une même entreprise a tendance à développer plusieurs marques de pilule ainsi que ses propres génériques, afin de dominer au mieux le marché (Roux 2020; Rouzaud-Cornabas 2019).

Diversification des usages contraceptifs

Du côté des usagères, ce scandale a contribué à tarir le symbole d'émancipation qui était associé à la contraception orale. En effet, en 2012, 2,5 millions de femmes prenaient des pilules de troisième et quatrième générations, soit la moitié des femmes sous pilule en France. Puis, sur les dix premiers jours de janvier 2013, les ventes de pilules de deuxième génération ont bondi de 20 % par rapport à la même période en 2012, tandis que les ventes de pilules de troisième génération reculaient de 6 %²²⁶. Aussi, le ratio de ventes de COC de première et deuxième générations par rapport aux ventes de COC de dernières générations est passé de 52 %/48 % en avril 2012, à 79 %/21 % en avril 2014. On note une diminution globale de l'ordre de 5,6 % des ventes générales de COC avec une augmentation des ventes de COC de première et deuxième générations de 32 %, ainsi qu'une diminution de 48 % des ventes de COC de dernières générations²²⁷. Le tableau (Rouzaud-Cornabas 2017) ci-dessous permet d'apprécier un ensemble de ces évolutions.

²²⁵ (Fleitour 2013)

²²⁶ (*Ibid.*)

²²⁷ (ANSM 2014)

	COCON 2000	FECOND 2010	FECOND 2013
G2	52.7	45.4	56,3***
G3-G4	32.0	34.0	26,3***
Diane 35	6.6	7.2	1,5***
Progestatives	8.7	13.4	15,9
Total	100	100	100

Figure 14 - Évolution du taux d'utilisation de contraception orale selon les générations de pilules (Rouzaud-Cornabas 2017)

À noter que l'augmentation du recours aux pilules de deuxième génération se constate surtout chez les jeunes et les plus diplômées (*Ibid.*).

Si cette désaffection est en grande partie due à la méfiance des usagères, il faut également tenir compte du fait que l'accès aux pilules de dernières générations a été limité soit par leur retrait du marché soit *via* l'annulation de leur remboursement.

Si le taux d'utilisation des pilules avait perdu 4 points en une décennie (Bajos et al. 2012), de véritables changements contraceptifs furent observés entre 2010 et 2013 avec une large proportion attribuable à la controverse de fin 2012. Premièrement, la perception des femmes de la contraception orale n'est plus systématiquement associée à l'idée d'émancipation. En effet, si en 2010, 44 % des femmes « sont tout à fait d'accord avec l'idée selon laquelle "la pilule permet aux femmes d'avoir une sexualité plus épanouie" », le chiffre chute à 37 % en 2013 (Bajos et al. 2014, p. 3). De même, si en 2010, 45 % des femmes utilisaient une pilule comme moyen de contraception, elles ne sont plus que 40,5 % en 2013, et 36,5 % en 2016²²⁸. En outre en 2010 et 2013, les pilules de troisième et quatrième générations représentaient 40 % (45 % pour les deuxièmes générations et 15 % pour les progestatives) puis 25 % (60 % pour les deuxièmes générations et 15 % pour les progestatives) des pilules utilisées et elles ne représentaient en 2013 que 10 % des méthodes contraceptives employées contre 19 % en 2010.

Cependant, d'une part, les transferts vers des pilules de deuxième génération ont été de faible ampleur (22 % d'utilisatrices de deuxième génération en 2010 et 23 % en 2013). D'autre part, toujours entre 2010 et 2013 le recours à la pilule a baissé de 14 points passant de 50 % à 41 %. Finalement on note une désaffection à l'égard de la

²²⁸ (Baromètre santé 2016 cité par Favereau 2017)

méthode elle-même et pas seulement des dernières générations (Bajos et al. 2014), bien que les pilules micro-progestatives soient moins concernées (Favier 2016).

Au-delà des changements observables parmi les générations de contraception orale, cette « crise de la pilule » contribue à déstabiliser un modèle contraceptif alors centré sur celle-ci. En effet, une femme sur cinq a ainsi déclaré avoir changé de contraception depuis septembre 2012. Si l'on compare les périodes de janvier 2013 à décembre 2013 et de janvier 2014 à avril 2014 aux mêmes périodes de 2012, on note une augmentation de 26 % des ventes des autres dispositifs tels que les implants et les DIU, dont la plus forte augmentation (45 %) concerne ceux au cuivre avec notamment une hausse de vente de plus de 60 % chez les femmes âgées de 20 à 29 ans. Sur la même période, les ventes de contraception d'urgence ont également augmenté (+ 5,6 %) ²²⁹, conséquence éventuelle à des arrêts pressés de pilules n'ayant pas nécessairement été remplacés par un autre contraceptif adapté aux femmes. La contraception d'urgence peut en effet être une méthode transitoire. Enfin, durant cette même période la stérilisation à visée contraceptive était quant à elle en baisse.

Bien que les méthodes dites naturelles, le préservatif (chez les diplômées en CAP-BEP) ou encore le DIU (chez les plus diplômées et les 25-29 ans) aient connu une hausse d'utilisation, la contraception orale reste néanmoins la plus utilisée en France (Bajos et al. 2014). Entre 2010 et 2013, l'utilisation de méthodes dites naturelles et locales non hormonales restait plutôt stable et connaissait une petite augmentation de deux à quatre points selon les tranches d'âges ; les quatre points concernant les 20-24 ans, tranche d'âge, par ailleurs, la plus concernée par une prise de pilules. En outre, les ventes d'estroprogestatifs non oraux (dispositifs transdermiques et anneaux vaginaux) connaissent une diminution de 15 % ²³⁰.

Si en France 1,5 millions de femmes ont arrêté de prendre une pilule depuis 2010, les comprimés sont toujours utilisés par 4,5 millions de femmes ²³¹. Cela ne signifie pas pour autant que les millions et demi de femmes en question n'utilisent plus de contraception : « même si la pilule baisse, il n'y a pas pour autant "de désaffection vis-à-vis de la contraception" [...]. Ainsi, la proportion de femmes déclarant n'utiliser aucune méthode est en baisse avec 8 % en 2016 contre 9,1 % en 2013 et 13,6 en 2010 » ²³². Aujourd'hui, si le trio des contraceptifs les plus utilisés reste inchangé, on

²²⁹ (ANSM 2014)

²³⁰ (*Ibid.*, p. 6)

²³¹ (France Culture 2017a)

²³² (Chevreuil 2017)

note des évolutions en son sein puisque le recul de l'utilisation des pilules se poursuit, en particulier chez les femmes âgées de 20 à 29 ans, au profit des DIU, du préservatif et de l'implant. Les méthodes utilisées par les femmes se diversifient donc peu à peu, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

MÉTHODES DE CONTRACEPTION UTILISÉES EN FRANCE EN 2016 PAR LES FEMMES CONCERNÉES PAR LA CONTRACEPTION SELON LEUR ÂGE



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stérilisées, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cage et les méthodes dites traditionnelles telles que la syméctomie, la méthode des températures et le retrait.
Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Figure 15 - Graphique des méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge

Une fin au scandale ?

En France, en 2017, après plus de quatre ans d'enquête, le scandale est classé sans suite (Rouzaud-Cornabas 2019, p. 283) pour finalement être annoncé fin 2020 comme allant faire l'objet d'une instruction au pénal. Même si le tribunal a admis que les séquelles étaient dues à l'absorption de la pilule, le laboratoire pharmaceutique est reconnu non responsable. Bien qu'il n'y ait pas eu de recensement officiel des victimes

de pilules²³³, cela ne décourage pas certaines usagères à déposer de nouvelles plaintes²³⁴.

En définitive, la contraception orale hormonale est aujourd'hui un objet controversé, un objet de tensions, résultant de forces contraires impliquant à la fois une certaine émancipation et un contrôle médicalisé des corps. Bien que la parole des usagères ait de plus en plus de poids, elle n'est pas encore assez organisée²³⁵ pour faire face à de puissantes firmes. C'est ainsi que ces situations apparaissent comme propices à l'élaboration d'un véritable objet de recherche.

3.4.2 Dans la recherche : un intérêt scientifique non proportionnel à la large diffusion de la contraception orale ?

L'étude spécifique des pilules contraceptives en sciences sociales est récente et a été progressive. En France, de grandes enquêtes ont d'abord été menées sur la sexualité et la contraception avant de se focaliser sur des contraceptifs en particulier.

Des années 1970 à 1990 : primat des études des sexualités, en contexte de VIH-Sida

En 1970 avait lieu l'enquête Simon étudiant les comportements sexuels des français·es et les effets de la contraception sur les pratiques et les représentations de la sexualité. Contraception et sexualité ne sont alors pas encore distinguées. Puis, les années 1990 marquent le début des recherches empiriques sur la sexualité au prisme du genre et en contexte de VIH-Sida. C'est le cas de l'enquête ACSF (analyse des comportements sexuels en France) en 1992 (Bajos et Bozon 2008). Si durant ces décennies, les études portent surtout sur les sexualités, parallèlement Hélène Bretin s'intéresse aux imbrications entre parcours contraceptifs et parcours de vie (Bretin 1992). En 1993, les travaux de Michel Bozon et Henri Leridon (Bozon et Leridon 1993) participent à une rupture avec le discours médical et psychologique. L'idée d'une sexualité comme construction sociale s'ancre dans la sociologie (Clair 2012). Apparaissent dans les années 2000 des études sur les sexualités, l'hétéronormativité et la diversification des formes familiales comme espaces intégrants du système de genre. La sexualité hétéronormée est interrogée en ce qu'elle impliquerait une complémentarité et donc une dépendance réciproque qui invisibilise l'existence des inégalités.

²³³ (Cabut, Krémer et Santi 2012)

²³⁴ (France Info 2017)

²³⁵ (*Ibid.*)

L'on peut également mentionner L'Enquête sur la régulation des Naissances en 1971, qui traite de contraception d'abord dans le couple et au prisme des méthodes médicalisées. Trois autres enquêtes nationales ont ponctué ces décennies : les enquêtes de Fécondité (INED-INSEE) en 1978 et en 1988, ainsi que l'enquête sur les situations familiales et l'emploi (ESFE) (INED-INSEE) en 1994. Dans les parties de leurs thèses consacrées à l'état de l'art, Alexandra Roux et Cécile Thomé proposent respectivement un encart réalisé à partir des travaux d'Henri Leridon et un tableau, récapitulant les enquêtes nationales sur la contraception (Roux 2020, p. 80; Thomé 2019, p. 48).

Le tournant du XXI^{ème} siècle : études de la contraception

Le tournant du XXI^{ème} siècle correspond, pour les sciences sociales, au développement des recherches portant plus spécifiquement sur la contraception. En 2000, l'enquête CoCON (Enquête de COhorte sur la CONtraception), dirigée par Nathalie Bajos et Nadine Job-Spira, est lancée par l'INSERM²³⁶ - INED et est menée durant quatre ans auprès de milliers de femmes. L'enquête met notamment en évidence une prise en charge différenciée de l'IVG dans les secteurs privé et public et démontre que les femmes sont trop peu associées au choix de la méthode d'IVG. Parallèlement, Nathalie Bajos et Michèle Ferrand montre, d'une part, que la contraception, en renforçant l'idée d'une maternité naturelle et responsable, ne permet qu'une émancipation relative pour les femmes (Bajos et al. 2004). D'autre part, elles théorisent et explicitent la « norme contraceptive » et la « norme procréative » (Bajos et Ferrand 2006).

Les études comparant l'usage des divers moyens de contraception émergent : Clémentine Rossier et Henri Leridon (entre autres) ont par exemple qualifié de partielle la substitution entre préservatif et pilule (Rossier et al. 2004). En 2006, l'enquête CSF (contexte de la sexualité en France) mettait au jour un contexte de diversification des trajectoires sexuelles individuelles (Bajos et Bozon 2008). En 2010, l'enquête pluridisciplinaire FÉCOND (Fécondité-Contraception-Dysfonctions sexuelles) était menée par téléphone et par questionnaires et l'un de ces apports était de solliciter des hommes et des médecins en plus de comporter un volet destiné aux femmes. L'enquête FÉCOND est réitérée en 2013, en contexte de « crise de la pilule ». Publié en 2017, le volet « Contraception » du Baromètre Santé 2016 présentent les derniers grands résultats quantitatifs en matière d'usages contraceptifs et notamment les reports de ces usages depuis « la crise de la pilule » (Rahib, Le Guen et Lydié 2017).

²³⁶ Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Les années 2000 : focus sur des moyens contraceptifs spécifiques

En s'intéressant à la méthode des progestatifs injectables dans le cadre de sa thèse, Hélène Bretin semble faire exception en étudiant un moyen contraceptif spécifique avant 1990, puisqu'il faudra surtout attendre le milieu des années 2000 pour que de tels focus se répandent dans la recherche. Dès 2007, Yaëlle Amsellem-Mainguy analyse plus particulièrement la contraception d'urgence (Amsellem-Mainguy 2007; Amsellem-Mainguy 2009a; Amsellem-Mainguy 2009b).

Au début des années 2010, Arnaud Gautier, Delphine Kersaudy-Rahib, Nathalie Lydié contribuent à mettre au jour les inégalités d'accès à la contraception notamment chez les moins de trente ans (Gautier, Kersaudy-Rahib et Lydié 2010). Dans la continuité des études menées depuis le début des années 2000 par Nathalie Bajos et Michèle Ferrand sur le modèle contraceptif français, par la suite, Nathalie Bajos, Aline Bohet, Mireille Le Guen et Caroline Moreau décrivent le contexte contraceptif actuel et pointent du doigt le cas spécifique des pilules (Bajos et al. 2012). Plus récemment, Cécile Ventola démontre l'influence des professionnel·le·s de santé sur les choix contraceptifs finalement relatifs, notamment en matière de méthodes dites « masculines » (Ventola 2017). En comparant les usages contraceptifs entre la France et l'Angleterre, elle appuie les spécificités françaises que sont la médicalisation de la contraception et la féminisation des consultations. La première est assortie de transactions financières régulières entre patientes et médecins. La seconde signifie que le contexte médical français est favorable à une non-mixité lors de consultations médicales liées à la contraception. Ces travaux mettent plus généralement en avant une appréhension genrée de la contraception et donc une prescription de méthodes contraceptives essentiellement à usage ovarien (Ventola 2014).

Des vides scientifiques ?

À l'image de son développement en France, peu d'études sont spécifiquement consacrées à la contraception testiculaire. Dans une perspective psychosociale, Nikos Kalampalikis et Fabrice Buschini mettent au jour un imaginaire des craintes liées à une éventuelle pilule testiculaire calqué sur les craintes de la contraception orale déjà existantes (Kalampalikis et Buschini 2007). En 2009, Cyril Desjeux soutient sa thèse traitant des pratiques et représentations des attentes en matière de contraception testiculaire. Le chercheur s'intéresse notamment à l'ARDECOM. Plus récemment, Judith Hermann-Mesfen analysent les représentations des rôles répartis entre femmes et hommes dans la faible diffusion du « préservatif féminin » et d'une éventuelle « pilule masculine » (Hermann-Mesfen 2013).

De même, peu ou pas de données existent sur l'utilisation de la contraception par les hommes (Le Guen et al. 2015). Bien souvent même lorsqu'il s'agit de recueillir des

données sur les usages contraceptifs des couples, les femmes sont majoritairement sollicitées. Pourtant, l'utilisation de la contraception peut commencer avant une mise en couple et l'on sait que bien que l'âge au premier rapport sexuel se rapproche entre les femmes et les hommes, ces derniers commencent leur vie sexuelle plus tôt et cumulent davantage de partenaires (Bajos et Bozon 2008). De plus, le fait d'être en couple ne garantit pas que la contraception soit utilisée uniquement dans ce cadre. Les recherches rendent compte de l'inégale répartition du « travail contraceptif » et du fait que les hommes s'impliquent peu dans cette gestion (Thomé et Rouzaud-Cornabas 2017; Thomé 2016).

De manière peut-être plus étonnante, peu d'études ont été menées sur les rapports entre les patientes et le monde gynécologique, exceptées celles de Laurence Guyard (Guyard 2002; Guyard 2010a) et, bien plus récemment, celles d'Aurore Koechlin (Koechlin 2021). Si Jérôme Greffion s'intéresse aux rapports entre monde médical et industries pharmaceutiques (Greffion 2019), il existe encore peu d'études sur les rapports entre les usagères de contraception et le monde pharmaceutique (que ce soit la vaste industrie pharmaceutique ou plus particulièrement ce qui se joue au niveau des comptoirs des pharmacies).

« La crise de la pilule » : un regain d'intérêt scientifique pour la contraception ?

Chaque contraceptif a ses spécificités. Par leur fort taux d'utilisation mais aussi par la méfiance qu'elles suscitent, les pilules ont été étudiées plus précisément au tournant des années 2010. En 2014, l'équipe de l'enquête FECOND expose les conséquences du scandale sanitaire, social et médiatique des pilules de dernières générations sur leurs usages contraceptifs (Bajos et al. 2014). Finalement, face à l'ampleur de la diffusion des pilules, il semble que leurs usages ne fassent pas l'objet de tant de recherches, notamment qualitatives. Lorsque sur le site theses.fr²³⁷ on recherche à partir du mot-clé « contraception » des thèses (en sociologie, en sciences économiques, en droit, en démographie, en sciences de la santé et en épidémiologie) réalisées en France (non limitée au territoire hexagonal) entre 2006 et 2016, plus de 500 résultats apparaissent. Or, l'algorithme du site ne prend pas uniquement en compte les titres, les mots-clés et les résumés qui mentionnent le terme recherché, mais présentent des résultats plus vastes. En outre, la sélection des disciplines semble imprécise car certaines apparaissent seules quand d'autres sont regroupées. Afin d'avoir des résultats plus précis, seules les thèses mentionnant le terme « pilule(s) » dans leur titre ont été retenues. Seulement trois thèses (celle de Mylène Rouzaud-Cornabas, celle d'Alexandra Roux et la présente thèse) traitent donc spécifiquement

²³⁷ (ABES)

des pilules contraceptives (en sociologie et en sciences de la santé). Suite à une volonté de mise en commun des connaissances sur la contraception dans une perspective de genre en France, un groupe de jeunes chercheur·e·s (dont celles citées précédemment) décide de se réunir au début de l'année 2017 pour finalement se constituer en laboratoire junior deux mois après. Le laboratoire junior Contraception&Genre²³⁸ réunit aujourd'hui une quinzaine de doctorant·e·s et de docteur·e·s issu·e·s de diverses disciplines en sciences humaines et sociales et représente une dynamique importante de la jeune recherche sur ces questions, en étant à l'origine de diverses manifestations scientifiques régulières, d'envergure internationale pour certaines.

La liste des études et des auteur·e·s mentionnée ici n'est pas exhaustive. L'objectif est simplement de rendre compte de l'évolution des objets d'études dans la recherche sur la contraception. Il s'agit notamment de montrer que c'est en contexte de « crise de la pilule » qu'un intérêt se développe particulièrement autour de cette méthode contraceptive et que cela fait aussi suite à un resserrement progressif des recherches sur la contraception en général vers des moyens contraceptifs spécifiques. Si l'on ne peut sans doute pas affirmer que de plus en plus de nouvelles recherches portent sur la contraception en France (à ma connaissance aucune étude n'a été réalisée en ce sens), on remarque tout de même que « la crise de la pilule » semble avoir participé à l'impulsion de nouvelles recherches. Aussi, la célébration des cinquante ans de la légalisation de la contraception en France en 2017, le contexte propice à la critique du modèle contraceptif français, ainsi que les « nouveaux enjeux [...] en termes de rapports de genre » dans le domaine contraceptif, participent au « regain d'intérêt »²³⁹ pour les recherches sur la contraception.

Parler de véritable « crise de la pilule » contribue à politiser la problématique plus couramment énoncée comme étant le scandale de la pilule. Envisager désormais les pilules au pluriel permet d'appuyer cette dimension en distinguant les effets (régulant des problèmes de l'ordre de l'inconvénient ; provoquant des petits maux, voire exposant à des sur-risques sanitaires) et les enjeux relatifs aux différentes générations, qui plus est dans ce contexte de crise. Cette crise éminemment politique ne résulte pas seulement de la médicalisation de la contraception mais permet également de mettre en avant la responsabilité des pouvoirs publics dans les risques encourus par les usagères. En cela, l'agentivité de ces dernières est un facteur central

²³⁸ (« Contraception&Genre Laboratoire junior » 2017)

²³⁹ (*Ibid.*, rubrique « Objectifs »)

dans l'évolution de la controverse en crise. Ainsi, différentes sphères de pouvoir (corps médical, pouvoirs publics, État) exerçant leur autorité sur les corps des femmes se voient également faire face à un risque particulier : celui de la remise en question de leurs rôles, notamment en cas de mise au jour de conflits d'intérêt (entre industrie et politiques publiques par exemple).

Mais si cette « crise de la pilule » revêt certaines avancées (contribution à la libération de la parole des usagères, visibilité de l'activisme thérapeutique), la légitimation de restrictions (sous couvert de sécurité sanitaire) peu compatibles avec une émancipation des femmes en est un des revers. Cette crise cristallise donc des tensions contradictoires particulièrement propres à la contraception qui se situe à l'intersection entre émancipation et contrôle (médical, institutionnel, étatique) exercé sur les corps des femmes. Si « la crise de la pilule » permet de visibiliser ces contradictions, elles ne sont pas pour autant nouvelles. Historiquement, c'est dès la conception des pilules que ces frictions apparaissent (Le Guen et al. 2018). Au moment de la diffusion des pilules, la suppression des menstruations devint d'abord un critère rédhibitoire sous couvert de perceptions naturalisantes jusqu'au moment où cet effet pouvait devenir un élément marketing, au même titre que le développement d'une contraception quasi exclusivement à usage vaginal et ovarien. L'ensemble des effets collatéraux (possiblement indésirables) et des risques inhérents à la contraception est alors supporté par les femmes. Bien que « la crise de la pilule » ait permis une diversification des usages contraceptifs, il n'en reste pas moins que ceux-ci demeurent majoritairement du ressort des femmes, qui semblent évoluer entre agentivité et assignations historiquement ancrées. Si, selon leur façon de présenter et diffuser la contraception, les pouvoirs publics aiguillent les choix des usagères, la manière dont les professionnel·le·s de santé prescripteurs et prescriptrices présentent et prescrivent la contraception doit également être questionnée. Avant de se focaliser sur les relations entre patientes et professionnel·le·s de santé en consultations médicales dans les chapitres ultérieurs, il convient en amont d'interroger la place de la contraception, et plus particulièrement de la pilule, dans la formation médicale. Si des femmes et des médecins ont pu s'allier au moment de la deuxième vague féministe dans les années 1960-1970 et de la diffusion de la contraception (Guyard 2010b), reste que l'autorité médicale semble résulter d'un apprentissage au sein duquel la pilule peut représenter un outil qui la légitime.

Au terme de cette première partie, la problématique de la thèse peut être récapitulée de la manière suivante. En France, en 1967, la légalisation de la contraception sous la loi Neuwirth s'accompagne de sa médicalisation ainsi que de sa féminisation. Bien que le préservatif et le DIU fassent partie du panel contraceptif initial, c'est la contraception orale qui représente dès lors l'essor des méthodes de gestion de la fécondité. Elle est perçue, dans l'imaginaire collectif, comme un objet d'émancipation sexuelle pour les femmes. Depuis, de nouveaux moyens de contraception ont également été mis sur le marché.

Fin 2012, « la crise de la pilule » éclate, plusieurs dizaines d'années après des *pill scare* apparus dans les pays anglo-saxons. Bien que les risques aient été connus et partagés à l'international, « la crise de la pilule » en France est donc tardive (Rouzaud-Cornabas 2019). La baisse du taux d'usage de contraception orale est significative et traduit une désaffection de l'ensemble de la méthode (et non pas seulement des générations de pilules incriminées). Pour autant, elle reste insuffisante pour remettre en question sa centralité dans la « norme contraceptive » (Bajos et Ferrand 2004). La contraception orale est donc devenue un objet de méfiance sanitaire. Mais, malgré cette « crise » et l'augmentation du nombre de moyens de contraception composant le panel contraceptif, elle reste la méthode la plus prescrite et la plus utilisée.

Afin de répondre à la question de départ relative aux motivations à l'usage de la contraception orale dans un contexte marqué par « la crise de la pilule », les études de type quantitatif invitent à se focaliser sur un profil particulier d'usagères : celles âgées de 20-24 ans, qui sont les plus concernées par un usage exclusif de contraception orale (Gautier, Kersaudy-Rahib et Lydié 2013) ; et celles étant diplômées, qui correspondent au profil de femmes les plus concernées par un usage de pilules de troisième et quatrième générations (Bajos et al. 2004), mises en cause dans « la crise ». Les pratiques contraceptives individuelles (niveau micro) dépendent des ressources contraceptives matérielles locales (niveau méso) mises (ou non) en œuvre par les politiques de santé publique (niveau macro).

Les deux prochaines parties de la thèse mobiliseront les matériaux de terrain recueillis à la fois auprès des usagères, de leur entourage et notamment de leurs partenaires, ainsi que des professionnel·le·s de santé, dont les pratiques médicales déterminent à leur tour les pratiques contraceptives possibles. Enquêter auprès de ces trois groupes composant la population d'enquête implique, d'une part, d'étudier les rapports de pouvoir qui caractérisent leurs interactions et d'explicitier, d'autre part, le positionnement de la chercheuse et les rapports entretenus avec les enquêté·e·s, nécessairement différents, voire inégaux, face à cette diversité d'actrices et acteurs.

2^{ÈME} PARTIE –

DE LA FORMATION MÉDICALE À L'ACCÈS AU SOIN ET AU TERRAIN : CONTRÔLES ET RÉSISTANCES DANS LA CARRIÈRE DE LA CONTRACEPTION ORALE

Cette deuxième partie est structurée en quatre chapitres. L'objectif est de mêler résultats, réflexivité et développement de la méthodologie employée, en appréhendant les réajustements réflexifs et méthodologiques comme des résultats à part entière. C'est pourquoi le titre de la partie interroge, en partie, l'accès au terrain chercheur.

Les chapitres se centreront sur les pratiques contraceptives (*cf.* chapitre 5) et médicales (*cf.* chapitres 4, 6 et 7) dans un contexte marqué par « la crise de la pilule ». Le chapitre 4 est consacré à la formation médicale. Les entretiens réalisés auprès du personnel prescripteur ; l'observation d'un cours portant sur la contraception, destiné à des internes en médecine générale ; ainsi qu'un cours écrit fourni par une des sages-femmes, constituent les principaux matériaux mobilisés pour analyser la place de la contraception (orale) dans ses formations, son impact dans les prescriptions, ainsi que la construction de différents ethos professionnels.

L'objectif du chapitre 5 est d'exposer les parcours contraceptifs des jeunes femmes usagères. Les entretiens semi-directifs et les récits de vie ont été le plus souvent répétés selon les principes d'une étude longitudinale, afin de tendre vers une monographie des différentes étapes des usages de pilules (prescription ou renouvellement, achat, rangement, ingestion de la contraception orale). La principale méthode d'analyse employée est la codification thématique. Trois grands tableaux²⁴⁰ thématiques ont été créés. Un premier tableau recense les informations sociodémographiques des jeunes femmes. Un deuxième tableau est consacré à leurs parcours contraceptifs (y compris post-accouchement et post-IVG). Enfin, un dernier tableau a été construit autour de dix variables : 1) les champs lexicaux employés pour parler des pilules, du corps (y compris des menstruations), de la « féminité », 2) les informations relatives aux achats, rangements, prises et oublis/dysfonctionnements de prises de pilules, 3) les rapports aux médecins (selon la profession, le type de structure et la zone géographique), 4) les discours des médecins relayés par les usagères et leurs ressentis, 5) les rapports au(x) partenaire(s), aux parent·e·s (surtout aux mères) et à l'entourage (ami·e·s, collègues, autres membres de la famille), 6) les connaissances et opinions autour de « la crise de la pilule », 7) le contexte de la première consultation gynécologique, 8) leur rapport au(x) féminisme(s), 9) les discours autour de la contraception en général, 10) leur rapport à la parentalité.

Les résultats de l'analyse apparaîtront sous la forme de récits croisés (plutôt que de portraits par exemple). En effet, la forme de la rédaction peut être guidée par l'expérience de terrain, et ce, sans en compromettre l'analyse (Martin et Soucaille

²⁴⁰ Ces tableaux n'apparaîtront pas tels quels dans la thèse : les données du premier ont été présentées sous forme de schémas dans l'Introduction générale, les données extraites du deuxième seront principalement exposées dans le chapitre 5, et celles du troisième apparaissent de manière plus disparates tout au long du manuscrit.

2016). Les usagères et les professionnel·le·s de santé enquê·t·e·s ont été rencontr·e·s distinctement durant l'enquête et, de surcroit, à des périodes différentes : les entretiens réalisés auprès des interlocutrices ont davantage été menés en début d'enquête (certains ayant même été réalisés avant la thèse), tandis que la rencontre avec le personnel de santé a eu lieu plus tardivement, l'accès au corps médical nécessitant des négociations plus formelles. Pour autant, afin de ne pas appréhender les expériences et les pratiques des différents groupes d'enquê·t·e·s comme des blocs distincts, d'une part, et de favoriser l'imbrication des différents niveaux d'analyse, d'autre part, la lecture croisée de ces matériaux de terrain sera croissante au fil des chapitres. L'analyse rend donc également compte du cheminement de l'enquête.

Les chapitres 5 et 6 présenteront à la fois les modalités d'accès aux différentes parties du terrain : celui mené auprès des usagères et des professionnel·le·s de santé ; ainsi que les résultats constatés, également issus de l'observation de consultations médicales et gynécologiques. Pour le chapitre 6, un tableau d'analyse par codifications thématiques a également été élaboré à partir des matériaux de terrain recueillis en entretiens et en observations auprès du personnel de santé. Il croise également dix variables principales : 1) les professions, 2) les structures d'exercice ; les discours et pratiques relatifs et relatives : 3) à la contraception orale, 4) à « la crise de la pilule », 5) à la contraception en général, 6) aux différentes méthodes contraceptives, 7) aux différents profils des patientes, 8) aux personnes accompagnant les femmes en consultations, 9) à la formation médicale, 10) à l'examen gynécologique. Les données de ces tableaux seront également mobilisées dans la troisième partie de la thèse. Ces variables mettent au jour des scénarios de consultations, permettant de poursuivre la caractérisation d'une typologie de pratiques de soin.

Enfin, l'objectif du chapitre 7 est d'interroger la dimension éthique relative aux prescriptions et aux utilisations de contraception orale, toujours dans une perspective féministe. En mobilisant une écologie des locaux (Jarty et Fournier 2019, p. 12), ainsi que la méthode de l'étude de cas, le dernier chapitre de cette partie propose d'aborder la question des violences médicales et gynécologiques, traitée que très récemment dans le débat scientifique. Le contexte de « crise de la pilule » semblant favorable à la remise en question de l'autorité médicale, ce chapitre montre les liens entre la matérialité des lieux de consultation (table d'auscultation utilisée, configuration des espaces de consultation et d'auscultation) et les pratiques de soin. Il questionne l'impact des différentes pratiques médicales sur l'accès à l'information et à la prescription contraceptives.

CHAPITRE 4 – LA CONTRACEPTION ORALE DANS LES FORMATIONS DES PROFESSIONS PRESCRIPTRICES : OUTIL D’APPRENTISSAGE DE L’AUTORITÉ MÉDICALE ?

La critique de la contraception orale en France divise. D’une part, parce que la diffusion de la contraception a favorisé l’émancipation sexuelle des femmes, et, d’autre part, parce que des médecins s’étaient alliés à cette cause dans les années 1960 (Löwy 2005; Pavard 2012a; Ruault 2016; Zeller 2020). Aussi, la critique des hormones ouvre sans doute la voie à la critique de la « norme gynécologique » (Koechlin 2021). Bien que des voix aient fait entendre les limites de la contraception dès sa diffusion (Le Guen et al. 2018), ce n’est pas ce que retient l’imaginaire collectif français.

Le cas des États-Unis est différent : les médecins étant peu perçus comme des alliés, la critique de la contraception y est apparue plus tôt. Entre les années 1960 et 1970, le *Women Health Movement* critiquait la prescription massive de pilule et l’alliance entre gynécologues et industries pharmaceutiques. En matière de contraception, les femmes s’informaient davantage auprès de leur entourage qu’auprès des médecins, laissant croire que la demande contraceptive était faible (McLaren, Morel et Rosenthal 1996, p. 356) et retardant sans doute le développement de la contraception médicalisée. Les femmes préféraient se tourner vers les « capotes » et les crèmes spermicides plutôt que d’aller dans les dispensaires médicalisés (*Ibid.*, p. 354). Mais parallèlement, Marie Stopes et Margaret Sanger souhaitaient médicaliser la contraception « en partie pour obtenir le soutien des praticiens et conférer une certaine légitimité à leur mouvement » (*Ibid.*, p. 347). La profession médicale devint alors la seule autorité appropriée pour la distribution de contraception (Watkins 2016).

En France, les médecins ont joué un rôle important dans le combat pour le droit à la contraception et à l’avortement. Dans les années 1960 et 1970, prescrire la contraception orale relevait d’un acte militant. L’avortement étant interdit, les grossesses non prévues représentaient un risque de mort dans le cadre d’avortements clandestins. Les médecins ont ainsi participé à la diffusion de savoirs médicaux (notamment *via* leur investissement dans les MLAC). Entre 1965 et 1980, la France est passée de la génération baby-boom à celle qui a milité pour la contraception et l’avortement (Knibielher 1997 citée par Collin et Laborie in Hirata et al. 2004,

p. 109-114). Conséquence de la médicalisation de la contraception, la norme de la consultation gynécologique annuelle, ou « norme gynécologique²⁴¹ » (Koechlin 2021), est basée sur le renouvellement de la contraception orale. Aujourd'hui, la prescription relève davantage d'un acte mécanique et marchand. Les intérêts (d'émancipation) des femmes peuvent même se heurter à ceux des médecins, usant d'autorité médicale (Galand 2002). L'objectif de ce chapitre est alors d'interroger la place de la contraception dans la formation de celles et ceux qui détiennent l'autorité de la prescription, à savoir la formation médicale destinée aux gynécologues et aux généralistes et la formation en science maïeutique dispensée aux sages-femmes.

Une première partie sera consacrée à la formation initiale et en continu (des sages-femmes, des généralistes et des gynécologues) en général. Si une forte mobilité est commune aux professions prescriptrices, l'accès à leurs formations se distingue par des ressources économiques inégales. Aussi, malgré un long cursus d'apprentissage, il reste nécessaire pour les professionnel·le·s de santé de perpétuellement s'informer de manière autonome pour répondre aux compétences attendues. Une deuxième partie traitera spécifiquement de la place de la contraception dans les formations des prescripteurs et prescriptrices. Après avoir présenté l'étude de cas d'un cours de médecine générale (portant sur la contraception) et après l'avoir confronté à un cours de maïeutique, il s'agira de présenter les modalités d'apprentissage des connaissances contraceptives (les cours ; les stages et l'apprentissage par mimétisme ; la formation en continu) et leurs limites. Enfin, une troisième et dernière partie montrera la centralité de la hiérarchie dans ces professions et son impact inégal à la fois sur les conditions de travail et la manière d'aborder la contraception. Il s'agira de s'attarder sur le genre des professions de santé, la hiérarchisation des différentes spécialités médicales, les conditions inégales de travail en structures privées et publiques, les disparités territoriales d'accès au soin, et la possibilité, malgré un ethos dominant, d'exercer en dehors des cadres rigides (et insuffisant) prévus par la formation.

Pour ce faire, les entretiens réalisés auprès des professionnel·le·s de santé, et plus ponctuellement les observations menées auprès d'elles, seront mobilisé·e·s tout au long du chapitre. L'observation d'un cours de médecine générale sur la contraception ainsi que l'analyse d'un cours sur la contraception destiné aux sages-

²⁴¹ La « norme gynécologique » enjoint les femmes à consulter régulièrement et est centrée sur la contraception. Cette dernière, avec l'écoute et le dépistage, fait partie des trois piliers qui font la « norme gynécologique ». En effet, « C'est bien la contraception qui fait basculer la consultation de la gynécologie médicale d'une consultation occasionnelle et liée à un motif à une consultation de suivi régulière. » (Koechlin 2021, p. 153)

femmes et fournit par l'une d'entre elles, feront l'objet de l'étude de cas présentée dans la deuxième sous-partie. Enfin, des entretiens réalisés auprès de deux militantes du Planning Familial seront mobilisés dans la dernière partie. Dans un souci d'optimisation de l'anonymisation, et parce que cela ne compromet en rien l'analyse, les antennes de l'association auxquelles sont affiliées ces enquêtées ne seront pas précisées.

4.1 De l'évidence de se former à la nécessité de s'informer

4.1.1 Une formation initiale élitiste ?

Les conditions (matérielles) de la formation initiale : onéreuse, sélective et harassante

Ce n'est que depuis la loi du 31 décembre 1979 relative à l'IVG « qu'est précisée pour la première fois une obligation de formation des médecins sur la contraception » (Roux 2020, p. 225). Les gynécologues, les médecins généralistes, et depuis 2009 les sages-femmes, sont habilité·e·s à prescrire la contraception²⁴². Dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé, d'après le décret du 26 mai 2016 les infirmier·e·s scolaires exerçant dans les établissements de second degré peuvent délivrer la contraception d'urgence²⁴³. Les infirmier·e·s peuvent également renouveler pour une durée de six mois une ordonnance de (certains) moyens contraceptifs oraux datant de moins d'un an²⁴⁴. Les pharmacien·ne·s, vendeuses et vendeurs en pharmacie la délivrent. La formation des sages-femmes dure cinq ans, celle des généralistes neuf ans et peut aller jusqu'à onze ans pour les autres spécialités. Or, plus les études sont longues, plus les frais d'inscriptions cumulés sont élevés, engendrant des inégalités dans l'entrée et la poursuite des études. En 2019, il fallait compter plus de 5000 euros de frais d'inscription pour la première année (commune aux différentes professions médicales) puis plus de 3000 euros pour une quatrième année de médecine²⁴⁵. Plus le nombre d'années d'études sera élevé (généralistes, et *a fortiori* gynécologues), plus les coûts cumulés le seront également. Ces coûts varient selon les régions et les écoles (publiques/privées) et ne prennent en compte ni les éventuels cours privés d'aide à la préparation aux examens, ni les frais de la vie

²⁴² (Ordre des sages-femmes - Conseil national)

²⁴³ (Légifrance 2016)

²⁴⁴ (Légifrance 2012)

²⁴⁵ (Nezic 2019)

courante (comme le loyer), notamment pour ceux originaires d'autres villes que celle de la formation. Selon les ressources économiques des étudiant·e·s, tou·te·s n'ont donc pas accès de façon égale à l'ensemble des études de médecine. En outre, depuis les années 1930, selon la législation française, les médecins libérales et libéraux doivent avoir fait leurs études en France. Cet exercice est donc refusé aux médecins de nationalités étrangères, à moins qu'ils aient auparavant exercé six ans en hôpital (Dubar, Tripier et Boussard 2015, p. 263-266). Les inégalités économiques se couplent donc aux inégalités ethno-raciales, limitant la variété des profils des médecins, particulièrement dans les spécialités nécessitant les plus longues études (telle que la gynécologie) et l'exercice en libéral, l'accès étant plus évident pour les Français·es issu·e·s de milieux aisés.

D'après les récits des sages-femmes en entretiens, les quatre dernières années de formation en maïeutique sont principalement composées de stages : en maternité principalement, mais aussi en structures dans le cadre de suivis gynécologiques et de contraception. La médecine générale, quant à elle, est une spécialité depuis 2007²⁴⁶, ce qui rend désormais obligatoire le passage du concours en milieu de cycles : « On est 8000 à être classés et on peut se spécialiser en médecine générale comme en chirurgie, ophtalmo, etc. », explique une jeune médecin généraliste (26 janvier 2018). En entretien, elle expose la formation en médecine, composée de trois cycles. Le premier cycle comprend les trois premières années d'études et se compose essentiellement de cours magistraux et d'ateliers. La première année est commune aux études de santé et correspond à la formation initiale de quatre professions médicales et pharmaceutiques : la médecine, la pharmacie, l'odontologie et la maïeutique. Extrêmement sélective, un concours succède à cette première année. L'externat, allant de la quatrième à la sixième année, compose le deuxième cycle. Durant celui-ci, des demi-journées sont dédiées aux stages. Quatre stages d'une durée de trois mois chacun sont à réaliser dans des services de spécialités : « avec plus ou moins d'intérêt » selon une autre jeune médecin généraliste. Elle se souvient : « Enfin là vraiment on tient les murs de l'hôpital, on est vraiment en observations » (10 novembre 2016). De plus, la rémunération des externes est inférieure au SMIC²⁴⁷. La dernière phase du cycle, l'internat, est à nouveau accessible par concours. À l'issue de celui-ci, un classement des jeunes médecins est opéré, leur permettant de pouvoir prétendre à une spécialité et une ville d'exercice (*cf.* sous-partie suivante). L'internat dure trois ans pour les

²⁴⁶ (Centre national de l'ordre des médecins 2014)

²⁴⁷ Salaire minimum interprofessionnel de croissance, estimé à environ 1185, 35 euros net mensuel en 2020.

généralistes (de la septième à la neuvième année) et environ quatre ans pour les autres spécialistes (jusqu'à la onzième année). L'internat est essentiellement composé de stages pour lesquels les jeunes médecins sont rémunéré·e·s à temps plein : « On est partie prenante du service contrairement à l'externat ou des fois on sait pas trop où se mettre [...] de la sixième année à la septième année on prend tout à coup plein de responsabilités », indique cette même médecin (10 novembre 2016). Les médecins doivent réaliser au moins six stages d'une durée de six mois chacun. Si la rémunération des internes est plus élevée que celle des externes, en réalité les premier·e·s travaillent plus de 80 heures hebdomadaires « dans un contexte où la réglementation européenne interdit de dépasser les 48 heures »²⁴⁸. En parallèle, iels continuent de suivre quelques cours théoriques (environ un à deux jours par mois) qui consistent à réagir sur des documents présentant des situations cliniques.

Un schéma sera proposé plus en aval dans le chapitre, reprenant le parcours des études médicales pour les professions prescriptrices (et illustrant le faible volume horaire consacré à la contraception, dont il sera question dans une prochaine partie).

Une forte mobilité géographique et structurelle

Les parcours des membres du personnel de santé prescripteur témoignent de fortes mobilités à la fois géographiques et en termes de structures d'exercice. Le premier cas concerne particulièrement les gynécologues. Un obstétricien déclare avoir été formé à Limoges, puis avoir poursuivi le cursus en obstétrique à Reims. Une gynécologue indique avoir été interne à Lille. Cette mobilité lui aura permis de se rendre compte qu'en Midi-Pyrénées, les délais d'accès à l'IVG étaient « catastrophiques » (7 décembre 2016). Une autre gynécologue raconte avoir travaillé dans une maternité à Paris revendiquant la réalisation des naissances sans violence. Une autre encore indique s'être formée à la sexologie et à l'hypnose à Paris. Une autre gynécologue, plus jeune, explique avoir réalisé son externat à Marseille. La formation des gynécologues est alors plutôt centralisée dans le nord de la France, voire témoigne d'un certain parisianocentrisme.

La mobilité nationale des généralistes semble moins disparate. Nantes est citée deux fois, Montpellier et Albi sont mentionnées une fois dans le cadre d'un DU et d'une formation à l'acupuncture. En revanche, certain·e·s mentionnent des expériences professionnelles en dehors de l'hexagone (à la Réunion), voire à l'international (au Gabon et plus largement en Afrique). Mais leur mobilité s'effectue surtout entre les territoires ruraux et urbains, notamment dans les déserts médicaux (et *a fortiori* gynécologiques). D'après leurs récits, ces zones géographiques se caractérisent par : la

²⁴⁸ (CYDZ 2016)

ruralité ; une faible densité de praticien·ne·s ; une faible variété de professions médicales ; une distance élevée des structures hospitalières (situées à des dizaines de kilomètres) ; l'absence de secrétaires à leurs côtés ; et, de manière plus positive, des loyers de cabinets moins élevés. Par conséquent, iels déclarent être « obligé·e·s de faire de la gynécologie en tant que généralistes » (une généraliste, 2 mars 2017).

Au moins la moitié des mobilités des sages-femmes sont motivées par une volonté de compléter la formation sur la contraception *via* des DU (à Paris ou Brest par exemple). Les expériences de mobilités de ces praticiennes sont par ailleurs circonscrites sur le territoire français (Grenoble et l'Ariège sont également citées, ainsi que Bordeaux et la Martinique). Les mobilités géographiques traduisent différents enjeux, puisqu'un changement de régions implique un changement de pratiques. Une sage-femme indique être plus sollicitée en milieu rural, celui-ci comptant moins de médecins. De surcroît, son discours montre que la patientèle diffère selon les régions : selon elle, les femmes « rurales » « veulent moins d'hormones » et mobilisent à ce titre davantage des argument « écolos » (21 décembre 2017). De même, les médecins généralistes déclarent plus systématiquement travailler auprès d'une patientèle âgée en milieu rural.

Dans le deuxième cas, la plupart des professionnel·le·s travaillent au sein de différentes structures, à la fois au cours de leurs carrières mais aussi parfois simultanément. En effet, les médecins ont des carrières modulables dans le temps (Lapeyre et Robelet 2007, p. 25). Les différentes structures sont empreintes de divers enjeux. L'ensemble des professionnel·le·s rencontré·e·s semble avoir une expérience hospitalière, au moins en début de carrière, correspondant à l'externat et l'internat réalisé en CHU²⁴⁹. Aucun·e gynécologue rencontré·e ne travaille exclusivement dans une structure publique. Une gynécologue ayant travaillé en PMI²⁵⁰ déclare faire du libéral « malgré elle » (28 mai 2018). En ce sens, une autre gynécologue indique travailler en libéral car l'hôpital qui l'employait précédemment n'était plus « intéressé » par sa pratique de l'IVG. Bien que l'exercice en libéral permette plus de liberté individuelle (cette même gynécologue argue, par exemple, qu'un médecin catholique anti-IVG « n'a qu'à bosser en libéral »), elle regrette par ailleurs le manque d'attitude commune également en institutions publiques (*via* l'exemple de l'IVG)²⁵¹. Les jeunes médecins généralistes qui déclarent travailler uniquement en cabinets libéraux sont ceux exerçant en milieux ruraux. Les autres témoignent d'expériences en PMI, en CDPEF, en foyers d'urgence, ainsi que de vacations en hôpitaux. Pour les

²⁴⁹ Centre hospitalier universitaire.

²⁵⁰ Protection maternelle et infantile.

²⁵¹ Ce point sera traité dans le chapitre 6.

médecins plus expérimenté·e·s, l'expérience en structures libérales est parallèle (une généraliste cumule des journées en cabinets et des demi-journées en hôpital, un généraliste cumule également des temps de travail en cabinet et en CHU) ou postérieure à celle en structures publiques, à l'exception du personnel de centres de santé.

Tout comme les médecins, au fil de leurs carrières il est courant que les sages-femmes travaillent en structures libérales, et particulièrement en cabinets. Certaines d'entre elles déplorent être davantage formées au rôle de technicienne en hôpital (ce point sera traité ultérieurement dans le chapitre).

4.1.2 Une formation partielle, partielle et discontinu ?

La formation en (dis)continu

Si tou·te·s les médecins sont habilité·e·s et amené·e·s à prescrire de la contraception, iels ont pourtant une formation inéquitable en la matière. Dès la formation initiale, les médecins se dirigent avec plus ou moins d'intérêt vers les différentes spécialités et complètent leurs connaissances en autonomie. Une jeune médecin généraliste indique se former « par [s]es recherches » personnelles et les « échanges avec les amis », qu'il s'agissent d'échanges oraux ou de documents entre internes (26 janvier 2018). Plus tard, même une fois diplômé·e·s, les médecins généralistes vont par exemple faire individuellement le choix ou non de se former à la contraception. Il y a donc un inégal investissement d'un·e professionnel·le de santé à l'autre. Dans le cadre d'une enquête portant sur la prescription contraceptive à partir de l'enquête Fecond 2010, Alexandra Roux et ses collègues ont montré que les généralistes « qui proposent seulement la pilule de manière occasionnelle [...], et ceux et celles qui recommandent rarement d'autres méthodes que la pilule [...] n'ont pas suivi de formation médicale continue [...] en contraception sur les trois dernières années, n'ont pas reçu de visiteurs médicaux pour des produits contraceptifs sur cette même période, et ne connaissent pas les préconisations de la HAS de 2004. À l'inverse, les généralistes qui proposent d'autres méthodes que la pilule [...] ont suivi plusieurs formations à la contraception sur les trois dernières années, signalent avoir reçu des visiteurs médicaux pour l'implant, la pilule de 3^e génération, les DIU au cuivre et à la progestérone, et déclarent connaître les rapports des autorités de santé sur la contraception et lire régulièrement des revues médicales » (Roux et al. 2017 citées par Roux 2020, p. 262). Par conséquent, les utilisatrices sont confrontées à un accès inégal aux différentes méthodes contraceptives en fonction de la ou du professionnel·le qu'elles consultent (Roux, Ventola et Bajos 2017). Contrairement au Canada, il n'y a

pas de norme d'enseignement médical en France²⁵², le système de formation continue étant aussi « beaucoup moins encadré que le système anglais²⁵³ » (Ventola 2017 citée par Roux 2020, p. 238), les médecins sont donc censé·e·s se former en permanence : « on voit qu'il faut qu'on s'inscrive à des formations et qu'on est rémunéré pour ça. Maintenant on voit qu'on est obligé de faire un certain quota mais on nous fait pas repasser un examen. Un certain nombre de formations, on doit faire ci et ça pour recevoir des sous²⁵⁴ », indique une gynécologue (CDPEF, 28 mai 2018). « [L]e contrôle de la formation, qui incombe aux instances ordinales [...], ne porte, quand il existe, que sur la quantité de formations suivies, mais pas sur leur contenu, ni sur l'éventuelle adéquation de ces contenus avec les domaines dans lesquels les professionnel·le·s sont le moins à jour – ces professionnel·le·s étant totalement libres de se former dans les domaines qu'ils ou elles souhaitent » (*Ibid.*, p. 240). Aussi, le code de déontologie médicale²⁵⁵ prévoit des clauses favorisant l'idée d'indépendance dans la prescription. Dès lors, les professionnel·le·s s'informent de diverses manières et avec un investissement inégal. Dans tous les cas, l'un des enjeux principaux est de se tenir informé·e des (évolutions des) recommandations officielles. Six manières de poursuivre la formation ont été identifiées. La première est de lire des revues médicales. Une jeune médecin généraliste mentionne *La revue du praticien*²⁵⁶ tout en se méfiant des conflits d'intérêt relatifs à celle-ci (26 janvier 2018). Les professionnel·le·s de santé impliqué·e·s dans le REIVOC²⁵⁷ mentionnent régulièrement la revue *Prescrire*²⁵⁸ : les articles de la revue mais également les fiches « Infos-Patients »²⁵⁹. Mais ce sont surtout des formes de collectivisation des informations qui ont pu être constatées en entretiens et durant les observations de consultations. Ces formes varient d'une structure à une autre. En clinique, ce sont les échanges entre collègues par messagerie instantanée qui semblent grandement mobilisés, y compris en cours

²⁵² Réflexion issue d'une discussion avec Martin Winckler dans le cadre de la préparation de mon comité de thèse, le 20 octobre 2017.

²⁵³ La formation continue en Angleterre implique le renouvellement des licences d'exercice tous les cinq ans (Ventola 2017 citée par Roux 2020, p. 240).

²⁵⁴ Aussi, « les professionnel·le·s exerçant en libéral sont la plupart du temps indemnisé·e·s pour la perte financière que représente le temps passé en formation. » (*Ibid.*, p. 239- 240)

²⁵⁵ (Ordre National des Médecins - Conseil national de l'ordre 2019)

²⁵⁶ Revue médicale française mensuelle.

²⁵⁷ Réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la Contraception en région Occitanie Pyrénées Méditerranée.

²⁵⁸ Revue médicale française indépendante.

²⁵⁹ En raison des droits d'auteur, les fiches « Infos-Patients » mentionnant un « usage personnel exclusivement » de la revue *Prescrire* ne peuvent figurer dans cette thèse.

de consultation. En centres de santé, les praticien·ne·s reçoivent par mail des articles scientifiques, notamment de sciences sociales, concernant la contraception. Dans les deux structures, des temps d'échanges collectifs en présentiel sont favorisés dans une salle de pause. Certain·e·s (reconnaissant que la formation initiale nécessite d'être non seulement poursuivie mais complétée) font la démarche de suivre des DU (notamment sur la relation patient·e·s-médecin, sur la contraception et l'IVG²⁶⁰). Mais iels finissent par exercer au contact de médecins de générations antérieures proposant un modèle de comportements plus paternaliste²⁶¹. Les congrès représentent une quatrième manière pour les médecins de rester perpétuellement informé·e·s, comme l'indique une gynécologue : « je vais au congrès mais je suis pas obligée, c'est une démarche personnelle. [...] Après l'histoire des congrès et tout ça, comme on choisit soi-même ses formations, moi j'ai fait de la sexo donc j'ai une orientation particulière mais c'est mon choix à moi » (CDPEF, 28 mai 2018). Les médecins se fient aussi aux institutions officielles telles que le Collège national des obstétriciens qui « donne des recommandations tous les ans » (explique un gynécologue obstétricien, clinique, 3 mai 2018) et la Société Savante dont iels peuvent par exemple lire les comptes rendus. Enfin, bien que reprise par les trois sources d'informations précédentes, les professionnel·le·s peuvent d'eux-mêmes consulter les documents officiels de recommandations, comme ceux de la HAS.

La place insidieuse des laboratoires pharmaceutiques dans la formation

Les laboratoires pharmaceutiques tiennent une place importante dans la formation des professionnel·le·s de santé, à des degrés différents selon les professions : beaucoup moins chez les sages-femmes d'après les récits en entretiens. Aussi, ces laboratoires procèdent par stratégie de « ciblage » (Greffion 2019, p. 60) en intervenant principalement auprès des gros prescripteurs (comprendre ceux qui prescrivent *a priori* le plus), à savoir les gynécologues. Il s'agit aussi de cibler les leaders d'opinions, ceux qui participent à des essais et qui publient des résultats, à savoir les médecins hospitaliers. Par conséquent, malgré un système de santé développé en France, la hiérarchie des professions médicales peut au moins en partie expliquer cette valorisation de l'industrie pharmaceutique²⁶².

²⁶⁰ C'est par exemple le cas des sages-femmes et des médecins généralistes qui suivent le DU « Régulation des naissances : contraception et IVG » dispensé à l'Université Paris Descartes et dans lequel je suis intervenue durant deux séances annuelles aux côtés de Mylène Rouzaud-Cornabas, en 2018 et en 2019.

²⁶¹ Intervention de Martin Winckler (France Inter 2016)

²⁶² Voir à ce titre les travaux de Mylène Rouzaud-Cornabas.

L'intervention de l'industrie pharmaceutique est présente dès la formation initiale : « Les labos viennent dans les bureaux des internes », raconte une jeune médecin généraliste qui indique n'avoir compris « qu'à la fin de la présentation que c'était une visiteuse [médicale] ! » (2 février 2018). La stratégie d'implication des laboratoires semble combiner l'intervention orale et matérielle. Par exemple, les représentant·e·s de ce type d'industrie offrent divers « cadeaux » aux étudiant·e·s, des plateaux repas lors de congrès et prennent quelques minutes pour présenter un nouveau produit²⁶³. Dès lors, l'industrie pharmaceutique « change les habitudes de prescription au rythme du lancement des produits sur le marché » (Greffion 2011, p. 43). En outre, les médecins (même confirmé·e·s) appréhendent les interventions de ces industries comme sources de connaissances : « Et après les formations médicales continues, des petits topos, des petites formations, des petits congrès le soir, souvent organisés par les labos, des gens intéressants qui parlent contraception et de fait c'est la fusion de toutes ces informations qui fait qu'on a l'expérience pour la prescription. Donc c'est vrai qu'on peut prendre des bonnes habitudes comme des mauvaises habitudes », explique un gynécologue obstétricien (cabinets de ville, 10 mai 2017).

4.2 Marginale et fluctuante : la contraception dans les formations des professions prescriptrices

4.2.1 Études de cas : la place différenciée de la contraception dans les cours de médecine et de maïeutique

Observer un cours de contraception en internat de médecine générale

Lors d'une réunion du REIVOC à laquelle j'avais assisté, une médecin que j'avais déjà interviewée avait indiqué dispenser des cours, notamment sur la contraception. Je lui demande par mail si je peux assister à l'un d'entre eux. Elle me met en lien avec l'enseignante qui assurera le cours en question. En 2018, j'assistais donc à un cours intitulé « Contraception, allaitement, pédiatrie, gynécologie » et à destination d'internes en médecine générale. La question de la formation des professionnel·le·s étant abordée en entretiens, il paraissait pertinent d'assister à ce type de cours.

²⁶³ (France Culture 2013b)

Cours de médecine générale, une matinée, 2018

Je vais attendre devant la salle de cours. L'enseignante (médecin) arrive. Nous nous présentons et nous nous serrons la main. Il est 8h20, elle ouvre la salle et je l'aide à l'installation qui consiste à disposer des tables et des chaises en « U » en fonction du nombre (33) d'internes attendu.e.s.

Pendant que nous installons, elle me donne plus d'informations sur ce cours : les trente-trois internes sont actuellement en stage « Santé femme, santé enfant ». Tou.te.s ont choisi la médecine générale. Le cours a vocation à travailler sur des cas pratiques. Le cours se voulant interactif, les internes doivent également avoir préparé des questions relatives aux consultations faites pendant ce stage.

Pendant que nous disposons le matériel, nous réfléchissons à l'endroit où je vais m'installer. Elle me demande si je préfère être à l'intérieur ou à l'extérieur du cercle. Je trouve une posture intermédiaire visible sur le schéma²⁶⁴ ci-après. Elle me dit que l'une de ses collègues va également observer le cours. Elle me demande si elle peut indiquer ma présence aux étudiant.e.s et je réponds positivement. Elle me dit qu'elle me laissera me présenter.

Les premièr.e.s internes commencent à arriver. Je me suis installée et l'enseignante me donne le photocopié avec les situations cliniques (disponibles en annexes) que les internes doivent étudier.

L'assemblée est composée de 19 femmes et 14 hommes. Les internes ont la trentaine. À l'exception de deux femmes racisées, les trente-et-un.e autres sont blanc.he.s. Bien que tou.te.s aient des chaises identiques, sur le schéma les femmes sont représentées par des fauteuils noirs et les hommes par des chaises beiges.

²⁶⁴ Un grand merci à Marie-Laure Maraval (chargée de la méthodologie informatique et des bases de données de l'université) pour son aide à la recherche et la modification des icônes utilisées, ainsi qu'à la réalisation des schémas des plans élaborés selon une échelle proportionnelle aux dimensions réelles.

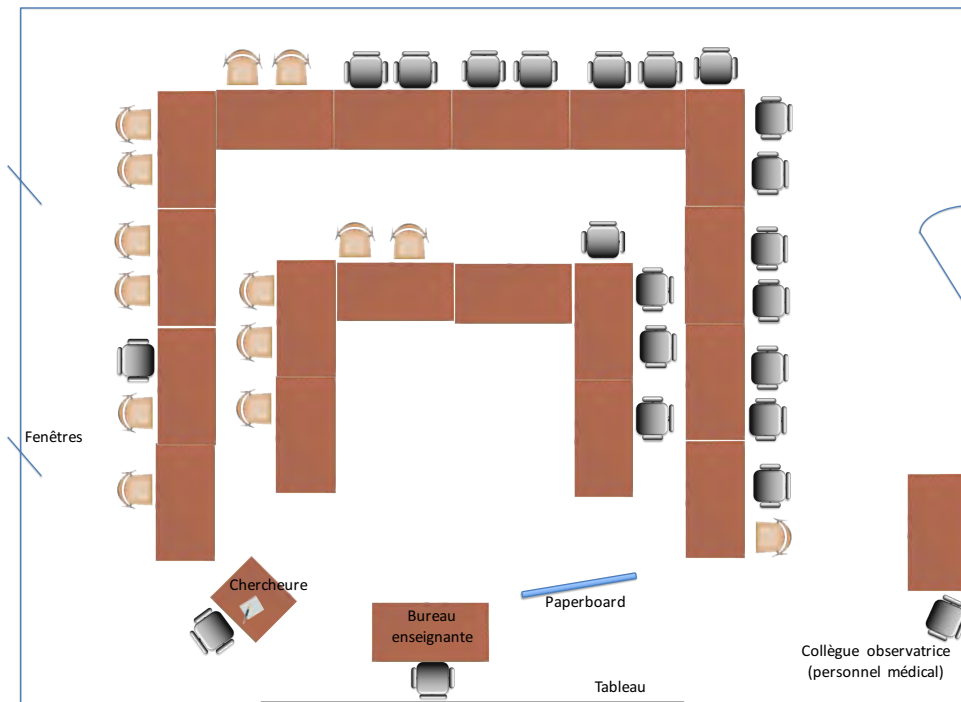


Figure 16 - Schéma de la salle du cours de médecine observé

L'étude de cas de ce cours, présentée ci-après, se base sur la reconstitution de celui-ci et se concentre sur les moments les plus significatifs, à savoir la manière dont la contraception est enseignée, la façon dont les internes l'abordent et les représentations relatives à celle-ci manifestées.

Tableau 6 - Étude de cas d'un cours portant sur la contraception, destiné à des internes en médecine générale

Déroulé du cours	Analyse
<p>Le cours débute vers 8h30. L'enseignante dit aux internes de réfléchir sur les cas cliniques présentés sur les photocopiés. Iels lisent les cas et écrivent. Vers 9h, elle demande : « Vous êtes prêts ? ». Elle lit la situation « A » (une jeune femme de 15 ans demande à prendre « la pilule ») et demande comment iels y répondraient.</p> <p>Une interne indique qu'elle commencerait par « lui demander ce qu'elle sait ».</p>	

<p>Une autre dit qu'elle « lui demande pourquoi elle prend la pilule ».</p> <p>L'enseignante explique en quoi le « pourquoi » est incisif. [...]</p> <p>Une autre encore lui demanderait « si elle a entendu parler d'autres méthodes ».</p> <p>L'enseignante : « oui, partir de ce qu'elle sait. » Elle précise que le « pourquoi » en communication est ressenti comme « agressif », et préconise de privilégier plutôt une formulation ouverte : « qu'est-ce qui t'amène à prendre la pilule ? », si elle a un copain.</p> <p>La première interne intervenue pose la question de la prévention des IST. [...]</p> <p>L'enseignante : « combien dure une première consultation de contraception ? » Elle répond : « 30 à 40 minutes, et encore vous pourrez pas tout donner. » [...]</p> <p>L'enseignante demande : « Comment structurer la consultation ? » et écrit sur le <i>paperboard</i> : « on part de ses connaissances et on lui explique tout sauf la contraception définitive car elle est mineure. »</p> <p>Une interne : « La contraception définitive c'est la stérilisation, c'est pas une contraception. »</p> <p>L'enseignante : « Si elle était majeure elle aurait le droit. » [...]</p> <p>Une autre interne : « Qu'est-ce qu'on cible à part DIU, implant, pilule ? »</p> <p>L'enseignante : « La contraception hyper efficace » car « elles sont très fertiles », « c'est chaud à cet âge, donc vous passez vite sur les spermicides et les méthodes naturelles ».</p> <p>Une interne qui est déjà intervenue : « Est-ce qu'on va se perdre dans les spermicides... »</p> <p>L'enseignante rappelle l'outil qu'est l'indice de Pearl selon lequel l'implant est le moyen contraceptif le plus efficace. Elle interroge les internes sur l'efficacité des pilules.</p>	<p>Régulièrement, certains conseils donnés pour mener une consultation s'apparenteront à la méthodologie des entretiens sociologiques.</p> <p>Aucune raison médicale de se justifier ou d'indiquer le statut conjugal.</p> <p>La jeunesse sexuelle est associée aux risques, notamment infectieux (Amsellem-Mainguy et Vuattoux 2019).</p> <p>Les observations de consultations seront confrontées à cette préconisation (<i>cf.</i> chapitres 6 et 11). Durant une première consultation de contraception, il peut au contraire être recommandé d'informer de l'ensemble du panel disponible, pour que les patientes aient connaissance de toutes les méthodes dans l'optique d'un usage contraceptif évolutif²⁶⁵.</p> <p>Selon l'INSEE et dans les perceptions, la contraception doit être (forcément) réversible. Injonction à la maternité : les jeunes femmes, qui plus est nullipares, décrivent un véritable « parcours du combattant » (Tillich 2019) pour accéder à ce droit. Centralité de la contraception médicalisée (et féminisée) au détriment des méthodes barrières et des méthodes dites naturelles.</p> <p>Vision strictement médicale de la contraception.</p>
--	---

²⁶⁵ (GARCON 2020)

<p>Elle pose ensuite la question de l'efficacité théorique du préservatif : « 15 % de risque de grossesse, donc seulement à utiliser comme contraception supplémentaire ou prévention des IST. Donc il faut sortir du schéma imposé aux femmes. Vous savez ce que c'est ce schéma [préservatif, contraception orale, DIU] ? » Le préservatif ne serait pas adapté à une « fertilité forte ». Elle emploie donc le terme de « récompense » pour signifier le passage du préservatif à une pilule et préconise de parler de DIU et non de stérilet pour ne pas alimenter les représentations relatives à ce moyen.</p> <p>Elle ajoute : « Le taux d'IVG stagne donc il faut avoir une réflexion sur la contraception imposée : dans ce cas les femmes vont avoir tous les effets secondaires possibles, bien plus que si elles avaient choisi leur contraception. Jouons nos rôles d'informateurs et laissons-les choisir leur contraception. »</p> <p>Une interne demande d'où vient cette idée reçue selon laquelle il est possible d'être enceinte sous DIU.</p> <p>L'enseignante : « C'est une idée reçue mais ça arrive. La femme le dit à ses copines, etc., comme sur les forums, c'est pas représentatif de la réalité. » Et d'ajouter : « Si les femmes perdent confiance en le DIU, montrez-leur les chiffres ». Elle conseille de leur expliquer qu'elles ne sont pas leurs copines, « rassurez-les. »</p> <p>9h12, un premier homme interne intervient. [...]</p> <p>L'enseignante préconise de « tout » proposer et expliquer aux femmes et de leur laisser le choix.</p>	<p>Le choix du préservatif est restreint sans pour autant proposer d'autres méthodes mécaniques.</p> <p>Vision positive de la contraception orale au détriment du préservatif.</p> <p>IVG perçue comme un « échec ».</p> <p>En contradiction avec le discours précédent qui préconise de cibler uniquement certaines méthodes médicalisées (et impose donc un type de contraception).</p> <p>« Les femmes » <i>versus</i> « les informateurs » : opposition entre profanes et identité professionnelle. « Altérisation sanitaire » (Mulot 2014) des usagères (alors que les praticien-ne-s sont par ailleurs également usagèr-e-s de contraception).</p> <p>Le vécu de l'expérience des femmes est minimisé au profit d'une vision médicale et quantitative. Relativisation de l'exception.</p> <p>Les hommes sont minoritaires dans ce cours. Les internes qui ont des stages par ailleurs ne peuvent pas assister à certains cours. Les hommes internes sont-ils peu intéressés par le sujet de la contraception ?</p> <p>Incompatible avec vision médicale de la contraception défendue en amont.</p>
---	--

<p>L'enseignante passe en revue les différents DIU en mentionnant leurs modes de fonctionnement (hormonal ou au cuivre), leurs effets dits secondaires, leurs durées d'efficacité, la population cible (nullipare ou non), puis classe sur le <i>paperboard</i> les moyens contraceptifs par ordre d'efficacité. Elle ajoute : « Et puis après y a tous les autres » en indiquant que l'anneau et le patch sont plus efficaces que la pilule mais ont les mêmes effets dits secondaires.</p> <p>Après ces explications, l'enseignante revient sur la situation « A » présentée sur le photocopié. Elle ajoute que la patiente imaginée est « pressée ».</p> <p>Une interne demande alors combien de temps la contraception orale « met à agir ».</p> <p>[...]</p> <p>L'enseignante : « On délivre beaucoup de messages en première consultation. La patiente retient peu d'informations. Donc il faut vite revoir les jeunes femmes. » En ce sens, elle déconseille de s'attarder sur le DIU si la jeune patiente n'a jamais eu de rapports sexuels : « En attendant, c'est pilule ou implant et qu'elle revienne quand elle sera plus vierge. Mais on lui aura parlé de tout ça [elle indique aussi des documents et des sites internet] ».</p> <p>[...]</p> <p>Une interne : « Faut aussi parler de l'association avec le tabac. »</p> <p>L'enseignante : « Quelqu'un pense que 10 cigarettes par jour c'est une contre-indication ? Non. À 15 ans ça a aucun impact de dire "c'est pas bon", c'est paternaliste. Comment accrocher les ados ? »</p> <p>Une interne suppose qu'il faut « parler des effets immédiats », indiquant que « le cancer ne fait pas peur à 15 ans, ni les dents jaunes, ni la peau fripée » et qu'il faut aussi mentionner le coût.</p>	<p>Hiérarchisation des méthodes contraceptives (selon une vision strictement médicale et une logique parfois arbitraire) incompatible avec présentation complète du panel contraceptif.</p> <p>Les internes montrent une faible connaissance des fonctionnements contraceptifs.</p> <p>Minimisation des compétences des femmes et primat d'explications orales exclusives, au détriment de supports explicatifs (tels que des moyens contraceptifs factices) (Fonquerne 2020) qui favorisent l'agentivité et l'autonomie des femmes. Présentation incomplète du panel contraceptif. Légitimation médicale de la notion de virginité basée sur une vision pénocentrée (Mouget 2016; Winckler 2014).</p> <p>Éducation par la peur. Or, le discours par la peur est inefficace puisque « lorsque le discours médical exagère le risque tabac-pilule, les femmes ont tendance à sacrifier la pilule plutôt que le tabac » (Mossuz-Lavau 2002b : 259 citée par Gelly 2006, p. 100).</p> <p>Fonction médicale hygiéniste et apostolique (Balint 1957 cité par <i>Ibid.</i>, p. 216; Winckler 2017a) .</p>
--	---

<p>L'enseignante : « Quoi d'autre ? » Elle conseille de « titiller la dépendance en disant “un jour tu pourras plus choisir la contraception que tu veux, tu perds ta liberté de choix. Les jeunes aiment pas perdre leur liberté. »</p> <p>[...]</p> <p>Les interactions amènent au sujet du scandale sanitaire et médiatique relatif à la pilule.</p> <p>L'enseignante : « C'est pas plus dangereux qu'une autre contraception. En termes de générations, vous maîtrisez ? »</p> <p>Une interne indique avoir « besoin du tableau pour voir le nom de la pilule et voir sa génération. »</p> <p>L'enseignante la rassure : « C'est normal, c'est innombrable le nombre de pilules. Vous en choisissez deux ou trois par génération et vous pouvez très bien vous débrouiller. Quelle est la différence entre les générations ? [Les internes ne savent pas] Non c'est pas le dosage, ce sont les progestatifs. Le progestatif de deuxième génération est androgénique. Celui de troisième génération est efficace contre l'acné. »</p> <p>Tout en précisant qu'il « ne faut pas mettre les gens dans des cases », elle préconise de prescrire une pilule de troisième génération à une femme qui a une petite poitrine et peu de règles car les femmes correspondant à ce type de profil ne produiraient pas plus d'œstrogènes que de progestérone. Elle conseille de compenser les différents profils « en choisissant les pilules dans les différentes générations »</p> <p>Une interne : « Les [pilules de] troisième génération c'est ce qu'on prescrit le plus. »</p>	<p>Incompatible avec une présentation partielle du panel contraceptif préconisée par ailleurs.</p> <p>Classification médicale complexe de la contraception orale.</p> <p>Les internes témoignent de peu de connaissances sur les générations de pilules.</p> <p>Discours contradictoires. La contraception au service d'injonctions physiques et esthétiques de genre.</p> <p>Faibles connaissances des recommandations officielles.</p>
---	--

<p>L'enseignante rappelle alors les recommandations, à savoir : prescrire les pilules de deuxième génération en première intention. Elle questionne les internes sur le fonctionnement des pilules. Au fil des échanges, elle conseille de ne pas parler de « règles » sous pilule mais de « saignements de privation artificiels » et d'éviter le terme « hémorragie » qui « fait peur ». Et d'ajouter à ce sujet : « Dans les années 60 ça rassurait les femmes d'avoir leurs règles sous pilule » car « jusqu'à maintenant c'était leur seul repère pour savoir si elles étaient pas enceintes et elles avaient pas encore tout à fait confiance en la pilule. » Il s'agit donc de « faire croire aux femmes qu'elles ont leurs règles pour les rassurer. » L'enseignante mentionne la pilule Seasonite[®] qui permet d'avoir ses « règles » qu'une fois par trimestre. [...]</p>	<p>Rétention d'informations envers les patientes au sujet des saignements sous pilule.</p>
<p>L'enseignante : « Il faut 20-30min pour expliquer correctement à une patiente comment bien prendre une pilule. [...] Choisissez les pilules que vous connaissez bien. » À la question de la prise de poids sous pilules, l'enseignante répond : « Globalement 2-3 kilos. Tout changement hormonal stimule l'appétit. » Il faut « adapter l'alimentation » et le « sport ». [...] « Même dans la vie il y a des changements hormonaux, 15 kg sous pilule non. Tu as trop mangé. Tu n'es plus en croissance, tu ne fais pas de sport et tu manges n'importe quoi. Mais elle a commencé la pilule en même temps donc la pilule a bon dos. » Elle précise : « Si vous tenez pas compte de ce qui lui convient pas, elle va l'arrêter et deux mois après elle revient pour une IVG car elle avait plus de contraception. » En cas de perte de libido, elle conseille le DIU au cuivre et en cas de prise de poids (elle donne l'exemple de 15 kg) elle conseille également d'« enlever la pilule [...] elle verra que c'est pas ça. » Elle préconise de « déconstruire » « l'imaginaire ». [...]</p>	<p>Les observations de consultations seront confrontées à cette préconisation. Choix contraceptif des patientes biaisé par les connaissances des médecins.</p> <p>Grossophobie et culpabilisation selon le poids. Condamnation du manque de contrôle de soi (par l'alimentation et l'activité sportive). Favorisation, en miroir, de « l'autocontrôle », d'un « contrôle disciplinaire » des corps (Jarty et Fournier 2019).</p> <p>Stigmatisation de l'IVG. Discours contradictoires : prise en compte de la perte de libido mais mise en doute de la prise de poids ; volonté de déconstruire les prénotions mais pas de remise en question des représentations des médecins. Psychologisation (Fainzang 2006) des comportements des usagères et des effets indésirables.</p>

<p>L'enseignante : « [...] les règles c'est pas naturel. Le corps des femmes est conçu pour être enceinte tous les ans. » Elle explique qu'à la préhistoire les règles ne survenaient « que dix fois dans la vie. » Elle ajoute : « Elles sont faites pour avoir des gosses chaque année. Les règles tous les mois sont inventées par l'Homme pour espacer les naissances » et selon elle, elles ne « servent à rien ».</p> <p>[...]</p> <p>L'enseignante demande aux internes d'être « acteurs de la santé publique », c'est-à-dire : « faire que le minimum [notamment d'examens] sinon ça coûte cher à la sécu »</p> <p>[...]</p> <p>Vers 10h15</p> <p>L'enseignante : « Il y a pas que la pénétration dans la vie. » Elle conseille de parler de sexualité avec les patientes, « faut pas avoir peur. » Elle insistera aussi sur le caractère évolutif de la contraception mais notamment parce que « les femmes sont pas stables » hormonalement.</p> <p>[...]</p> <p>Le thème de la contraception d'urgence est traité, surtout en termes d'efficacité et de recommandations de la HAS. L'enseignante explique également qu'une pose de DIU peut faire office de contraceptif d'urgence.</p> <p>Toujours à propos du DIU, l'enseignante rappelle : « Il a fallu se battre pour perdre l'idée selon laquelle le DIU n'est pas possible chez nullipares. Tout peut être proposé en première intention ».</p> <p>Vers 10h30, la question du remboursement des différentes méthodes contraceptives est abordée. À propos du DIU Mirena®, l'enseignante indique qu'il « coûte cher à la sécu » et que c'est « donc un problème si les femmes viennent l'enlever au bout de deux jours. »</p> <p>[...]</p>	<p>Vision essentialiste et déterminisme darwinien.</p> <p>Motivation économique (et non féministe) face à la lutte contre les examens intempestifs.</p> <p>Remise en question de la norme de la sexualité pénétrative (Villani et Andro 2010) en milieu de cours.</p> <p>Vision essentialiste et humorale (Dorlin 2009; Preciado 2010).</p> <p>Accès à la contraception d'urgence favorisé.</p> <p>Discours en contradiction avec la légitimation de la notion de virginité.</p> <p>Motivation économique et non féministe.</p> <p>L'usage du DIU perçu comme un engagement.</p> <p>Incompatible avec la favorisation d'une contraception évolutive.</p>
--	--

<p>Les prochains échanges portent sur la sexualité, le fonctionnement de la contraception d'urgence et de l'anneau contraceptif à propos duquel l'enseignante indique qu'il est possible de les enchaîner « tout comme les plaquettes de pilules. Et le garder quatre semaines au lieu de trois. Les pharmaciens prennent une marge de sécurité en disant que c'est efficace trois semaines. » Elle précise que le garder une semaine de plus représente une « économie » car ils sont non remboursés.</p> <p>[...]</p>	<p>Mise au jour de stratégies en pharmacie : de l'ordre de la désinformation de la durée d'efficacité de l'anneau contraceptif.</p>
<p>Les échanges à suivre portent sur les DIU (les règles abondantes, l'endométriose) et notamment le fait qu'un même dispositif ait des AMM de différentes durées selon les pays. L'enseignante indique : « En France le DIU au cuivre a une AMM de 5 ans, le même aux États-Unis a une AMM de 10 ans... mais ça c'est en off, pour que les firmes fassent leur profit ». Et de préciser : « Si une femme en France fait un procès au bout de huit ans de port de DIU, le médecin sera en faute. »</p> <p>Il est ensuite question de la période post-partum.</p> <p>[...]</p>	<p>Mise au jour des logiques de marchés. Intérêts des femmes en concurrence avec le profit pharmaceutique.</p>
<p>Suite à une question pour exercer les internes, l'enseignante leur demande comment iels s'y prendraient pour faire des « <i>switch</i> [= changements] » de contraception. C'est l'occasion de leur rappeler de travailler sur les représentations des patientes, par exemple en indiquant que le fonctionnement du DIU au cuivre n'est pas équivalent à une IVG car il « intoxique les spermatozoïdes avant la possibilité de nidation s'il y avait eu ovulation et fécondation. »</p> <p>Dans le cas d'un changement de pilules monophasiques ou lors d'un passage d'une pilule monophasique à une triphasique, l'enseignante conseille d'arrêter la première puis d'enchaîner avec la seconde : on arrête et on enchaîne.</p>	<p>Les représentations des patientes sont davantage travaillées que celles des médecins.</p> <p>Risque de GNP lors de ces changements qui n'est pas mentionné.</p>

<p>Dans le cas d'un passage de l'implant à un DIU, l'enseignante explique : « poser le Mirena[®] et enlever l'implant quelques jours après parce que les deux dans la même consult' faut compter 1h-1h30. »</p> <p>Elle présente les progestatifs injectables Depro Provera[®] comme étant « pratiques chez les handicapées mentales », comme étant « parfois utilisés en Afrique » car « pas cher » et comme ayant des « gros effets secondaires ». Elle indique que « maintenant les femmes handicapées sont sous implant ou sous traitements qui produisent une ménopause artificielle. »</p> <p>[...]</p> <p>Vers 11h30, l'enseignante indique : « On va prendre 10 minutes pour parler de la relation médecin-patients ». La principale question porte sur les parent·e·s accompagnant·e·s en consultations. L'enseignante : « Vous mettez la mère dehors et vous demandez son avis à l'ado devant la mère sur si elle reste. [...] Moi je fais comme ça mais vous faites comme vous voulez. Sauf si la jeune patiente refuse d'être seule. [...] Il faut l'imposer aux parents, à partir de 10-12 ans. »</p> <p>[...]</p> <p>11h58, aucun·e interne ne veut faire le jeu de rôle qu'implique la situation « C » du polycopié. L'enseignante la lit. Il s'agit d'une femme de 27 ans qui revient en consultation pour la quatrième fois car sa pilule ne lui convient pas et ne semble intéressée par aucune autre méthode contraceptive. L'enseignante préconise de chercher à savoir si elle veut une grossesse, si elle a des rapports, à quel stade en est son couple : « peut-être qu'elle veut un enfant et que son mari n'en veut pas. »</p>	<p>Dans les consultations en libéral : le paiement se fait à l'acte et le temps est un « bien rare » (Greffion 2019).</p> <p>Le consentement n'est évoqué à aucun moment. Logiques racistes, eugénistes et discriminantes envers les personnes en situation de handicap. Méthode médicalisée et de long cours (ici l'injection hormonale), nécessitant peu d'observance, favorisées chez les personnes en situation de handicap, perçues comme « déviantes » (Roux, Ventola et Bajos 2017).</p> <p>Relation patient·e·s-médecins considérée comme un sujet annexe. Primat de la médicalisation.</p> <p>Favorisation du secret médical lorsque l'adolescente est accompagnée (HAS 2015b).</p> <p>Marge de pratiques arbitraires propres à chaque médecin.</p> <p>Vision hétéronormée centrée sur le modèle de la relation monogame durable.</p>
--	--

<p>Un homme interne : « Oula je vais pas faire le médiateur. »</p> <p>L'enseignante explique qu'il y a « quelque chose » derrière le fait qu'aucune contraception ne convienne ; de même s'il y a « trop » d'oublis de pilules.</p> <p>Une interne propose de les recevoir en consultations en couple.</p> <p>L'enseignante réagit : « Vous marchez sur des œufs » et donne l'exemple d'une patiente qui avait trompé son mari. Elle rappelle qu'il faut : être « sans jugement », « neutre », « ne pas prendre parti », « favoriser le dialogue » et « dédramatiser ».</p> <p>Au fil des explications, elle précise qu'il vaut mieux dire GNP et non GND²⁶⁶ qui est plus culpabilisant ; d'autant qu'« une GNP peut devenir désirée. »</p> <p>Une interne trouve surtout « ça violent pour l'enfant... »</p> <p>L'enseignante rappelle de tenir compte des « patientes d'abord ». En ce sens, si la femme dit qu'elle est enceinte, elle conseille de demander si c'est une bonne ou une mauvaise nouvelle pour elle. La question de l'IVG est alors abordée. L'enseignante informe alors que les IVG à répétition peuvent « être signes d'une femme maltraitée » et qu'il faut alors « chercher ce qui a derrière » (elle mentionne notamment les problèmes psychologiques et psychiatriques, le fait de tester sa fertilité)</p> <p>Vers 11h50, les échanges précédents amènent une interne à dire qu'« au bout de trois grossesses » il peut être pertinent de « poser la question des violences ».</p>	<p>Appréhension de santé globale réfutée (au profit du primat de la médicalisation).</p> <p>« Activité de consultation » (parler avec les usagères) dépréciée : part de « sale boulot » (contrairement au diagnostic et à la prescription). La relation médecins-patientes idéale pour les première-s doit être « lisse » et ne doit pas nécessiter de s'adapter (Zolesio 2012b).</p> <p>Absence de la question des violences sexuelles, pouvant expliquer les changements ou problèmes contraceptifs récurrents (Andro et Hamel 2010).</p> <p>Discours en contradiction avec la stigmatisation de l'IVG.</p> <p>Primat du bien-être de l'être à venir au détriment de la femme concernée. Logiques anti-IVG en parlant d'enfant plutôt que d'embryon ou de fœtus.</p> <p>L'enseignante remet ces logiques en question.</p> <p>La question des violences faites aux femmes arrive tardivement, est traitée rapidement et correspond à une association d'idées faites avec (la stigmatisation de) l'IVG.</p>
---	---

²⁶⁶ Grossesse non désirée.

<p>La collègue observatrice, installée à l'extérieur du cercle des internes (<i>cf.</i> schéma précédent) intervient : « ça peut arriver à des médecins [les IVG répétées], donc c'est pas de l'ordre de la compréhension. » Et d'ajouter qu'il est important de ne pas catégoriser, ni juger, que « le patient a tout en lui pour trouver la solution. » Les deux collègues (l'enseignante et l'observatrice) ajoutent que souvent les internes parlent beaucoup en consultation, pour « combler les blancs ». Au contraire, il faut « faire parler le patient », « qu'il soit acteur de sa santé ». Elles préconisent alors de « reformuler », de « poser des questions plutôt que donner des conseils » en donnant l'exemple de la formulation suivante : « comment vous pourriez faire pour que... »</p> <p>La fin du cours approche et il est alors dit qu'il faut demander au « mari » de s'occuper de la contraception si aucune contraception ne convient à une femme.</p> <p>11h55, une à deux minutes sont consacrées à la question suivante : « Des contraceptifs masculins existent à part le préservatif ? »</p> <p>Une interne parle alors du slip chauffant et de l'andrologue qui s'en occupe.</p> <p>Les échanges se font dans le brouhaha.</p> <p>L'enseignante : « La pilule injectable pour homme est en cours. » Elle rappelle l'existence du préservatif et de la vasectomie et aussi du fait que les hommes peuvent faire penser à prendre la pilule. Les internes rient. L'enseignante réagit : « Les hommes rient. »</p> <p>Le cours se termine sur des questions relatives à la période post-partum.</p> <p>L'enseignante donne des outils aux internes (relatifs à la pharmacovigilance, des sites internet).</p> <p>12h, fin du cours.</p>	<p>Plutôt que sur les idéologies, les échanges sont recentrés sur la méthode des entretiens en consultations.</p> <p>Traitement tardif et expéditif de l'implication des hommes dans la contraception.</p> <p>La contraception testiculaire suscite de vives réactions et est traitée en fin de cours, moment peu propice à la concentration.</p> <p>Implication masculine moquée par les hommes. Déresponsabilisation masculine.</p>
---	---

Des internes (hommes) se dirigent vers le bureau de l'enseignante et, un par un, lui posent des questions. Puis, je la remercie de m'avoir accueillie et lui souhaite une bonne continuation. Elle indique vouloir un retour de ma thèse.	Peu actifs durant le cours, se montrant agacés par les mises en situation requises par les exercices, ils n'hésitent pas à interpeller l'enseignante, sollicitant un temps supplémentaire et individualisé.
---	---

Le contenu de ce cours témoigne d'une centralité accordée à la vision médicale au détriment de l'expérience des femmes, ou encore des recommandations officielles. En effet, toute la première partie du cours est consacrée à cette approche qui guidera la réflexion, malgré ces quelques remises en question. Cette vision implique une hiérarchisation des méthodes contraceptives, tantôt selon des critères strictement médicaux (comme le primat de l'indice de Pearl), tantôt selon des considérations plus arbitraires de l'ordre de l'autorité et de la morale (par exemple concernant les durées d'efficacité des moyens contraceptifs et le recours à l'IVG). La centralité de l'approche médicale implique aussi une hiérarchisation des problématiques, certaines étant donc reléguées au rang d'annexes (comme l'implication des hommes dans la gestion de la contraception, la contraception testiculaire, les violences faites aux femmes, les perceptions des praticien·ne·s, la relation médecins-patient·e·s, les méthodes barrières). Par cette vision, ce cours construit l'identité des professionnel·le·s en altérant les usagères. Aucune grande règle « d'éthique du soin » (Winckler 2017a) n'est énoncée, au profit d'un tâtonnement en la matière (Gelly 2006).

En outre, la faible connaissance des internes en matière de fonctionnement et de scandale contraceptifs laisse entrapercevoir le peu d'heures consacrées à ces questions dans la formation. Un effet de genre est également notable, à la fois selon les réactions des internes durant le cours, et au regard du contenu de celui-ci. Dans le premier cas, l'on note que les hommes sont moins nombreux que les femmes et prennent peu part aux échanges : proportionnellement à la composition de l'assemblée ils participent peu, notamment sur les questions de responsabilisation contraceptive. Dans le second cas, le contenu pédagogique proposé reste hétéronormé (au regard des situations cliniques étudiées et du vocabulaire employé) et légitime des mythes médicaux (la virginité) et certaines injonctions (une responsabilisation féminisée ; des normes physiques et esthétiques).

Enfin, le discours tenu par l'enseignante paraît particulièrement intéressant en ce qu'il semble mettre au jour la complexité de l'exercice médical à travers la confrontation régulière de contradictions. Tout en évoquant une posture de non jugement et le libre choix contraceptif, la rétention d'informations, certaines formes de discriminations, ainsi que l'absence de consentement sont légitimées, voire enseignées. Le bien-être des usagères est au moins tout autant pensé que diverses motivations économiques.

Consulter un cours de contraception de troisième année d'école de sages-femmes

Après un entretien avec une sage-femme (en janvier 2018), nous convenons que je passe sur son lieu de travail pour récupérer ses cours de maïeutique sur la contraception. Composés de vingt-sept pages, ces cours datent de 2015 et ont été dispensés en troisième année (sur les quatre ans de formation à l'époque), par des gynécologues et un médecin généraliste. En complément durant sa formation, trois stages sur vingt portaient sur de la gynécologie et des cours de pharmacologie²⁶⁷ l'ont également aidés dans son apprentissage de la contraception.

Des similitudes apparaissent avec le contenu du cours de médecine présenté précédemment. D'abord, la contraception reste appréhendée selon son efficacité médicale à travers la mesure de l'indice de Pearl et l'IVG reste perçue comme un « échec ». L'aménorrhée ou l'oligoménorrhée sont présentées comme des avantages. Chez les adolescent·e·s, le risque d'IST est présenté comme étant le « risque majeur » et les méthodes nécessitant une manipulation vaginale sont décrites comme étant peu adaptées au vu de l'irrégularité des cycles des jeunes femmes et de leur indice élevé de fertilité.

Mais plusieurs autres points contrastent. Les méthodes dites naturelles sont prises en compte dans la définition de la contraception. Le « rituel » du rendez-vous gynécologique (Bozon 2005, p. 118-119) et la « norme contraceptive » (mentionnée comme telle dans le cours) sont également questionné·e·s. En ce sens, le cours indique que « le plus important n'est pas un suivi rapproché » mais de venir en cas « d'inquiétudes ». La « norme contraceptive » est présentée comme étant en décalage avec « la réalité » des individu·e·s, notamment lors de périodes de changements. Aussi, il est indiqué qu'il n'est pas nécessaire de changer un DIU au cuivre posé chez une patiente après 40 ans et qu'il peut être bienvenu de parler de vasectomie. En cas d'IVG, une phrase type permettant de lutter contre les représentations réactionnaires (selon lesquelles le produit de l'IVG aurait le statut d'individu) est conseillée : « Il n'y a pas de bébé, ici on tue pas les bébés ». Il est également préconisé de « ne pas céder à la tentation » de la « pilule pour toutes ». L'importance de la formation continue est soulignée et les dimensions politiques et sociales connexes à la contraception sont prises en compte. Le « contexte de la planification familiale en France » est rappelé (permettant par exemple l'allongement de la scolarité des femmes), le prolongement de la sexualité des femmes après 50 ans est pensé, la faible évolution des représentations sociales est notée (notamment en termes de croyance des soi-disant besoins sexuels « naturels » des hommes), et diverses « situations de précarisation » sont considérées. Les discriminations et les violences faites aux femmes font partie

²⁶⁷ Traitant des hormones notamment, et dont elle ne dispose plus.

intégrante des thématiques abordées. Le cours expose, par exemple, les conséquences de la grossophobie sur l'accès aux soins. Il est indiqué que quatre fois plus de GNP surviennent chez les femmes obèses de moins de 30 ans (source non renseignée sur le polycopié) : à la fois car elles utilisent moins la contraception orale et plus souvent des méthodes « peu efficaces », mais aussi parce qu'elles consultent moins pour de la contraception, notamment par peur du jugement du corps médical. Un cours consacré aux « contraceptions difficiles » aborde quatre facteurs socio-économiques, dont la « précarité » (1), le « handicap mental / psy[chologique] » (2), l'« immigration » (3). Ce troisième facteur est l'occasion d'interroger la compatibilité de l'accès aux soins avec l'état du droit au séjour. La dimension culturelle de la contraception est mise en avant en préconisant de tenir compte de la « norme procréative dans les pays d'origine » et ainsi se prémunir d'une vision ethnocentrée. Le cours renseigne également le protocole de dépistage des violences (4) (et la marche à suivre le cas échéant), qu'elles soient verbales, physiques, sexuelles ou relevant du harcèlement ou du viol. Il s'agit de recevoir la femme concernée seule (qu'elle soit majeure ou mineure), de l'orienter vers la plainte, de contacter la brigade des mineur[·e]s, d'engager un signalement au procureur et de réaliser la marche à suivre pour enfance en danger le cas échéant. Enfin, si comme dans le cours de médecine observé, ces cours de maïeutique comportent des exercices basés sur des cas cliniques, ceux-ci prennent en compte la structure de la consultation et les enjeux qui lui sont propres, en commençant par exemple de la manière suivante : « Vous êtes sage-femme en centre de planification [...] ».

En se basant sur les récits récoltés en entretiens et après être revenue sur les cours dispensés en matière de contraception, la partie à suivre exposera comment cet apprentissage théorique s'applique et se complète durant les stages et dans la formation en continu.

4.2.2 Une formation sur le tas et sur le tard

Les vendeuses en pharmacie déclarent ne pas être formées à la relation professionnel·le·s-patient·e·s. Elles mentionnent par ailleurs des heures annuelles de formation obligatoire, dont une d'une durée de deux ou trois heures portant sur la délivrance de pilule et sur les générations de pilules et leurs effets.

Du côté du personnel prescripteur, quatre modalités d'apprentissage ont pu être identifiées : les cours dispensés en formation initiale, les stages, l'apprentissage par mimétisme (à la fois durant la formation initiale et en continu), et les compléments individuels de formation (notamment *via* la formation en continu). Concernant la

formation en continu, en France, « les professionnel·le·s de santé doivent suivre annuellement [...] l'équivalent de quatre journées de formation » selon une « acceptation large de l'obligation de formation » qui peut comprendre « le suivi effectif de formations médicales », « l'abonnement à des revues ou encore l'engagement dans des activités syndicales » (Ventola 2017 citée par Roux 2020, p. 239). Selon une médecin généraliste, « Il faut être au courant de ce qu'il existe [comme contraception] pour pouvoir la proposer. On ne propose que les contraceptifs qu'on maîtrise » (10 janvier 2018). Or, ces différentes modalités pointent les limites de la formation médicale en matière de contraception.

Les cours : « le néant » contraceptif ?

« Quand on voit la place de la sexualité et de la contraception dans les études de médecine aujourd'hui, c'est le néant. » Entretien avec Emmanuelle Piet, médecin de PMI (Andro et Hamel 2010, p. 99)

L'ensemble des enquêté·e·s, indistinctement de leurs professions, déclare avoir reçu une formation quantitativement insuffisante en matière de contraception. Dans l'ouvrage issu de sa thèse, Maud Gelly donne l'exemple d'un cours dispensé en 2002-2003 à sa faculté de médecine qui consacrait deux heures à la contraception (aucune heure à l'IVG, contre quatre heures à la grossesse) et affichait ainsi les priorités pédagogiques (Gelly 2006, p. 32). Son travail consistait également en l'étude des annales de QCM²⁶⁸ de concours pour l'internat (1993-2001) à partir de laquelle elle exposait que « sur les treize questions ne relevant pas de la pathologie, dont l'ensemble représente 7 % des questions d'internat, la contraception arrive en onzième place, avec 2,2 % des questions » (*Ibid.*, p. 36). Les disparités des points d'évaluation renseignent également sur la faible importance accordée au domaine de la contraception. Dans l'axe thérapeutique et pharmacologie qu'elle dégage, « Sur 37 points correspondant aux 32 QCM et aux CCQCM²⁶⁹ portant sur la contraception, 13 points concernent les conseils à donner en cas d'oubli [de pilule], la contraception d'urgence et les règles de prescription, alors que 24 points concernent des connaissances purement pharmacologique [...] D'autre part, seuls 3 points correspondent à d'autres méthodes contraceptives que la "pilule" » (*Ibid.*, p. 39). Par conséquent, les (futur·e·s) professionnel·le·s de santé révisent peu ces items et désertent les cours portant sur les sujets qui « tombent » rarement en examen et dont la contraception fait partie (*Ibid.*, p. 202). D'après l'andrologue Roger Mieusset, « Une étude vient d'être faite auprès des gynécologues dans le Sud de la France : 95 % d'entre

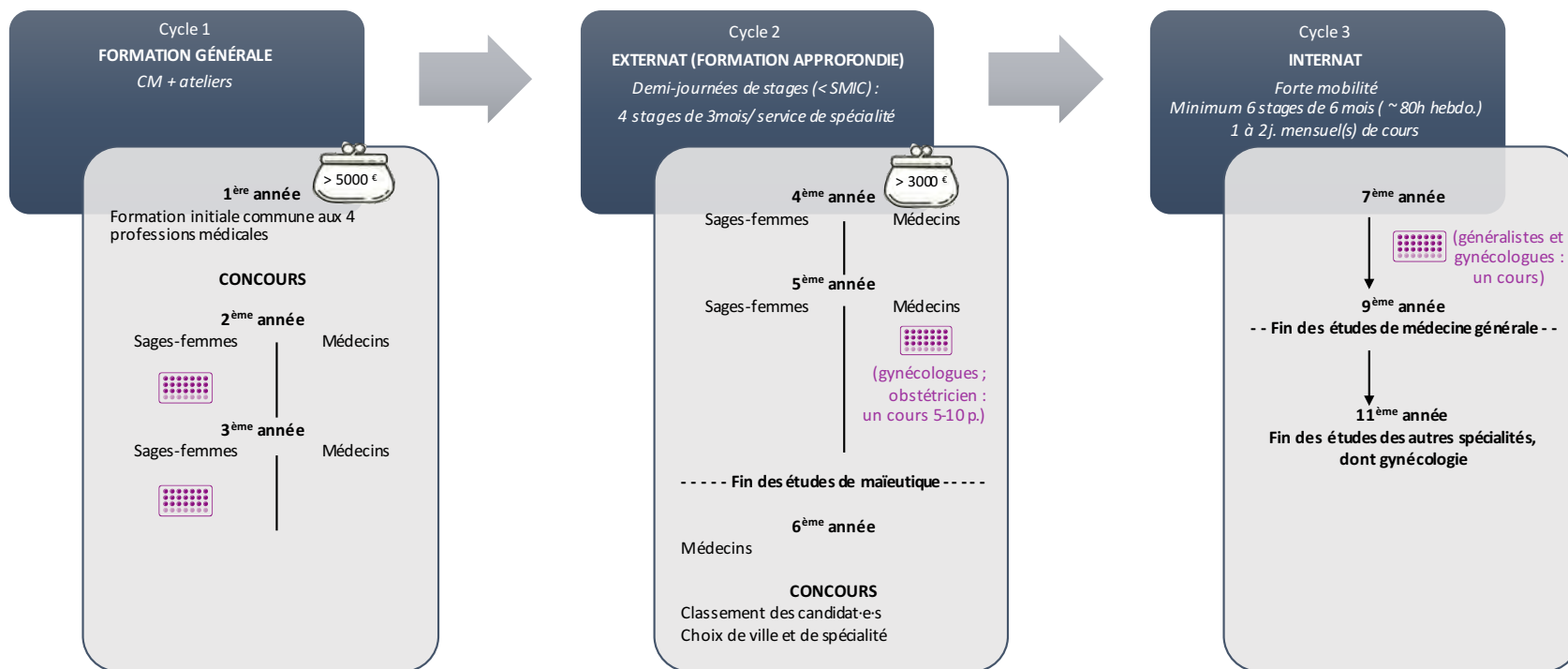
²⁶⁸ Questionnaire à choix multiples

²⁶⁹ Cas clinique - QCM

e[ll]e]ux considèrent qu'i[e]ls sont mal formé[·e·]s sur les différentes méthodes de contraception »²⁷⁰. Une gynécologue indique avoir dû attendre l'externat pour avoir une formation sur la contraception (15 mars 2017). Du fait de la rareté de ces cours, une autre gynécologue pointe la difficulté à parfois concilier les cours et l'exercice de la profession : « on avait des cours de deux heures le vendredi, il fallait qu'on puisse y aller déjà parce qu'on était de garde, on était pas forcément sur le site, etc. » (7 décembre 2016). Cela est d'autant plus valable pour les externes qui désertent les cours en faveur de la préparation du concours pour entrer en internat et dont iels font une priorité (*Ibid.*, p. 30). L'un de leurs confrères obstétriciens se rappelle d'un cours de « cinq ou dix pages à peine » en cinquième année de médecine : « Y a jamais eu de formation sur la contraception, c'est de l'apprentissage petit à petit sur le tas avec les consultations » (10 mai 2017). Le constat d'une médecin généraliste est similaire : « Et après l'internat nous on a des pseudo cours d'une demi-journée, peut-être une demi-journée par mois, et là je crois qu'on a eu un cours sur la contraception. Mais ça a dû durer peut-être une heure. C'est très court. [...] Oui ils mettent en revue le stérilet, les pilules, le préservatif, l'implant, les spermicides je crois qu'on a dû en entendre parler dix secondes top chrono et le diaphragme pareil et l'anneau vaginal pareil en dix secondes c'est plié » (14 novembre 2016). Une sage-femme déclare également ne pas avoir eu « de gros volumes horaires » de cours sur la contraception, par ailleurs répartis sur la deuxième et troisième année de formation initiale sur les quatre années de formation. Par conséquent, les professionnel·le·s indiquent peu se souvenir du contenu de ces cours. Une jeune médecin généraliste ne se « rappelle [déjà] plus trop » des cours sur la contraception dispensés en internat car les différentes méthodes contraceptives et l'IVG sont enseignées sur une journée : « ce n'est pas réaliste » affirme-t-elle, « et ce cours ne dure que de 9h à 17h » (26 janvier 2018).

Le schéma ci-après récapitule les étapes de la formation médicale et y illustre la place de la contraception. Ayant surtout une valeur explicative, ce schéma ne postule pas que l'apprentissage consacré à la contraception est exclusivement présent/absent dans les années d'études indiquées. Cette représentation est simplement basée sur les souvenirs des professionnel·le·s relatés en entretiens.

²⁷⁰ (Ch.D. 2020)



Légende



Exemple de coût d'une année d'étude



Contraception dédarée évoquée dans la formation (spécialités : volume consacré)

Figure 17 - Schéma des années de formation des professions prescriptrices et de la place accordée à la contraception

De plus, les trop rares fois où la contraception est enseignée, les professionnel·le·s pointent les limites qualitatives de ces cours : strictement théoriques, axés sur les fonctionnements contraceptifs et, par conséquent, incomplet (les méthodes dites naturelles ou encore la sexualité étant absentes de l'enseignement). Déjà, dans les cours ou les annales du concours de l'internat datant de 1985-1987 et de 1988-2000 et portant sur les questions contraceptives, « [l]a prescription contraceptive est [...] essentiellement une affaire de contre-indications [...] ou d'aspects pharmacologiques », « est principalement une affaire technique » et, par conséquent, « [l]a question du contexte de prescription, de l'interaction médicale lors de la consultation, des choix de la patiente et des spécificités de la consultation en contraception sont complètement évacuées » (Roux 2020, p. 235 et 236). Dans les concours relatifs aux professions médicales, le jury valorise davantage les connaissances scientifiques que les savoir-faire pratiques ou les compétences relationnelles. Dès lors, il s'agit d'apprendre par cœur et détaché·e du vécu (Knibiehler 2016, p. 76-77). En effet, « théorique », « basique », « technique », sont les adjectifs employés par les praticien·ne·s pour décrire le contenu de leurs cours :

« Déjà on avait des cours théoriques avant de passer le concours de l'internat. Donc ça c'est juste sur les bouquins. [...] On avait un cours avec les contre-indications, ce qu'il fallait leur dire, comment prescrire une pilule mais c'était très basique, c'est juste : "vous les prenez vingt-et-un jours et vous stoppez sept jours". "Si jamais elle oublie, vous leur dites d'arrêter un mois", alors qu'en fait, finalement, on est censé faire le préservatif que pendant huit jours. Mais oui, non, c'était très basique. Ils nous ont jamais parlé des noms des pilules ou très peu. Peut-être la Leeloo[®] qui est sortie, Adépal[®] et puis voilà. » (Une médecin généraliste, 14 novembre 2016)

« Très techniquement. [...] Mais c'était très médical. Bon je pense aussi que les échecs de contraception c'est pas que technique. Y a aussi plein d'ambivalences de désir de grossesse, y a plein de choses qui entrent en jeu et c'est vrai qu'on aborde pas trop ça pendant les études. C'est plus sur des formations après parce qu'on s'en rend compte en consultation. » (Une sage-femme, 19 janvier 2017)

« Il y a des items pour le concours dont un sur la contraception. Pour le concours on connaît les contre-indications mais on manque de pratico-pratique, sur comment présenter le panel à une femme. » (Une médecin généraliste, 26 janvier 2018)

Le deuxième extrait d'entretien montre qu'avec un bagage cognitif principalement composé de ressources techniques (« Très techniquement »), la sage-femme s'en remet essentiellement à une psychologisation des patientes (Fainzang 2006) (en parlant « d'ambivalence de désir de grossesse »).

Chez les chirurgien·ne·s, ayant des années communes de formation avec les professions étudiées, Emmanuelle Zolesio fait un constat similaire : « les critères techniques passent avant les qualités humaines », qui relèvent pourtant elles aussi de compétences (telle que l'écoute durant « l'activité de consultation »). Au lieu de se concentrer exclusivement sur l'aspect technique, la formation pourrait proposer l'apprentissage d'un « savoir être » en consultation (Zolesio 2012b, p. 78).

Par conséquent, une gynécologue déclare se retrouver « devant le fait accompli » (15 mars 2017) une fois arrivée en internat.

Le contenu de ces cours est donc principalement axé sur l'aspect médical de la contraception et notamment sur les « fonctionnements » hormonaux (comme le souligne un gynécologue, 10 mai 2017). Une jeune médecin généraliste fait un constat similaire : « On en avait en deuxième ou troisième année, on commence avec les cours vraiment pharmacologie donc c'est plus sur le mode d'action des contraceptifs. Et après à partir de la quatrième année on apprend spécialité par spécialité, donc voilà dans le module gynéco-obstétrique, il y a un module sur la contraception, enfin un cours sur la contraception, que j'ai dû faire en cinquième année je pense. Ouais non c'est plutôt ponctuel. [...] On apprend pathologie par pathologie, ou symptôme par symptôme, quelle démarche et diagnostic faire » (17 novembre 2016). Même constat du côté d'une médecin généraliste plus expérimentée (la quarantaine) : « On nous explique que la base. Les triphasiques, les monophasiques, la microprogestative, l'action sur tel truc. C'est que de la médecine ; ils nous expliquent pas la psychologie et la parapsychologie des gens. C'est à vous d'apprendre sur le tas, orienter les gens avec votre sensibilité ou votre non sensibilité et de faire c'que vous pouvez avec » (9 février 2017).

La formation (théorique) médicale sur la contraception est dispensée sur le tard (au regard du nombre d'années d'étude) et semble souffrir de quelques manques cognitifs. D'abord, concernant quelques méthodes contraceptives. Pour ne prendre que deux exemples, un obstétricien regrette le peu d'enseignements reçus sur les progestatifs injectables : « Oui y en a une qui est très mal mise en avant c'est la contraception progestative injectable, celle-là la formation elle est nulle et si un jour une dame me le demande je vais aller voir un petit peu ce qui se fait dessus pour lui dire "ok on peut prescrire, on connaît le principe général". Mais en pratique je serais incapable de lui dire comment » (10 mai 2017). Les propos d'une médecin généraliste témoignent du primat des méthodes hormonales dans l'enseignement, au détriment des méthodes mécaniques : « on est un peu coincé parce que sans hormone y en pas beaucoup, à part le stérilet au cuivre. C'est pas très simple parce que les pharmacies ne savent pas comment les commander, les médecins ne savent pas comment mesurer la taille [du vagin, pour prescrire la bonne taille de diaphragme]. J'ai qu'une patiente

qui en a utilisé mais parce qu'elle était médecin déjà et elle s'était renseignée par elle-même, elle le commandait sur internet. C'était du militantisme pro-diaphragme. On n'est pas du tout formé » (9 février 2017). Une sage-femme, quant à elle, met au jour la légitimité limitée de la contraception testiculaire à la fois du fait de la faible place qu'elle occupe dans l'enseignement et du fait du statut hiérarchiquement inférieur des intervenant·e·s à ce sujet. Elle explique que la méthode thermique est présentée « comme une méthode dite naturelle » et que « ce cours-là était fait par une sage-femme. Mais on sentait que c'était un cours annexe, on se serait pas interrogées dessus et la personne qui intervenait était loin de la structure, peu légitime, peu prise au sérieux. Pour les médecins ce qui prime c'est la question de l'efficacité » (11 janvier 2018). Une gynécologue, exerçant en cabinet de ville et donnant par ailleurs des cours à des sages-femmes, argue qu'elle ne peut pas parler du slip chauffant car il est encore à l'étude, qu'il n'est pas sur le marché et qu'il ne dispose pas de l'accord de la HAS (15 mars 2017). Pourtant, l'une de ses consœurs regrette que cette méthode soit si peu mentionnée : « c'est bien le problème si vous voulez, quelque part ça c'est le genre de truc qu'on n'apprend pas forcément. Vous savez en médecine y a énormément de choses qu'on apprend sur le tas, la contraception on l'apprend sur le tas. Faut pas croire, on a pas des cours... Moi j'ai fait gynéco obstétrique, la priorité c'était d'apprendre à accoucher » (7 décembre 2016). Dans une même logique, la possible responsabilisation des hommes en matière de gestion contraceptive reste impensée : « À la fac la place de l'homme n'existe pas dans les modules contraception et prévention des IVG. Et des femmes veulent maîtriser ces choses », déclare une médecin généraliste (9 mars 2018). Les violences faites aux femmes restent également trop peu abordées. En entretien, un médecin généraliste explique : « Il dit qu'il y a parfois des situations de violences, des hommes qui veulent ou pas que la femme avorte, qui veulent ou pas qu'elle prenne une contraception ». Face à cette situation pour laquelle il déclare de pas être formé, il indique « renvoyer » la personne concernée vers un CDPEF « qui fait automatiquement sortir les accompagnants à un moment donné » (5 décembre 2017). Enfin, le sujet de la sexualité semble également absent des formations initiales : « On ne parle pas de sexualité en médecine générale. [...] Pour guider les personnes on fait appel à notre expérience personnelle et donc à notre sexualité. Et si on n'est pas à l'aise avec notre propre sexualité... » s'interroge une jeune médecin généraliste (26 janvier 2018). Les propos d'une autre jeune médecin généraliste abondent également en ce sens : « Euh... pff... Là je sais pas si c'est vraiment un souvenir précis mais j'ai pas souvenir qu'on parle vraiment sexualité. Non, je... c'est pas... Je pense qu'on l'abordait plus sur le plan technique » (17 novembre 2016). En outre, cette même praticienne déclare que les rares fois où la sexualité était abordée, elle l'était sous le prisme de l'hétéronormativité : « [...] si on

devait parler de, comment dire, de sexualités un peu différentes, de partenaires multiples, c'était sur un ton un peu, comment dire, un peu ironique ou de méfiance de ces jeunes filles un peu [rire], enfin voilà c'est l'humour de profs de médecine. Je me souviens pas d'avoir eu un message hyper ouvert sur la sexualité que peuvent avoir les patients. » C'est également ce que constatent les sages-femmes qui déclarent une paire d'heures consacrée à la sexualité durant la première année de médecine et abordée par un prisme hétéronormé.

Les stages et le mimétisme

Dans le milieu médical, les stages forment à la « culture professionnelle », laquelle admet des « normes pratiques » en décalage avec les « normes officielles » (Olivier de Sardan 2003, p. 269-271). Si les stages peuvent pallier la faible variété d'éléments théoriques apportés sur la contraception en cours, ils reflètent également les limites de la formation initiale. Une jeune médecin généraliste indique que c'est en stage qu'elle a « appris à expliquer le panel contraceptif » (26 janvier 2018). *Idem* pour une sage-femme : « Du coup là ouais j'ai pu voir la contraception qui était prescrite en suite de couche à l'hôpital » (11 janvier 2018). Une autre jeune médecin généraliste pointe, quant à elle, les limites de ces stages : « Pendant l'internat c'est des stages de six mois et y en a par exemple un en gynécologie ou pédiatrie. Donc ça c'est un défaut de formation parce que bon en médecine générale on voit beaucoup d'enfants et beaucoup de femmes donc voilà. Mais y a des endroits où ils essaient de faire [alternativement] trois mois / trois mois ». Elle explique alors qu'en externat « la gynécologie a été quasiment absente » et que « c'est quand même essentiellement durant l'internat qu'on peut se former et encore si... enfin moi j'avais choisi la pédiatrie donc encore une fois je suis passée un peu à côté de la gynéco. [...] J'ai fait un stage de pédiatrie et de maternité donc je passais mon temps à examiner des nouveau-nés de trois jours qui allaient très bien [rire]. Donc j'ai vu un petit peu la gynécologie, mais vite fait, la prise en charge des femmes à la maternité. [...] Mais donc voilà ma formation de gynécologie pendant l'internat c'était pas grand chose » (10 novembre 2016).

En stage (et au-delà de la formation initiale), une part non négligeable de l'apprentissage passe par le mimétisme et une transmission des habitudes de pratiques. Une gynécologue explique que « la formation se fait entre nous », que c'est un apprentissage « sur le tas » (15 mars 2017). L'apprentissage de la pose de DIU relaté par une jeune médecin généraliste et un médecin généraliste est, à ce titre, éclairant. La première raconte : « Après j'ai vu en médecine générale, j'avais notamment un médecin qui faisait pas mal de gynéco, qui posait des stérilets, donc voilà. Donc j'ai

vu une pose, j'en ai posé un avec lui à côté [rire] et voilà. Et maintenant j'arrive pas à passer le pas de le faire moi-même. Ça viendra peut-être » (10 novembre 2016). Le second a été formé par sa « compagne » sage-femme (29 novembre 2017). C'est également sa « compagne » et consœur qui lui dit « que quand c'est la femme qui choisit il n'y a pas d'échec, alors que si c'est le médecin qui choisit à la place de l'usagère, elle subira des effets indésirables et viendra s'en plaindre ». « Maintenant je fais comme elle », déclare-t-il.

La formation en continu : un réajustement selon l'expérience de terrain

« [...] il y a plein de thèmes et plein de sujets sur lesquels notre formation médicale est aveugle. On apprend uniquement ce qui est considéré comme la norme, donc de fait, il a fallu que je me forme de mon côté », Laurie Savignac, médecin généraliste (Jarty à paraître)

Face aux limites du contenu de la formation initiale en matière de contraception, les professionnel·le·s font le choix individuel de compléter ou non leur formation. C'est principalement pour répondre à des demandes identifiées sur le terrain que les professionnel·le·s étoffent leur formation en continu. Un changement géographique amène à une modification des pratiques médicales. Suite à un déménagement, une sage-femme indique par exemple recevoir « plus de demandes de suivis gynécologiques » et explique alors s'y être « formée » (21 décembre 2017). Une médecin généraliste, quant à elle, indique pratiquer la gynécologie du fait de la faible densité de gynécologues en milieu rural : « Alors chez nous c'est un peu particulier parce qu'il y a pas beaucoup de gynécos. Alors c'est un petit village, milieu rural, y a un petit hôpital à dix kilomètres où y a un gynéco un jour par semaine. Alors lui il fait même pas les IVG. Après y a une sage-femme en libéral je crois. Après y a un autre hôpital à vingt kilomètres où là y a deux gynécos. Donc les généralistes on est obligé de, enfin moi je le fais : implant, tout ça » (2 mars 2017). De même, c'est quand une médecin généraliste a exercé en ville qu'elle a découvert le Dépo Provera[®] (10 janvier 2018). Supprimée en 1984 puis rétablie en 2003, la gynécologie médicale ne se limite pas à une spécialité, mais est aujourd'hui investie par différentes professions (Koechlin 2021) : « Les seuls qui sont bons c'est les gynécos médicaux et y en a pas beaucoup. Ils en forment que trois par an sur Toulouse donc c'est pas énorme. Donc nous en médecine générale on est maintenant de plus en plus enclin à avoir des consultations de gynéco méd' et il va falloir qu'on se forme et pour l'instant c'est pas encore ça », explique une médecin généraliste (14 novembre 2016). Aussi, afin de favoriser l'accès aux IVG, la pratique de cet acte n'est pas uniquement réservée aux gynécologues (qui l'apprennent durant la formation initiale). Des médecins généralistes font le choix de s'y former : « En 2001 il y a eu ce comité de pilotage

contraception et les généralistes ont été sollicité·e·s pour essayer de diminuer les IVG et donc on a fait un groupe de médecins, on s'est formé à la sexualité et on a fait des interventions dans des collèges. [...] Je fais partie du réseau IVG parce que je me suis mise à faire des IVG médicamenteuses. Normalement c'est des formations de deux jours, moi je l'ai faite chez une gynéco, j'y suis allée trois, quatre jours et après aussi à l'hôpital. On est suivi, encadré, dès qu'on a des problèmes on échange, et on a des rapports à faire sur le nombre d'IVG, qui, comment, pourquoi. [Pendant cette formation :] En fait y a pas de geste technique, c'est des méthodes, savoir quel examen il faut faire », explicite une médecin généraliste (2 mars 2017).

La formation en continu est donc le principal moyen de compléter la formation initiale. Cela peut être sous la forme de choix de modules, de suivis de DU ou de formations généralistes. Dans le premier cas, une sage-femme indique avoir « pris un module gynéco » : « cette formation se fait de plus en plus mais c'est encore moins développé que leur module d'obstétrique et que leur module de pédiatrie » (11 janvier 2018).

Pour illustrer le deuxième cas, une gynécologue indique qu'en « parallèle de l'internat » elle a suivi deux formations sur la contraception dont l'une était un DU à Paris (15 mars 2017). Du fait de ne pas avoir traité la question des violences faites aux femmes en internat, une médecin généraliste explique avoir réalisé un DU sur la question. Durant l'entretien, elle expose les questionnements restés sans réponse durant la formation initiale : « Comment faire la différence entre de la violence ou de la misogynie traditionnelle sans violence individuelle ? Des femmes trouvent ça normal. Et le mari peut être gentil. Qui je suis pour dire aux gens comment se marier ? Il y a des conflits dans ma tête » (2 février 2018).

Enfin, dans le cadre de formations généralistes, une médecin généraliste indique avoir assisté à une formation sur la contraception testiculaire proposée au congrès d'ANCIC²⁷¹ (9 février 2017). Une sage-femme, quant à elle, déclare avoir suivi une formation généraliste « pour compléter sa formation initiale sur la contraception » du fait d'avoir « de plus en plus de demandes » en consultations. Elle a donc suivi des cours de communication selon les principes du modèle « BERCER » (1^{er} février 2017). Défini par l'OMS, l'acronyme de ce modèle signifie « Bienvenue. Entretien. Renseignements. Choix. Explications. Retour ». Il s'agit de prescrire une contraception en tenant compte « des déterminants psychologiques, sociologiques et

²⁷¹ Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception.

économiques, ainsi que des motivations et du choix de la femme et du couple »²⁷². La figure ci-dessous expose le détail des étapes de ce protocole.

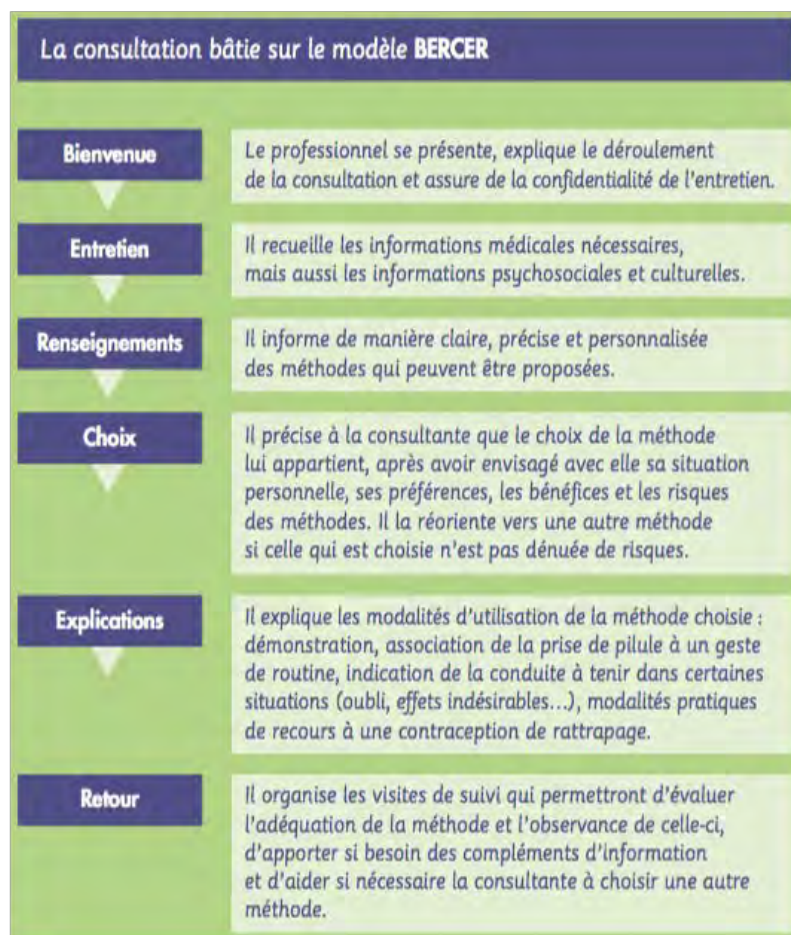


Figure 18 - La consultation de contraception selon le modèle BERCER (Ministère des solidarités, de la santé et de la famille 2005, p. 1)

Une fiche de présentation de différentes méthodes contraceptives selon le modèle BERCER fournie par la médecin généraliste ayant suivi cette formation est disponible en annexes. Intitulée « Méthodes contraceptives efficaces – Faire son choix », elle n'expose que des méthodes médicalisées. Les différentes pilules, le patch et l'anneau sont présenté·e·s comme étant des méthodes contraceptives « efficaces ». Les stérilisations à visée contraceptive, les différents types de DIU, l'implant et les progestatifs injectables sont présenté·e·s comme étant des méthodes contraceptives « très efficaces ». Ici, la dimension médicale s'ancre davantage dans une approche de santé plus globale.

²⁷² (ANAES 2004 citée par Ministère des solidarités, de la santé et de la famille 2005)

En complétant leur formation sur la contraception, d'une part les professionnel·le·s gagnent en légitimité et en assurance dans le cadre de leur exercice : « C'est vraiment depuis surtout deux ans, depuis que je me suis mise dedans [dans la formation dédiée à la contraception], que je me suis formée parce qu'au début j'étais plus frileuse, je pense que j'avais aussi des croyances, des représentations, y a des terrains sur lesquels j'allais pas et je disais "non non allez voir le médecin". Maintenant que je suis formée je reçois tout le monde et après je déblaie et ce qui est pas de ma compétence je l'adresse. Par exemple, des bilans perturbés, des contrôles de pilules pour des cholestérols qui montent ou des triglycérides, avant j'aurais même pas reçu la patiente, j'aurais dit "allez direct voir votre médecin". Maintenant je regarde, je sais ce qu'il faut faire. J'ai pris de la confiance parce que vu l'état d'esprit dans lequel je travaille, je pense que ça correspond vraiment à ce qu'attendent les patientes d'un professionnel de santé et que du coup j'ai aussi pris confiance », explique une sage-femme (1^{er} février 2017). D'autre part, iels favorisent l'accès aux soins gynécologiques et à l'ensemble du panel contraceptif pour les patientes, comme l'illustrent également les propos d'un médecin généraliste : « Parce qu'en faisant des IVG [...] j'ai quand même fait de plus en plus de gynéco. Je me spécialise un peu autour de ça. Je mettais pas d'implant, j'en ai mis, je mettais pas de stérilet, je me suis formée pour en mettre, pour essayer de prendre en charge la contraception dans son ensemble » (9 février 2017).

Finalement, la formation initiale des médecins généralistes et des sages-femmes est moins axée sur la gynécologie que sur l'obstétrique et la pédiatrie. Iels privilégient alors la formation (en continu) sur la gynécologie, la contraception et l'IVG. Par contraste, si la formation des gynécologues implique de fait un apprentissage des actes relatifs à la gestion de la fécondité, leurs discours révèlent aussi les limites de cette formation et, par conséquent, la nécessité de la compléter. Non contrôlée en France, la formation en continu concerne pourtant l'ensemble du personnel prescripteur. Or, chaque profession ne semble pas soumise aux mêmes exigences en la matière, selon un principe de hiérarchie.

4.3 De l'apprentissage de différentes formes de hiérarchisation

4.3.1 Le genre des professions de santé

Les femmes dans les métiers de la santé : du care et du sale boulot

Avec le développement des emplois d'aide à la personne dès les années 1990 et la féminisation des professions de santé situées en bas de l'échelle hiérarchique

(comme les aides-soignantes et les infirmières), les femmes se voient surreprésentées dans les métiers du *care*, impliquant une large part de « sale boulot ». Le « sale boulot » implique une hiérarchie des tâches selon leur degré de prestige, jusqu'aux « corvées » (Arborio 1995, p. 108). En opposition au « travail respectable », le « sale boulot » (Hughes 1984 cité par Adam, Herzlich et de Singly 2007, p. 100) relève d'une « division morale du travail » et se caractérise par des tâches peu nobles impliquant un contact avec la saleté et les odeurs ; et des atteintes à la pudeur des « malades ». Il est habituellement délégué aux « employé[e]s subalternes » (Arborio 1995; Zolesio 2012b) ou s'accompagne d'une mise à distance matérielle, par exemple *via* un stéthoscope (Foucault 1963, p. 167). Chaque profession, y compris les plus valorisée, a sa part de « sale boulot » (Arborio 1995). Pour les chirurgien·ne·s, c'est « l'activité de consultation » (parler avec les patient·e·s) qui relève de la corvée, contrairement à l'activité opératoire, considérée comme plus noble car elle nécessite d'effectuer des gestes techniques complexes (Zolesio 2012b, p. 80). Pour les praticien·ne·s exerçant un métier situé en bas de la hiérarchie des professions de santé, assurer des tâches déléguées revient à prendre en charge une partie du rôle d'un métier hiérarchiquement supérieur. Ce « transfert de prestige » permet un « retournement du stigmaté » (Arborio 1995, p. 111). Pour autant, la féminisation des professions du *care* traduit une organisation du travail sexuée (Lapeyre et Le Feuvre 2005) : les tâches relatives aux métiers du *care* s'inscrivent dans la continuité du rôle domestique, entravant ainsi la reconnaissance du travail accompli. La qualification est naturalisée, les compétences (nécessaires au soin aux autres) sont réduites à des qualités ou à des vocations et le statut de salariées et de diplômées se substitue au profit de celui de personnel dévoué. D'un travail impayé à la maison, les femmes passent à un emploi mal payé au travail. « Les femmes ont un emploi alors que les hommes ont un métier » (Maruani 1989 citée par Dubar, Tripier et Boussard 2015, p. 252). Par conséquent, bien que le « sale boulot » soit inhérent à toutes les professions, le degré de proximité avec le « sale » reste inégal selon les métiers : « parler » aux patient·e·s (Zolesio 2012b) expose moins à la saleté que nettoyer des déjections (qui est une des tâches des aides-soignantes).

La gynécologie médicale compte un taux de féminisation parmi les plus importants des professions de santé (Guyard 2008, p. 13). En 2014, 94 % des gynécologues étaient des femmes. Par contraste, la même année, 55 % des obstétricien·nes étaient des hommes et de manière générale, « les spécialités chirurgicales sont massivement représentées par les hommes (73 %) » (Rault et Le Breton-Lerouvillois 2014, p. 35) qui occupent donc les postes hiérarchiquement valorisés. Une inégalité genrée se constate également dans la répartition des structures d'exercice des professions médicales. Les femmes sont moins investies que les

hommes dans les cabinets de groupe en tant que médecins généralistes, et sont surreprésentées dans l'exercice salarié et au sein des spécialités telles que la gynécologie exercée en cabinet de ville (Lapeyre et Le Feuvre 2005, p. 62).

Le « contrat de genre » assimilé dès la formation : une médecine paternaliste, à destination... des femmes ?

D'après les récits du personnel prescripteur en entretiens, les formateurs en médecine sont plus souvent des hommes. Les valeurs transmises durant la formation (ici une posture autoritaire sur les femmes) sont intégrées par les praticiennes (Andro et Desgrées du Loû 2009) (particulièrement les gynécologues femmes), comme l'illustrent ces échanges avec une médecin généraliste engagée dans un réseau favorisant l'accès à l'IVG (9 janvier 2018) :

La médecin : Le pouvoir médical est omnipotent et autoritariste.

La chercheuse : Comment vous vous situez dans ce pouvoir médical omnipotent ?

La médecin : Je l'ai exercé, j'ai honte. Maintenant je me suis améliorée. On a été formé à dire aux femmes de pas avoir de cholestérol, de pas fumer, de faire les frottis, les prises de sang, les examens gynécos, sinon pas le droit à la pilule. [...] On le faisait, j'ai honte, on faisait ce qu'on nous dit.

La chercheuse : C'est qui ce "on" ? Qui préconise ces recommandations ?

La médecin : À la formation initiale.

Une des conséquences à cette transmission de l'autorité médicale est que les gynécologues femmes font preuve de peu d'homophilie²⁷³ (Guyard 2002). Les chapitres 7 et 11 expliciteront effectivement que les gynécologues (y compris femmes) se montrent peu empathiques et plutôt maternantes envers les patientes. Dans la formation médicale, les repères éthiques des professionnel·le·s en matière de prescriptions de contraception semblent brouillés, voire occultés (Gelly 2006, p. 40), le paternalisme étant incompatible avec le consentement des patientes (Quéré 2016). De même, l'éthique du secret médical n'est pas toujours mobilisée à son juste sens. Au même titre que le Serment d'Hippocrate, le code déontologique et l'inscription à l'Ordre des médecins ; le secret médical est spécifique à la profession (Sarradon-Eck 2008) et participe de la construction d'un ethos professionnel (Jarty 2013; Lapeyre et Le Feuvre 2005). Mais, d'une part, certain·e·s médecins en font un argument de refus à la présence d'une observatrice ou d'un observateur extérieur·e à la profession²⁷⁴, qui n'est, par définition, pas soumis·e à ce principe. D'autre part, secret et pouvoir font la corporation médicale et sont intimement liés : « le pouvoir ne pouvant s'acquérir et

²⁷³ L'homophilie désigne l'intérêt et la bienveillance que l'on peut ressentir à l'égard d'une personne de même sexe.

²⁷⁴ Voir la première partie du chapitre 7.

se maintenir que par l'appropriation et la rétention de la parole » (Sarradon-Eck 2008, p. 16). Les enjeux de pouvoirs corporatistes sont intégrés dès la formation, en particulier chez le personnel prescripteur hiérarchiquement valorisé (médecins généralistes et gynécologues). Une jeune médecin généraliste reconnaît :

« Je pense que ça aurait été pas mal oui [que les cours sur la contraception soient donnés par des sages-femmes] parce que c'est vraiment leur métier. Je pense qu'elles sont assez au point sur tout ces trucs-là, par rapport au fonctionnement des hormones et puis elles sont centrées sur la femme, le bien-être de la femme. Et je pense que ça aurait été pas mal d'avoir une vision un peu différente. Mais bon, la médecine c'est un peu corporatiste et on laisse pas trop de place... je crois qu'il y a pas mal de conflits en plus au sein des hôpitaux entre les gynécos obstétriciens et les sages-femmes donc... sur les responsabilités de chacun, les pouvoirs de chacun. » (17 novembre 2016)

Si ces médecins interviennent dans la formation des sages-femmes, l'inverse est plus rare et moins valorisé (les sages-femmes intervenant pour présenter des méthodes contraceptives considérées comme annexes). La formation médicale pose alors les bases d'un « contrat de genre »²⁷⁵, non seulement entre praticien·ne·s et usagères (les première·e·s ont autorité sur les secondes), mais aussi entre professionnel·le·s (les valeurs masculines dominant).

4.3.2 Professions prescriptrices : des légitimités hiérarchisées et en concurrence ?

Tous les ethos professionnels ne jouissent pas d'un prestige égal. Cette forte hiérarchie entre les professions prescriptrices se manifeste dès la formation initiale et perdure dans l'exercice du métier. Dans les entretiens, les sages-femmes déclarent que les cours sur la contraception et la gynécologie durant leurs années d'études étaient principalement dispensés par des médecins et notamment des obstétriciens, hommes, qui avaient pourtant peu l'habitude de prescrire de la contraception, étant donné que leur activité à l'hôpital se centrait sur l'obstétrique. Une gynécologue qui exerce en cabinet de ville et enseigne ponctuellement la contraception à des sages-femmes insiste sur le suivi des recommandations car, selon elle, « les sages-femmes ne savent pas ce qu'elles peuvent faire ou pas ». Elle décrit aussi la formation des généralistes comme étant « très vaste » : « Moins d'un tiers de leurs consultations concerne la contraception. Ils sont moins informés. La gynécologie est une spécialité » (15 mars

²⁷⁵ Le « contrat de genre » « correspond à la construction historique de la nature idéale des relations entre hommes et femmes [...]. » (Jarty 2013, p. 18).

2017). Il s'agit donc de questionner les rapports de pouvoir entre chaque groupe de professions prescriptrices dans le cadre de leurs pratiques.

Entre gynécologues et sages-femmes : un rapport d'autorité unilatéral

Dans la pratique des prescriptions, les compétences et exigences sont inégalement évaluées selon la profession. Dans un contexte marqué par « la crise de la pilule », un premier cadre de pensée consiste à dire que la pression des recommandations de prescription est plus forte chez les spécialistes que chez les autres professions prescriptrices²⁷⁶. Dans une logique similaire, durant les observations de consultations dans un cabinet de ville auprès d'un obstétricien, celui-ci déclarait que le travail des aides-soignantes n'est « pas stressant » car il n'implique « pas d'initiative » (24 mai 2017). Pourtant, les propos d'une sage-femme montrent, par contraste, la pression d'autant plus importante ressentie par les praticien·ne·s non spécialistes, et, par conséquent, moins légitimes dans les prescriptions hors recommandations : « comme les recommandations c'est de prescrire en première intention une pilule de première génération, moi, surtout en tant que sage-femme, je vais pas commencer à m'amuser à faire hors recommandations parce qu'on a une place très particulière par rapport à ça. On est responsable de nos prescriptions, si une dame se retourne contre nous et que on met à la lumière que moi j'ai pas bien fait mon interrogatoire et que j'ai négligé ça, c'est moi qui suis condamnée. Le gynécologue lui de toute façon c'est un médecin, donc il s'occupe de tout le monde. Nous on est une profession médicale mais que ce soit pour la grossesse ou de la gynécologie on s'occupe des femmes en bonne santé [...] il faut quand même faire attention, donc moi je suis comme il faut les recommandations » (1^{er} février 2017). Les sages-femmes témoignent en effet de contraintes judiciaires sur lesquelles les gynécologues peuvent avoir une prise.

Du fait de ces inégaux niveaux de légitimité et de cadres de protection ou de contraintes, des tensions sont palpables entre les différentes professions. D'abord entre les gynécologues (qui plus est obstétricien·ne·s) et les sages-femmes. Un gynécologue obstétricien déclare en effet que « les gynécos et les sages-femmes ne s'entendent pas trop » en ce qu'iels « ont des parcours opposés » qu'il décrit comme suit : « les gynécos ont une formation initiale pour aller vers la contraception, tandis que les sages-femmes ont l'expérience sur le tas et connaissent la contraception après tout le reste » (10 mai 2017). Le 17 janvier 2018, en attendant de rencontrer une médecin en CDPEF, je discute avec une autre praticienne et lui demande si elle est

²⁷⁶ (France Culture 2013a)

médecin. Amusée, elle répond négativement, indique être une sage-femme et me rétorque de ne pas l'« insulter ». Au-delà de l'altérisation des usagères, ce processus se retrouve également entre professions et se manifeste régulièrement par un mécanisme de dé-légitimation. La médecine jouit particulièrement d'une auto-organisation et d'une légitimité à l'exercer (Dubar, Tripier et Boussard 2015, p. 10). Cependant, toutes les professions médicales accèdent inégalement à ce privilège. Les relations entre médecins et sages-femmes sont empreintes de rapports de pouvoir. Et pour cause, d'une part, gynécologues et sages-femmes ne disposent pas d'une autorité égale les un·e·s sur les autres (que ce soit dans la formation ou selon l'ancienneté d'autorisation de prescriptions contraceptives). En entretiens, les sages-femmes expliquent que les gynécologues peuvent porter plainte pour défaut d'assurance contre les maïeuticien·ne·s qui pratiquent des accouchements à domicile. Au lieu d'être saisi par la justice traditionnelle, les jugements se font en interne (entre membres du corps médical), de manière interdisciplinaire et selon une logique hiérarchique (les gynécologues jugent les sages-femmes). D'autre part, la spécialité qu'est la gynécologie confère une légitimité et une mainmise des gynécologues sur des domaines et compétences pourtant partagé·e·s par les sages-femmes. L'une d'entre elles explique : « Après, l'histoire des femmes qui commencent très tôt chez le gynéco, c'est parce qu'on a créé cette spécialité. L'idée en soi, elle était pas mauvaise parce que psychologiquement c'était pas toujours évident pour une femme de parler de ses petites affaires avec le médecin de famille. Ce qui fait que le gynéco était quelque'un rien que pour elle. Maintenant, mon avis de sage-femme évidemment, je pense qu'il aurait été bien plus utile de donner tout ça aux sages-femmes avant et de pas créer les gynécos. [...] Et petit à petit ça s'est fait grignoter, comme partout, pour finir dans les grosses structures où là on a tronçonné le travail et les femmes avec : la tête, les fesses, on coupe au milieu. Voilà chacun prend son morceau » (25 janvier 2017). De ce fait et d'après les récits en entretiens²⁷⁷ avant d'être primigestes, voire primipares, les patientes ne savent pas nécessairement que leur suivi contraceptif et gynécologique peut être effectué par une sage-femme.

Les généralistes : un entre-deux hiérarchique

Des rapports de pouvoir se manifestent également entre gynécologues et généralistes. Pour ne citer qu'un exemple, dans un contexte marqué par la « crise de la pilule », une médecin généraliste indique être « agacée qu'on [lui] renvoie » qu'elle

²⁷⁷ D'une médecin généraliste par exemple le 10 janvier 2018, mais aussi des usagères suivies et leurs mères.

n'est « que » généraliste lorsqu'elle conteste une prescription de contraception orale réalisée par un·e gynécologue et inadaptée aux recommandations.

Enfin, les sages-femmes mettent également en lumière les rapports de pouvoir entre leur profession et celle des médecins généralistes : « [...] les généralistes ne supportent pas d'envoyer [les patientes] chez les sages-femmes. Rarement. Ben c'est embêtant d'envoyer à quelqu'un qui est en dessous de soi pour des compétences qu'on n'a pas. Socialement ça coince. Pour eux c'est beaucoup plus facile de dire je vais vous envoyer chez le gynécologue », déclare l'une d'entre elles (25 janvier 2017). Une médecin généraliste confirme cet effet de hiérarchie : les sages-femmes s'adressent aux généralistes et les généralistes s'adressent aux gynécologues. Elle indique travailler avec des gynécologues hospitaliers dans le cadre d'un réseau favorisant l'accès à l'IVG et pour « certaines contraceptions un peu difficiles ». Elle précise travailler avec des sages-femmes exerçant en libéral, tout en ajoutant : « Moi je me tourne pas vraiment vers les sages-femmes c'est plutôt les sages-femmes qui se tournent vers nous » (9 février 2017).

La gynécologie (médicale) : entre expertise et compétences interdisciplinaires

Du fait de leur formation à la pathologie, les gynécologues sont principalement sollicité·e·s par leurs collègues en cas de contraception dite « difficile » (comprendre si la patiente a une pathologie ou s'il devient difficile de trouver une méthode contraceptive qui lui corresponde), comme l'illustrent les extraits d'entretiens ci-après :

« Dans la législation les sages-femmes n'ont pas accès à traiter la pathologie et donc la contraception avec les problèmes médicaux qu'il y a derrière. » (Une gynécologue, CDPEF, 23 janvier 2018)

« [...] dans les cas un peu compliqués c'est plus facile d'adresser vers un gynécologue. » (Une jeune médecin généraliste, cabinet en milieu rural, 10 novembre 2016)

« Puis des fois le problème c'est quand y a rien qui fonctionne et la du coup on envoie chez le gynéco méd' [...] du coup t'es un peu emmerdée et t'essaie de trouver une solution et après quand ça nous dépasse on les envoie chez le gynécologue, comme ça c'est eux qui gèrent, on balance la patate chaude à quelqu'un d'autre. » (Une jeune médecin généraliste, cabinet en semi-rural, 14 novembre 2016)

Pourtant, l'ensemble du personnel prescripteur dispose de compétences en gynécologie médicale pour mener des consultations de contraception, comme le montrent ces deux extraits d'entretiens :

« La contraception c'est quand même une spécialité à part entière je trouve et que pour un gynéco ils sont pas bien formés à ça, ils sont formés à la pathologie, à la complication, mais la prescription de contraception c'est pas une discipline en fait médicale comme les autres. La médecine c'est y a une pathologie et je traite, etc. La contraception ça prend en compte la personne dans sa globalité, ça prend en compte son mode de vie, ses habitudes, ses croyances. C'est pas une pathologie et ça change tout. [...] Je pense qu'on est pas obligé d'être gynécologue. On peut être généraliste ou sage-femme et être spécialiste de la contraception, plus qu'un gynécologue. »
(Une sage-femme, cabinet libéral, 1^{er} février 2017)

« La contraception peut toucher à toutes les pratiques médicales. C'est pas si simple la contraception, on a besoin de toutes les spécialités. » (Une gynécologue, CDPEF, 23 janvier 2018)

Aussi, la contraception est parfois envisagée au regard d'autres disciplines médicales : « [...] les gastro[logues ou gastro-entérologues] qui veulent des fois qu'on bloque les règles, qu'on les fasse venir pour des raisons d'autres maladies. Récemment j'ai eu [une patiente a eu] une hémochromatose et on m'a demandé de mettre un stérilet en cuivre pour qu'elle se fasse des saignées naturelles avec les règles. Mais toujours prêt à discuter avec tout le monde s'il y a besoin d'adapter. Les cardio[logues] un petit peu, ils sont pas très fans des stérilets, les endocrino[logues] avec le diabète ils nous font changer des choses », explique un gynécologue obstétricien (10 mai 2017). La contraception semble s'étendre sur un vaste territoire de professions médicales au sein duquel les praticien·ne·s composent, entre complémentarité et rivalité.

De plus, s'éloigner du monopole de prescription contraceptive accordé aux gynécologues et permettre de réaliser des prescriptions de contraception à d'autres praticien·ne·s favorise l'accès aux soins gynécologiques et à la contraception. Une médecin généraliste (10 janvier 2018) indique s'être formée à la pratique de l'IVG pour en favoriser l'accès, notamment quand il s'agit de remplacer le personnel en congés. À la question « pourquoi les patientes vous consultent vous plutôt que les gynécologues pour des questions de contraception ? » posée aux médecins généralistes en entretiens, ceux-ci répondent par leurs plus faibles délais d'attente de rendez-vous. Cette même médecin (travaillant dans une commune > 10 000 hab., dans un cabinet collectif auprès de sages-femmes, 10 janvier 2018) mentionne des délais de plusieurs mois d'attente entre le moment de prise de rendez-vous chez un·e gynécologue et la date de la consultation. Les propos d'une jeune médecin généraliste abondent également en ce sens : « C'est la facilité de consultation. Le médecin généraliste tu peux le consulter rapidement, le gynéco y en a très peu et t'as peut-être

six mois de délais, quatre mois de délais pour avoir un rendez-vous, donc clairement c'est plus simple » (14 novembre 2016).

Mais bien que l'ensemble du personnel prescripteur soit habilité à prescrire de la contraception, cela ne garantit pas que tou·te·s les professionnel·le·s se saisissent de ces compétences ou soient équitablement sollicité·e·s par les patientes : il y a « beaucoup de généralistes qui prescrivent. D'autres [patientes] sont rassurées avec des gynécologues. Et des médecins ne veulent pas faire de gynécologie, donc les femmes vont chez des gynécos », déclare un gynécologue (clinique, 3 mai 2018).

4.3.3 « Mais j'en fais beaucoup plus que vous ! » : conditions d'exercice en structures privées et publiques

L'exercice en libéral : la « liberté » d'être « débordé·e »

La mobilité, géographique mais aussi de structures d'exercice, caractérise les carrières du personnel prescripteur. Chaque établissement et secteur (public ou privé) est traversé par des enjeux (rapports de pouvoir entre les praticien·ne·s) et des caractéristiques structurelles (Le Feuvre 2008) singulière·e·s (conditions de travail, relations à la patientèle entre autres). Les structures privées ou libérales sont appréhendées par les professionnel·le·s enquêté·e·s comme permettant un exercice plus « libre » de la profession, comme le montre cet échange avec une gynécologue travaillant en cabinet de ville (7 décembre 2016) :

La chercheure : Pourquoi le libéral ?

La gynécologue : Justement pour faire c'que je veux.

En miroir, l'exercice en structures publiques, telles que les hôpitaux, est vécu comme plus restrictif du fait d'un manque de moyens (financiers et donc humains) bridant les activités possibles à développer. Ces conditions de travail ont pour conséquence des carrières modulables (Lapeyre et Robelet 2007). Cette même gynécologue indique que « la plupart » des professionnel·le·s « commencent dans le public et vont en libéral par défaut ». C'est le cas de sa propre expérience : « Mais à l'origine j'avais proposé à l'hosto de continuer les consult' et de faire les IVG. Et ça les intéressait pas » (7 décembre 2016). Une autre gynécologue, travaillant également en cabinet de ville, sensibilisée à la pratique des « naissances sans violence », témoigne avoir « toujours cherché à avoir un pied dans le secteur public ». Le centre dans lequel elle exerçait a fermé « car les mutuelles n'avaient plus de sous pour les financer ». Elle est donc partie mais ne voulait pas s'installer comme médecin libérale : « Je ne suis pas pour la

médecine libérale, je le fais malgré moi parce que j'ai pas su faire autre chose » (28 mai 2018).

Néanmoins, les enjeux diffèrent selon que la pratique de l'exercice a lieu en cabinet de ville ou en clinique. Une médecin généraliste fait par exemple remarquer que le travail sera plus ou moins collectif selon qu'elle exerce seule en cabinet, dans un cabinet de groupe ou dans une grande clinique (14 novembre 2016). Les grandes structures (collectives) semblent plus touchées par des logiques corporatistes. Lors d'une observation de consultation en clinique (8 mars 2017), la gynécologue explique à une patiente enceinte insatisfaite de son obstétricien et à la recherche d'un nouveau praticien que le « nomadisme médical » (Fainzang 2006) est difficilement accepté : « c'est difficile de tester trois obstétriciens dans une même clinique... ». En mettant les professionnel·le·s en concurrence, les praticien·ne·s refusent aux usagères qu'elles exercent leur liberté de choisir leur médecin, pourtant préconisée par les articles 6 et 58 du code de déontologie médicale²⁷⁸.

Les conditions de travail, en termes de salaires et de volume horaire, diffèrent également d'une structure privée à une structure publique. Dans le cadre du paiement à l'acte plus systématique dans les structures privées, une gynécologue travaillant en cabinet indique : « on reçoit un relevé d'activité de la Sécurité Sociale » et explique que le salaire est proportionnel au nombre de consultations réalisées (28 mai 2018). Au cours du même entretien, elle ajoute : « Voilà, dix ans d'étude ça fait trente euros de l'heure. [...] Ben oui parce que par rapport au chiffre d'affaire en libéral vous retirez la moitié, facile même, même un peu plus. [...] C'est simple, mon ex conjoint qui est médecin généraliste il fait en une semaine ce que je fais en un mois, en actes. Je lui dis "mais tu vas mourir" ». Une médecin généraliste travaillant en CDPEF délaisse son statut de fonctionnaire pour travailler dans le libéral. Elle explique vouloir « faire plus d'IVG » et « à [s]a manière ». Elle souhaite aussi un salaire plus élevé. Elle indique qu'elle va « devoir aller plus vite » dans les consultations, dans le cadre du paiement à l'acte (17 janvier 2018). Le nombre de consultations en structures libérales est plus élevé qu'en structures publiques²⁷⁹. Un obstétricien travaillant en clinique déclare effectuer quarante consultations quotidiennes d'une durée d'un quart d'heure chacune : « On est fatigué », ajoute-t-il (3 mai 2018). De même, au moment de prendre rendez-vous pour un entretien avec un obstétricien travaillant en cabinet de ville, il indique qu'« on le fera en mangeant », faute de temps (27 avril 2017). L'entretien s'est

²⁷⁸ L'article 6 stipule que « Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit. ». L'article 58 mentionne, quant à lui, « le libre choix du malade qui désire s'adresser à un autre médecin. » (Ordre National des Médecins - Conseil national de l'ordre 2019)

²⁷⁹ Ce point sera développé dans le chapitre 6.

finalement déroulé dans son cabinet juste avant sa pause déjeuner. Pour citer un dernier exemple, un généraliste travaillant en cabinet de ville sans secrétaire se dit débordé. L'entretien sera entrecoupé par pas moins de cinq coups de téléphone. Ses délais de rendez-vous sont rapides, souvent du jour au lendemain.

Par conséquent, les relations aux patientes sont également singulières selon le type de structure. Les sages-femmes indiquent un changement quantitatif (en termes de nombre de patientes) et de durée (*via* un suivi des patientes sur le long terme) dans le cadre d'un exercice en libéral. Ce sont aussi les motifs des consultations qui diffèrent selon les structures. Une gynécologue travaillant en cabinet de ville (28 mai 2018) affirme ne pas avoir de demandes de contraception dans le secret : « Ça va pas mon cabinet pour ça parce qu'il faut prendre rendez-vous trois mois à l'avance, ça leur correspond pas du tout. Je suis pas le professionnel adapté. C'est pas que je veux pas mais ça va pas du tout. Elles vont dans des consultations où il leur faut la pilule demain parce que le copain arrive, etc. », explique-t-elle. Les professionnel·le·s perçoivent les différences de motifs de consultations selon le type de structure dès leur formation. Une médecin généraliste indique (10 janvier 2018) : « Les stages en hôpitaux sont différents des stages en ville car la patientèle est différente. En ville il y a de tout, on crée des dossiers, donc la question de la contraception se pose ».

L'exercice en structures publiques : de la hiérarchie professionnelle aux motifs de consultations, l'expérience de situations de domination

Si l'exercice en libéral peut paraître plus « libre » et plus lucratif, certain·e·s professionnel·le·s font le choix de la stabilité de salaire. Dans le cadre de son internat, une jeune médecin généraliste (2 février 2018) raconte développer un intérêt pour la gynécologie. Par ailleurs, elle décrit l'internat comme étant « horrible » du fait d'un rythme de travail soutenu : réalisation de gardes, remplacement de médecins généralistes en libéral, « mauvais fonctionnement du cabinet », réalisation d'une thèse. En *burn out*²⁸⁰, elle confie que les patient·e·s l'« angoissaient ». Dans de telles conditions, elle devenait « agressive et pas bienveillante ». Elle a donc fait le choix de « changer de condition » de travail en délaissant le libéral au profit d'une stabilité à la fois salariale et en termes de santé mentale. Tout comme les différentes structures libérales, les enjeux de rapports de pouvoir entre les praticien·ne·s, de conditions de travail, de relations à la patientèle, diffèrent selon les structures publiques, qu'il s'agisse d'hôpitaux, de CDPEF ou encore de dispensaires.

²⁸⁰ Le *burn out* est décrit comme un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel » (HAS 2017).

L'hôpital est la structure publique la moins concernée par les prescriptions contraceptives. Par contraste à l'exercice en libéral, en hôpital les sages-femmes indiquent être « reléguées au rôle de techniciennes », par opposition à une intention militante consistant à refuser de transmettre une vision techniciste de la naissance (Knibiehler 2016, p. 84-85). Dans le cadre de suivis plus brefs et plus ponctuels, les professionnel·le·s font face à des demandes différentes de l'exercice en libéral, impactant donc leurs pratiques. Une médecin généraliste indique ne pas voir « de plaintes courantes » (type MST²⁸¹ ou mycose) en hôpital (10 janvier 2018). S'il est courant que les professionnel·le·s se forment en CHU, les hôpitaux ne sont pourtant pas les structures où les demandes de contraception y sont les plus fréquentes. Une jeune médecin généraliste explique : « à l'hôpital en fait on n'apprend pas, les gynécologues apprennent peu à prescrire de pilule d'après ce que j'ai entendu dire d'une interne là qui est en... qui fait un stage en libéral. Elle disait qu'ils savent pas prescrire les pilules parce que c'est vraiment de la gynécologie médicale et ils voient pas des gens au CHU pour une prescription de pilule, ça a pas d'intérêt. Enfin c'est pas pour ça qu'on leur adresse des gens, c'est pour des choses plus complexes. Donc voilà ils savent pas forcément hyper bien les prescrire » (17 novembre 2016).

En entretien, une gynécologue travaillant en CDPEF depuis plus de dix ans raconte l'évolution de la structure : « au début il n'y avait que des généralistes quand c'était géré par l'hôpital ». Puis la structure est passée sous la coupole du département et a accueilli des gynécologues (23 janvier 2018). De ce fait, ces structures sont beaucoup plus fragiles que les grands établissements privés. Lors d'un rendez-vous personnel en CDPEF, une praticienne m'explique qu'elle note (sur un cahier en plus de l'ordinateur) les noms des patientes et les raisons de leurs venues car cela sert de registre « prouvant » que la structure reçoit des patientes et ne doit donc pas fermer ses portes (journal de terrain, 7 février 2017). Contrairement aux hôpitaux, les CDPEF sont des structures particulièrement adaptées à la présentation du panel contraceptif. Une médecin généraliste (26 janvier 2018) explique que toutes les fois où elle a présenté le panel correspondent à ses temps d'exercice en CDPEF. Néanmoins, de par l'accès gratuit (et plus ou moins anonyme) que garantit la structure, les professionnel·le·s sont confronté·e·s à la gestion de situations de violences. Une gynécologue (23 janvier 2018) fait part de la difficulté de ce travail en racontant une matinée où elle ne voit « que des jeunes femmes malheureuses et qui disent "je me fais violer à chaque fois" ». Elle évoque aussi des situations où des patientes sont aux prises de drogues ; confient ne prendre aucun plaisir dans leur sexualité, être violées

²⁸¹ Maladies sexuellement transmissibles.

ou victimes d'inceste. Elle insiste sur le fait que « beaucoup de consultations ne sont pas faciles ».

Les dispensaires et les foyers d'urgence font également partie des structures décrites comme propices à la présentation du panel contraceptif. Une jeune médecin généraliste y travaillant indique avoir désormais du temps à consacrer à cet aspect des consultations, tout en précisant qu'elle n'avait pas ce temps à l'hôpital (2 février 2018). Une gynécologue, plus expérimentée, raconte y faire « une médecine lente » et dépourvue d'intérêt lucratif. Elle raconte avoir soigné régulièrement une travailleuse du sexe. « Un jour », cette dernière s'est penchée sur le carnet de rendez-vous de la médecin et s'est exclamée : « Mais j'en fais beaucoup plus que vous ! » (6 mai 2019).

La structure hospitalière, peu encline à la prescription de contraception et à la gestion de situations de violences, est aussi celle qui forme à la hiérarchie. En rendant compte de stratégies de langage et de la portée du pouvoir symbolique de celui-ci, une jeune médecin généraliste (2 février 2018) décrit une « hiérarchie stricte » en centres hospitaliers. Partant du bas de la pyramide hiérarchique, elle raconte que les externes vouvoient les chef·fe·s de service tandis que les internes (en cours de spécialisation) tutoient les externes, tout en continuant de vouvoyer les chef·fe·s (la « plupart » étant des spécialistes). Le langage est un marqueur symbolique des rapports de pouvoir (*cf.* Introduction générale). En donnant l'exemple d'une sage-femme qui fait volontiers équipe avec les aides-soignantes (situées plus bas dans la hiérarchie), Yvonne Knibiehler constate : « elle ne se soucie pas de se faire vouvoyer, pour marquer sa "compétence médicale", et fait le travail sans se demander s'il est digne d'elle. » (*Ibid.*, p. 138). La médecin généraliste parle de « guerre d'égo » entre Professeur·e·s et Professeur·e·s hospitalier·e·s, tou·te·s deux étant au sommet de la hiérarchie et le second statut s'obtenant sur concours. Le schéma ci-dessous reprend les éléments décrits du point de vue des internes (les matériaux récoltés ne permettant par exemple pas de savoir si les externes vouvoient les internes).

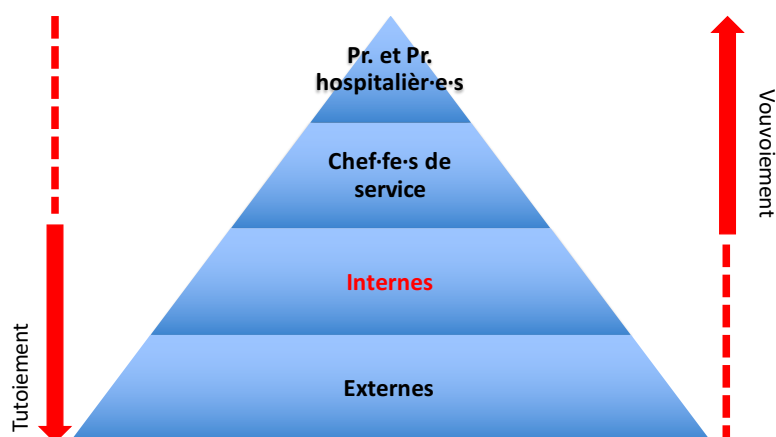


Figure 19 - Langage hiérarchique en structure hospitalière

Cette même médecin explique que le statut de chef·fe de clinique permet d'accéder au secteur 2 (d'effectuer des dépassements d'honoraires). Le prestige hiérarchique se construit également sur la fréquence des visites. Plus un·e praticien·ne reçoit de visites quotidiennes, plus son prestige hiérarchique s'élève.

Il faut également prendre en compte les rapports de pouvoir entre structures. Une jeune médecin généraliste exerçant dans différentes structures est témoin de conflits entre celles-ci. Elle confie qu'un médecin faisant partie du Conseil de l'ordre dit « se sentir jugé » par les praticien·ne·s exerçant en centres de santé.

Au-delà des structures, c'est au sein de réseaux moins institutionnels que ces rapports de pouvoir semblent se reproduire. Une praticienne, membre d'un réseau favorisant l'accès à l'IVG, se rend par exemple compte avoir davantage accès à l'espace discursif au sein des réunions du réseau depuis qu'elle travaille en structure et qu'elle n'intervient plus seulement au titre de membre d'un Planning Familial. Ces rapports de pouvoir ont un ancrage historique puisque le Planning Familial aurait pu constituer un contre-pouvoir au pouvoir médical et a finalement été marginalisé. « La profession médicale devait prendre sa suite en matière de conseil et de mise à disposition des méthodes » et le Planning Familial a ainsi été « relégué au rang de simple association » (Roux 2020, p. 274).

La mobilité entre les structures façonne les parcours des professionnel·le·s de santé. Des pratiques spécifiques caractérisant chaque secteur d'exercice, les praticien·ne·s recourent à des pratiques évolutives selon leur lieu d'exercice.

4.3.4 Disparités territoriales d'exercice

L'on constate des disparités territoriales à la fois en termes d'accès à la formation pour les (futur·e·s) professionnel·le·s de santé et, par conséquent, d'accès aux soins pour les patient·e·s. Dans le premier cas, les jeunes médecins déplorent la rareté des stages en structures privées urbaines. L'une d'entre elles explique que le classement qu'elle a obtenu durant son internat lui offrait la possibilité « d'aller où [elle] voulai[t] ». Elle a choisi la ville de Toulouse car « il y a une bonne formation en médecine », « il y a des stages en ville et c'est rare de les faire si tôt. Sinon c'est des stages en hôpitaux » (26 janvier 2018). L'une des raisons pour lesquelles les jeunes médecins choisissent la ville de Toulouse pour réaliser leur internat est que l'offre de stages ne se limite pas aux hôpitaux (auxquels les médecins reprochent un faible suivi des patientes et des actes non représentatifs de l'ensemble des demandes), mais sont aussi réalisables en libéral.

Les médecins généralistes étant plus nombreuses et nombreux que les gynécologues²⁸² (Rault et Le Breton-Lerouillois 2014), iels sont aussi plus enclin·e·s à travailler dans les déserts médicaux²⁸³ : « C'est l'avantage d'être médecin généraliste c'est qu'on peut limite choisir là où on va s'installer, on peut choisir où on va travailler, y a pas trop d'obstacles », déclare une jeune médecin généraliste (10 novembre 2016). Par conséquent, les médecins généralistes y sont plus systématiquement amené·e·s à réaliser des actes gynécologiques. Un médecin exerçant en Ariège indique qu'il y a un manque de praticien·ne·s dans la région et qu'il « fait » donc « de tout » en donnant l'exemple des frottis (29 novembre 2017). Néanmoins, cette faible densité de professionnel·le·s a également des conséquences en termes de conditions de travail puisque ce même praticien explique qu'il lui arrive de mener quarante consultations par jour, entre neuf heures et vingt-deux heures. Dans tous les cas, il ne déclare pas faire moins de trente consultations quotidiennes, d'une durée de vingt à trente minutes chacune ; les plus longues étant justement celles consacrées à la contraception. La faible densité et la faible variété de professions médicales sur ces territoires amènent également à des rapports spécifiques entre médecins et patientes. Les propos de ce même médecin témoignent d'une certaine proximité avec les patientes puisqu'il indique qu'elles « peuvent lui poser des questions par mail ou par SMS ».

²⁸² (France Culture 2013a)

²⁸³ Cf. sous-partie de ce chapitre intitulée « Une forte mobilité géographique et structurelle ».

Les pratiques médicales et les demandes relatives à celles-ci varient donc en fonction des territoires. Une sage-femme (21 décembre 2017) constate deux différences majeures dans le passage d'un exercice médical en territoire urbain à l'exercice en territoire rural. D'une part, les femmes vivant en milieu rural sont moins systématiquement suivies par des gynécologues et sont donc plus enclines à faire appel à des sages-femmes dans le cadre de leurs parcours gynécologique et contraceptif. D'autre part, selon les territoires, les femmes semblent avoir « un rapport différent au corps ». Les représentations des patientes vivant en milieu rural relatives aux hormones et aux mensurations diffèrent de celles des femmes résidant en milieu urbain et impactent forcément les pratiques médicales et les choix contraceptifs. Dans le cadre d'un abandon de contraception orale, les premières mobilisent davantage un argument écologique (plutôt que de l'ordre du bien-être personnel). Elles souhaiteraient également plus systématiquement une méthode contraceptive n'impactant pas le cycle menstruel (et seraient donc moins enclines à accepter un moyen contraceptif provoquant une aménorrhée).

Néanmoins, des disparités similaires peuvent se constater au sein d'une même ville, par exemple d'un quartier à un autre, comme l'explique cette jeune médecin généraliste : « Dans les quartiers difficiles je pense qu'ils doivent manquer de médecins mais en plein centre de Toulouse, à mon avis, c'est peut-être plus difficile. Mais bon, après en faisant des remplacements, y a toujours moyen de trouver à travailler régulièrement. Mais pour s'installer, oui c'est peut-être plus dur » (10 novembre 2016). Il peut alors s'agir d'adapter ses pratiques selon les besoins d'une patientèle (précarisée), en termes d'accès à l'IVG ou plus largement à la gynécologie.

4.3.5 De la possibilité d'exercer en dehors de l'ethos dominant ?

Des conséquences sanitaires de la guerre d'Espagne aux discordances entre antennes du Planning Familial : un héritage historique fort, favorable à une médecine « rebelle » ?

La particularité historique du Planning Familial en Haute-Garonne est d'avoir opéré une scission en 1974, opposant d'un côté les membres (comprenant les militantes du MLF et se distinguant des revendications du MFPPF) défendant conjointement l'accès libre et gratuit à l'ensemble des méthodes de régulation de la fécondité (contraception et avortement) et de l'autre les militantes réfractaires (prônant l'accès à la contraception comme moyen d'éviter les avortements) suivant une ligne « traditionaliste » (Pavard 2012a; Zeller 2020). Dès lors, la spécificité du contexte toulousain résidait dans l'existence de deux antennes locales du Planning

Familial : l'association départementale (défendant le droit à l'avortement) et un « centre autonome d'information et de formation du Planning familial ». L'existence de ces deux associations créera d'ailleurs une certaine confusion chez la population (*Ibid.*), comparable à celle persistant aujourd'hui entre l'identification du Planning Familial et des CDPEF.

Encore aujourd'hui, des rapports de pouvoir se jouent au sein de la structuration du Planning Familial, au-delà du contexte toulousain : « Du coup sur la structuration du Planning y a la fédération qui touche la région et la confédération qui est nationale. Et donc avec à chaque fois des antennes locales qui sont pleinement décisionnaires, enfin y a un statut type du Planning pour les assos' locales » explique Marie, militante au sein d'un Planning Familial (1^{er} juin 2018). Or, les membres investi·e·s aux niveaux national et local n'ont pas nécessairement la même approche politique, notamment selon leurs profils. Dans sa thèse en histoire, Justine Zeller montre que plus l'espace de contestation est petit (ou plus l'ampleur des forces militantes est faible), plus les échanges entre les groupes sont nombreux et moins il y a de division dans le groupe de féministes (*Ibid.*, p. 142). Le récit de Lola, militante dans un Planning Familial, montre l'impact des effets de générations sur les revendications : « [...] très honnêtement on est très jeunes puisque rien que quand tu vas à l'échelon régional, ils ont tous soixante berges en fait. [...] Et quand tu vas au national y en a très peu... [...]. Et on est un Planning vachement jeune et du coup assez dynamique quand même, sur pas mal de trucs. Et après avec des positionnements... alors le MFPPF normalement défend effectivement le libre choix. Mais il se trouve qu'en fonction des antennes, en fonction de qui est dans les antennes, comme bénévoles, comme CA²⁸⁴, comme salarié·e·s aussi [...], c'est plus ou moins... plus ou moins on défend pas exactement les mêmes choses quand même et en tout cas on s'axe pas sur les mêmes choses » (13 juin 2018). À l'image de la théorie du *standpoint*, selon laquelle le profil des personnes impacte la nature des savoirs produits, le profil des militant·e·s impacte les revendications défendues. Lola donne l'exemple d'un militantisme plus intersectionnel si un Planning Familial compte des personnes racisées parmi ses membres ; ou encore, montre que la question de la PMA²⁸⁵ a sans doute plus de chance d'être abordée si un Planning Familial compte des lesbiennes parmi ses membres. Marie donne un exemple similaire quant à la prise en compte des identités trans et des problématiques spécifiques aux travailleuses du sexe. Lola met également au jour les rapports de pouvoir entre membres d'une même antenne selon que le Planning Familial en question soit médicalisé ou non, ou compte des

²⁸⁴ Conseil d'Administration.

²⁸⁵ Procréation médicalement assistée.

professionnel·le·s de santé parmi ses membres. Ainsi, les propos de ces deux militantes montrent que, dans un contexte marqué par « la crise de la pilule », l'évidence de la contraception médicalisée et de l'autorité médicale semble davantage remise en question dans les antennes composées notamment de jeunes membres et plutôt dépourvues en professionnel·le·s de santé.

Au-delà de l'association du Planning Familial, c'est l'héritage historique de l'ensemble du réseau de santé, cette fois-ci spécifique à Toulouse, qui résonne encore aujourd'hui dans les offres médicales proposées. Les professionnel·le·s de santé ayant exercé dans les années 1960 et 1970 décrivent en entretiens le contexte sanitaire à l'heure où l'avortement était interdit. Une gynécologue raconte (6 mai 2019) que les militant·e·s du MLAC toulousain qui pratiquaient des avortements clandestins se relayaient pendant leurs congés. Les actes étaient pratiqués sur des tables de cuisine et elle-même recevait du soutien par téléphone de la part de professionnel·le·s pratiquant dans d'autres villes. Du fait du petit groupe que les militant·e·s toulousain·e·s représentaient, la gynécologue décrit un « réseau fraternel » et précise que son patron avait connaissance de son engagement et la soutenait en lui fournissant des spéculums. Aussi, un ami lui analysait gratuitement les frottis, « c'était rare », confie-t-elle, « il n'y avait pas la CMU²⁸⁶ ». Mais le biais de la petitesse du réseau (les membres le composant étant peu nombreux·ses et donc plus facilement identifiables) résidait dans « les fuites ». Elle raconte qu'un soir, un homme sonne chez elle à 20h. C'était un inspecteur de la police des mœurs venu demandé un avortement pour sa fille. Il avait connaissance des pratiques de la gynécologue. Elle raconte également avoir reçu un coup de téléphone de la part d'un chirurgien qui l'a menacé de la dénoncer au Conseil de l'Ordre. L'homme avait su qu'elle avait « fait saigner » une membre de sa famille (sa fille ou sa compagne, elle ne se rappelle plus exactement). Aujourd'hui, alors que l'IVG est légale depuis une quarantaine d'années, cette même praticienne alerte sur la restructuration d'un hôpital toulousain mettant à mal l'accès à l'IVG.

Durant le même entretien, la gynécologue met au jour l'impact de l'héritage historique de l'hôpital Joseph Ducuing, anciennement connu sous le nom d'hôpital de Varsovie. Toulouse étant une ville à proximité de l'Espagne, cet hôpital fut fondé en 1944 par des résistant·e·s républicain·e·s espagnol·e·s et fournissait un accueil des guérilleros victimes du franquisme. Aujourd'hui, c'est une structure en difficulté qui continue

²⁸⁶ Couverture Maladie Universelle, instaurée en 2000 et destinée aux patient·e·s vivant sous le seuil de pauvreté.

d'accueillir des patient·e·s en situation de précarité : des migrant·e·s et des personnes qui vivent le long de la Garonne.

C'est dans des conditions similaires que les professionnel·le·s de la Case de santé, un centre de santé à Toulouse, soigne « les plus démun[i·e·]s »²⁸⁷. Aux détours des « déboires » avec l'ARS, il s'agit pour les praticien·ne·s de « faire de la médecine autrement », pour un salaire mensuel de 1900 euros (contre 8000 euros en moyenne pour les gynécologues exerçant en secteurs 1 et 2, en 2011 (DREES 2016)). Au-delà de s'adapter aux problématiques des patient·e·s précarisé·e·s, la structure attire les patient·e·s qui souhaitent « repense[r] la manière de faire de la médecine ». Une médecin généraliste travaillant dans un centre de santé similaire déclare à ce titre que l'établissement « s'adapte à celles qui se méfient du milieu médical » (9 mars 2018). Il s'agit alors de se revendiquer d'une médecine « rebelle »²⁸⁸ qui s'oppose à l'ethos dominant dans sa pratique, à travers : l'accueil d'un public précarisé, une approche de santé globale, un salaire peu élevé et le choix de renoncer au prestige d'exercer dans de grandes structures privées.

D'autres initiatives locales tout aussi pertinentes pourraient être développées ici, telles que les pratiques de *self-help*. Par souci d'empirisme, il va plutôt s'agir de se concentrer sur une démarche investie par le travail de terrain : les récits des actions du REIVOC par les professionnel·le·s.

Pallier les difficultés d'accès à l'IVG : la création du REIVOC ou la démocratisation de la pratique gynécologique

Depuis juillet 2004, les IVG médicamenteuses peuvent être pratiquées dans le cadre de la médecine de ville par des praticien·ne·s ayant une convention avec un hôpital. Dans l'ancienne région Midi-Pyrénées (Even, Menou, et DRASS DDASS 2008), ces médecins prennent en charge 4 % des IVG (dont 8 % sont des IVG médicamenteuses). Tout comme le taux d'usage exclusif de pilules le plus élevé, c'est entre 20 et 24 ans que le recours à l'IVG est le plus fréquent. Plus de la moitié (6 sur 10) des IVG sont réalisées dans un établissement public, mais contrairement au niveau national, ce sont les établissements privés qui réalisent plus d'IVG médicamenteuses (ne nécessitant pas de mobiliser un lit en structure). En CHU, les trois quarts des IVG sont réalisées par voie chirurgicale, du fait d'une plus grande proportion d'IVG tardives. Aussi, l'offre est inégalement répartie sur le territoire puisque certains départements n'ont pas de centre d'orthogénie. Entre 4 et 5 % des IVG en Midi-Pyrénées concernent des femmes domiciliées en dehors de la région (venant surtout

²⁸⁷ (Camier 2016)

²⁸⁸ (*Ibid.*)

du Languedoc Roussillon et d'Aquitaine). Parallèlement, 4 % des femmes résidant en Midi-Pyrénées ont eu recours à une IVG dans une région limitrophe. La Haute Garonne concentre 53 % de l'ensemble des IVG de l'ancienne région. À Toulouse, en 2007, quatre établissements ont réalisé plus de 40 % des IVG de Midi-Pyrénées (les hôpitaux Joseph Ducuing et Paule de Viguier et les cliniques Sarrus Teinturier [désormais renommée Rive gauche] et Ambroise Paré).

Fort de ces constats de difficultés d'accès à l'IVG, en 2006 le REIVOC est créé par « par un groupe de médecins qui décide de se former à la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville »²⁸⁹. En entretien, un médecin généraliste (5 décembre 2017), membre du REIVOC, explique que le réseau se nommait initialement REIV31, puis REIV MP (pour Midi-Pyrénées), et sera finalement le REIVOC du fait de la demande de l'ARS de couvrir toute l'actuelle grande région. En 2017, le réseau comptait cinquante-cinq adhérent·e·s. La même année, quatre-vingt-une personnes furent formées, mais avec un perpétuel constat de disparité d'accès à l'IVG, puisque vingt-huit de ces personnes exercent en Haute-Garonne, onze dans l'Hérault, contre une dans le Gard, une dans le Lot, et deux en Ariège et dans l'Aude. Une médecin généraliste, également membre du réseau, raconte en entretien avoir « connu l'époque où les IVG se faisaient clandestinement » (9 janvier 2018). Confrontée aux difficultés de l'avortement interdit, « il fallait se positionner ». C'est en grande partie pour cela qu'elle finira par intégrer le REIVOC. Au cours de sa carrière, elle a délivré la contraception orale lorsqu'elle était encore interdite aux mineures sans l'accord des parent·e·s. Elle explique avoir « failli être violente » à deux reprises, dont une fois parce qu'elle a prescrit une pilule à une jeune fille qui n'avait pas tout à fait 18 ans. Son père l'a su, mais au moment où il est venu la voir, arguant qu'elle n'avait pas le droit de lui recommander, la jeune fille était majeure. Malgré le décret de 2004, son constat et celui de ses collègues était que l'IVG n'était ni pratiquée en centre d'orthogénie (à l'hôpital Joseph Ducuing), ni en CHU (l'hôpital Paule de Viguier). Le réseau est donc né de cette nécessité : « C'est un fait que les demandes n'étaient pas correctement prises en charge à Viguier. Il fallait un parcours plus simple pour les femmes en demande d'IVG donc on a inventé ce truc [le REIVOC]. Avant on passait deux heures au téléphone pour trouver qui ferait l'IVG, c'était un parcours du combattant. On est parti d'un constat pratique », explique une autre médecin généraliste (24 janvier 2018). Les rapports entre professions évoluent alors de manière significative puisque la première médecin citée (9 janvier 2018) indique qu'« il y a vingt ans les généralistes ne touchaient pas à la gynécologie ». C'est à un moment de

²⁸⁹ (REIVOC 2018)

pénuries de gynécologues et donc d'actes que « les postes étaient ouverts aux généralistes ». Elle décrit une « guerre avec les hôpitaux ». Sa collègue raconte : « À l'époque la gynécologie obstétrique était fermée aux généralistes, on ne pouvait pas toucher une femme enceinte, on était pas bien accueilli, ça c'est toulousain. À Nantes c'est mieux. C'était l'apanage des hommes obstétriciens et des femmes sages-femmes » (24 janvier 2018). L'un de leurs collègues cités plus haut (5 décembre 2017), explique que les hôpitaux « les ont mis dehors » car l'IVG était « chasse gardée ». Le réseau a ainsi perdu deux ans. Encore aujourd'hui, il indique que les hôpitaux font attendre trois semaines les femmes en demande d'IVG médicamenteuses alors que les médecins de ville gèrent les IVG du jour au lendemain. Les médecins généralistes du réseau ont donc dû « se mettre à la gynécologie et aux IVG », « parce qu'il y a zéro formation sur ça dans mon parcours de formation » précise-t-il. Reproduisant ce qu'ils « entendaient dans les mouvements militants », « ce réseau s'est battu contre les pilules de troisième générations », ajoute-t-il. De son côté, l'une des deux autres collègues citées, indique avoir « suivi une sage-femme de [l'hôpital] la Grave, c'était de la débrouille. Il faut se débrouiller pour trouver qui sait faire quoi. On voit faire puis on sait faire. On ne s'y lance pas rien qu'en lisant des livres. [...] C'est du parrainage » (24 janvier 2018).

Toulouse : « moteur dans la formation des généralistes » à la gynécologie

Le contexte local toulousain semble propice à une offre attrayante pour la formation de médecins généralistes : *via* la possibilité de réaliser des stages hors hôpitaux (comme indiqué plus haut dans le chapitre), mais aussi *via* une formation innovante. Une jeune médecin indique que les stages en cinquième année « sont tout nouveau », que « Toulouse est moteur dans la formation des généralistes » et « favorise les stages en ville » (26 janvier 2018). Aussi, du fait de la présence du REIVOC sur le territoire, la formation peut particulièrement s'axer sur la gynécologie, comme l'explique une médecin généraliste :

« [...] à Toulouse [...] des internes de médecine générale doivent passer dans certains services et donc ils doivent faire six mois dans un pôle gynéco-pédiatrie. Donc soit ça se fait à l'hôpital où ils font trois mois en gynéco, trois mois en pédiatrie dans un service hospitalier ; soit, et ça y a que à Toulouse que ça existe pour l'instant en France, ça peut se faire en ville en médecine ambulatoire [...] dans un cabinet de médecins, une journée en centre de planification et une journée en PMI. Et puis le cinquième jour normalement c'est pour la formation, les cours, etc. Et on leur propose nous en plus, on a un réseau de partenaires autour du cabinet, soit en pédiatrie soit en gynéco, donc ils peuvent aller une journée chez une sage-femme, un podologue, un radiologue pour faire des mammo. Comme ça sur l'ensemble de leur

stage ils ont quand même un panel assez large de la gynécologie et de la pédiatrie »
(9 février 2017).

Par conséquent, cela favorise l'élargissement de la prise en charge contraceptive et gynécologique. Cette même médecin précise : « C'est vrai qu'il y a des patientes pour lesquelles je suis pas leur médecin généraliste mais je suis leur gynécologue médicale parce que je les ai connues dans le cadre d'une IVG et que par la suite elles ont décidé que j'allais m'occuper... donc je les vois que pour ça » (9 février 2017).

Malgré l'existence d'un ethos dominant, il apparaît donc possible d'exercer autrement selon les besoins de la patientèle, des territoires, des structures et de la formation, et, ce faisant, de favoriser la remise en question des conditions d'accès aux méthodes de régulation de la fécondité.

L'autorité médicale est apprise, que ce soit envers les patient·e·s, mais aussi entre praticien·ne·s. Dès la formation initiale, il est inculqué aux professionnel·le·s de santé, d'une part, leur place dans la hiérarchie, et, d'autre part, la place (plus ou moins annexe) de la contraception dans leur exercice. Les gynécologues sont (historiquement) les plus légitimé·e·s à la prescription de contraception et bénéficient en tant que spécialistes d'un certain privilège professionnel qui se traduit par un salaire élevé, un statut d'expert, une autorité légitimée. La médecine générale n'est, quant à elle, considérée comme une spécialité que depuis récemment. Quant aux sages-femmes, iels sont les dernier·e·s à avoir été habilité·e·s à prescrire la contraception et bénéficient d'un moindre prestige professionnel à la fois du fait des actes réalisés (réduites au rôle de technicienne en hôpital) et de par des années d'études moins nombreuses (demandant moins de moyens financiers que les études en spécialités médicales). De la formation à l'exercice de la profession, les échanges entre professionnel·le·s semblent verticaux : les médecins enseignent les contenus les plus nobles aux sages-femmes tandis que les généralistes et les sages-femmes renvoient les cas contraceptifs nécessitant une expertise médicale aux gynécologues.

Sur le fond des formations, il est globalement enseigné aux praticien·ne·s que la contraception n'a qu'une importance relative et, surtout, qu'elle peut être traitée succinctement (au vu du faible taux horaires d'enseignement consacré à ce domaine). Portant pourtant tous deux sur la contraception, les contenus des cours de médecine et de maïeutique se distinguent en quelques points. L'autorité médicale semble davantage enseignée dans les premiers (encourageant notamment la rétention d'informations envers les patientes) tandis qu'une approche de santé plus globale,

voire tenant compte des discriminations, est présentée aux sages-femmes. De manière générale, la formation en milieu hospitalier semble peu propice à l'apprentissage des prescriptions contraceptives, qui s'applique davantage dans les autres structures, privées mais aussi publiques. Par conséquent, cet apprentissage se fait sur le tard et sur le tas. Dans sa thèse, Alexandra Roux indique qu'« une majorité de médecins hiérarchisent les différentes méthodes proposées en consultation, en recommandant plus fréquemment et plus systématiquement les méthodes telles que la contraception orale et le DIU que l'ensemble des autres méthodes. Ce constat est stable dans le temps, puisqu'on retrouve les mêmes tendances en 1977 et en 2010 » (Roux 2020, p. 251). Bien que des matériaux différents soient mobilisés dans la présente thèse, l'on constate que cela est toujours le cas dans le milieu des années 2010, voire durant la deuxième moitié de cette décennie. Encore aujourd'hui donc, « la norme contraceptive française est avant tout une norme médicale, résultant de pratiques professionnelles instituées entre les années 1970 et la fin des années 1980 » (*Ibid.*, p. 273).

Si l'ensemble des professionnel·le·s reconnaît qu'une part significative de l'apprentissage se fait « sur le tas » et de manière subjective (selon les habitudes des praticien·ne·s suivi·e·s), cette modalité d'apprentissage est surtout reprochée aux sages-femmes, qui bénéficient par ailleurs d'un moindre prestige professionnel et d'une légitimité de prescription plus récente (par conséquent moins établie). Pourtant, elles déclarent au moins tout autant de formations complémentaires que leurs confrères et consœurs médecins (surtout généralistes), notamment dans le domaine de la contraception (et des violences faites aux femmes). Dans un contexte marqué par « la crise de la pilule », elles se déclarent en outre attentives face aux recommandations, tandis que les plus légitimés sur la question, les gynécologues, se permettent davantage d'y déroger, invoquant justement leur expertise sur le sujet. Les jeunes médecins généralistes rencontré·e·s durant le cours de médecine observé se montrent étonnement peu renseigné·e·s à la fois sur : le fonctionnement de la contraception orale ; les différences entre les générations de pilules et leurs effets dits secondaires ; et le scandale relatif à l'ensemble de la méthode contraceptive la plus prescrite en France. Envisagés comme outils plus strictement médicaux en cours de médecine, mais appréhendés aussi au regard de discriminations dans les cours de maïeutique (telles que la grossophobie), les moyens contraceptifs sont donc des objets « versatiles » (Greco 2013) à travers les pratiques au sein desquelles ils sont mobilisés. À ce titre, la chapitre suivant se focalise sur les parcours contraceptifs des dix-sept interlocutrices.

CHAPITRE 5 – INTER-INFLUENCE DES PARCOURS CONTRACEPTIFS ET BIOGRAPHIQUES DES JEUNES FEMMES USAGÈRES

Les parcours contraceptifs sont inhérents aux parcours biographiques. Ce chapitre propose de rendre compte des parcours contraceptifs de dix-sept usagères ou anciennes usagères de pilule, de l'impact de ceux-ci sur leurs parcours biographiques et inversement (Bessin et Levilain 2012). Sur la base de leurs récits croisés, il s'agira de situer la place de la pilule à la fois dans leurs parcours contraceptifs mais aussi biographiques en rendant compte de la manière dont ces femmes les adaptent l'un par rapport à l'autre. Car si l'usage de la pilule fait partie intégrante du parcours contraceptif, il impacte également plus largement les parcours de vie. Aussi, les femmes usagères acquièrent, au fil de leur vie et de leurs expériences, des « compétences contraceptives », entendues comme « la capacité à prendre une contraception, dépendante des motivations et de la fiabilité des individu[·e·]s » et dont « l'acquisition supposée difficile » justifierait « le suivi médical, voire les limites parfois posées par le praticien au libre choix contraceptif » des femmes (Ventola 2014, p. 10).

Dans un premier temps, il s'agira d'explicitier les caractéristiques sociodémographiques de la population des usagères ; jeune, diplômée et dont l'orientation professionnelle est marquée, tout comme leurs mères, par des compétences liées au *care* ; afin d'optimiser l'appréhension des usages contraceptifs étudiés. Une deuxième grande partie exposera les principales étapes relatives à la gestion d'une pilule contraceptive. Après avoir exposé les données générales des parcours contraceptifs des usagères, le processus de choix contraceptif, de rangement, d'ingestion et d'achat²⁹⁰ de la contraception orale, ainsi que les difficultés rencontrées au cours de ces différentes étapes seront analysé·e·s. Dans une optique de comparaison entre les parcours contraceptifs des usagères et les pratiques médicales déclarées, des matériaux recueillis auprès des professionnel·le·s de santé seront mobilisés dans une moindre mesure en début de deuxième partie.

²⁹⁰ La sous-partie consacrée à l'achat de contraception orale, articulée à un passage du chapitre 8 dédié à l'implication des mères dans les parcours contraceptifs de leurs filles, fera l'objet d'une publication dans la revue à comité de lecture *Enfances, Familles, Générations*.

5.1 Profil des femmes usagères de contraception orale

5.1.1 Une diversité relative ? Des usagères jeunes et diplômées

Population jeune, apports empiriques

Les choix contraceptifs ne semblent pas dépendre uniquement des usagères. Souhaitant partir de « l'image du réel des intéressées » et non des « normes extérieures » (Herzlich 2005, p. 173), les usagères ont été les premières (re)sollicitées. Pour comprendre les pratiques contraceptives des jeunes femmes, il est nécessaire de prendre en considération « le contexte relationnel et sentimental » qui « les enserme » (Amsellem-Mainguy 2007, p. 282). La tranche d'âge 20-30 ans correspond à un moment particulier des parcours biographiques : l'entrée dans l'âge adulte, caractérisée par un passage des études à la vie professionnelle, et éventuellement à l'aspiration d'une relation dite stable (voire à un projet de parentalité), d'un passage du domicile parental au domicile personnel (néolocalité), pouvant impacter les parcours contraceptifs. Sans être l'unique facteur explicatif (Amsellem-Mainguy 2006), ce contexte est favorable à une implication significative des mères : « Eva c'est du type je vais t'appeler à 14h pour te dire : "oulala au fait ce soir il faut que je reprenne ma pilule ou demain matin et puis j'en ai pas donc est-ce que tu peux passer à la pharmacie ?" Voilà donc si tu veux quand elle vivait avec nous, ses ordonnances elle les avaient à la maison donc ça m'est arrivé régulièrement, plus souvent qu'elle, d'aller acheter la pilule », raconte Béatrice (mère d'Eva, 56 ans, ATSEM). C'est donc une période appréhendée comme propice aux changements, aux imprévus (Becquet et Bidart 2013 citées par Amsellem-Mainguy et Loncle-Moriceau 2015, p. 57), et à l'instabilité.

En outre, travailler auprès d'une population jeune permet de combler plusieurs vides empiriques. Du fait de la phase préconjugale qui la caractérise (Bajos et Bozon 2008), la jeunesse (sexuelle) est souvent abordée au prisme du « risque » (Amsellem-Mainguy et Vuattoux 2019) : d'IST, d'exposition aux GNP et à l'IVG, ou encore de précarité économique. En effet, les jeunes sont essentialisé·e·s et particularisé·e·s dans leur classe de sexe. La jeunesse sexuelle est donc décontextualisée, homogénéisée et ramenée à une expérience individuelle. La question des violences de genre est ainsi passée sous silence par les études et les professionnel·le·s de santé mobilisant une telle approche. La sexualité des jeunes est pensée comme spécifique, relevant d'enjeux différents de celle des adultes. Alors que la sexualité des adultes pourrait être perçue comme maîtrisée, celle des jeunes serait en miroir à contrôler, à protéger. Il s'agira donc de participer à la déconstruction de cette approche, la sexualité étant à comprendre dans un contexte social et politique particulier. Les jeunes témoignent

également de « capacités » de « résistance » face « aux effets de structure » (Loncle et al. 2015 cité·e·s par Amsellem-Mainguy et Loncle-Moriceau 2015, p. 64). Aussi, peu de données existent sur les premières consultations gynécologiques des femmes (Guyard 2010a). Ici, les interlocutrices étaient en mesure de raconter leur première consultation pour une contraception (pas nécessairement auprès d'un·e gynécologue d'ailleurs), laquelle eut même lieu au cours de l'enquête pour l'une d'entre elles (Emma).

Au fil des années, les expériences de vie et les discours de certaines d'entre elles ont considérablement évolué : elles ont pu changer de métier, conscientiser des violences médicales²⁹¹, passer de l'usage d'un moyen contraceptif médicalisé appréhendé comme non négociable à des rapports sexuels non protégés, comme l'illustre l'échange à suivre :

Cyrielle (manipulatrice en électroradiologie) : Y a eu un laps de temps où j'étais pas sous pilule et où j'étais avec lui. On se protégeait pas et, bon, je me disais bon là c'est pas ma période d'ovulation donc normalement ça devrait être bon. Et voilà y a pas eu de souci.

Leslie : Et vous pratiquiez une méthode naturelle au cas où, ou... ?

Cyrielle : Non. Ben pas spécialement [peur] tu vois. Je sais pas pourquoi, ça me posait pas de problème.

Leslie : C'est fou, je repense juste à tes anciens entretiens et ça a trop changé.

Cyrielle : Ben ouais. Et c'est vrai que je me suis pas dit : "putain non ça craint, vite reprendre la pilule". Et je lui avais dit à [Léo, son partenaire], je lui avais dit "je ne suis pas sous pilule, je ne prends rien", il le savait très bien. Mais je lui avais demandé s'il avait pas de souci de santé parce que comme il était allé voir ailleurs, moi c'est ça qui m'importait. À la limite, c'est con ce que je vais dire, enfin, de tomber enceinte c'est pas grave mais de choper une maladie ça m'aurait fait super chier. Parce que tomber enceinte c'est [Léo] et on aurait réfléchi et voilà, c'était pas gênant parce que je l'aime et c'est l'amour de ma vie donc si j'ai un enfant de lui, même un accident, c'est pas grave. Mais par contre si je chope une connerie là ouais ça m'aurait fait chier. Il m'avait dit : "non c'est bon t'inquiète, tout va bien". Donc au final je me suis pas pris la tête. Par contre j'attendais mes règles avec impatience tous les mois. (14 octobre 2016)

Durant les précédents entretiens (en 2014), Cyrielle déclarait ne jamais avoir pris « le risque » d'avoir des rapports sexuels non protégés. Deux ans plus tard, elle cumule les facteurs de « bonnes conditions » relatifs à la « norme procréative » : en étant en union stable, en ayant un emploi stable (Bajos et Ferrand 2006, p. 92) et en se rapprochant de « l'âge socialement requis » pour une première maternité (Le Van 2006). Son registre rhétorique autour de la notion « risque » a donc évolué, le risque de GNP

²⁹¹ Traitées dans le chapitre 7.

devenant acceptable. En l'opposant au risque d'IST renvoyant à l'adultère, celui de GNP devient valorisable à travers les critères de l'hétéronormativité, tel que l'union monogame durable et à des fins reproductives.

Les usagères portent d'ailleurs un regard réflexif sur ces évolutions. Laura (chargée de gestion immobilière) déclare : « C'est sûr quand tu m'as fait les premières interviews j'étais encore étudiante, le fait de travailler je pense que ça change complètement. Maintenant quand je suis avec certaines copines je vois un décalage. Je pense que je suis un peu plus mature » (3 juillet 2016). L'extrait de journal de terrain suivant permet le même constat :

3 juillet 2016

Les changements et évolutions sont particulièrement prégnant·e·s chez Laura, tant sur la forme que sur le fond des entretiens. Elle qui trouvait les premiers entretiens longs et difficiles, elle m'avait fait part à la fin du Master de son envie de revenir sur des points dont nous avons discuté. Elle ne manifeste plus de signes d'agacement durant un entretien de 2h et son parcours sentimental et contraceptif a considérablement évolué. Alors en couple et sous pilule depuis 6 ans lors de nos premiers entretiens, elle se dit aujourd'hui célibataire depuis un an et demi et a arrêté sa prise de pilule depuis un an. Durant cette année, elle a connu plusieurs partenaires et me décrit des relations brèves. Elle vit mal le célibat.

Pour ne citer que quelques autres exemples : Laura s'indignera également d'avoir considéré trop tard les rapports de pouvoir avec ses partenaires ; Élia, d'abord sceptique à l'utilité des entretiens, envisagera par la suite ces échanges comme une source d'information sur la contraception ; Cyrielle déclarera que sa prise de risque face à une GNP s'est accrue. Pour ces raisons, les informations (leur activité par exemple) qui accompagnent les *verbatim* peuvent changer pour une même interlocutrice d'une citation d'entretien à une autre, afin de (re)contextualiser leurs propos.

Dans une optique de « faire avec les enquêté[e]s » (Coquard 2016, p. 439)²⁹², les jeunes femmes pouvaient commenter des extraits de leurs anciens entretiens ou être confrontées aux analyses. Il peut s'agir de partager un point de vue « sociologisant » au gré de conversations et de s'exposer à la contradiction en suscitant le débat permettant ainsi d'identifier les solidarités et les rapports de force (*Ibid.*, p. 104). Dans sa thèse sur les appartenances et respectabilités populaires en milieu rural, Benoit

²⁹² Un grand merci à Benoit Coquard qui a accepté de me fournir sa thèse dans une version non diffusable car en projet de publication.

Coquard (Schwartz 2012 cité par *Ibid.*, p. 115) donne l'exemple d'Éric, un enquêté arguant : « "Moi aussi, je peux être un chef", [...] comme pour achever cette démonstration d'une conscience triangulaire du monde social ». On peut ici faire le parallèle avec les paroles d'Elia, recueillies dans le cadre de cette thèse, et qui concernent la différence de salaire au sein de son couple : « c'est moi qui gagne le plus, c'est moi l'homme », argue-t-elle, indiquant la transgression d'une norme de genre. Les enquêtée·e·s peuvent, de toute façon, reprocher aux chercheur·e·s de ne jamais dire ce qu'ils pensent et lui demander de se positionner, quitte à ce que cela amène à une confrontation, car « être ami[e] de tou[te]s n'est pas une position tenable » (Coquard 2016, p. 105). Les interlocutrices pouvaient alors retourner les questions : « Et toi, tu prends quoi comme contraception ? Qu'est-ce que tu penses de la pilule ? »

Pilules « en crise » à destination des plus diplômées

Les usagères diplômées sont les plus concernées par l'utilisation de pilules de troisième ou quatrième génération (Bajos et al. 2004), à l'origine de « la crise » de la contraception orale. Le diplôme est alors apparu comme un critère de recrutement supplémentaire. Les cinq plus diplômées (bac +5) ont toutes un Master en sciences sociales (sciences de l'éducation, anthropologie, communication, géographie). Les sept diplômées d'un niveau bac +3 se concentrent dans les domaines du commerce, des services et du (para)médical (Bachelor en management ; bac pro services ; licence en alternance banque, assurance et finances ; diplôme d'État d'infirmières ; de manipulatrice en électroradiologie). Les cinq interlocutrices disposant d'un niveau bac +2 semblent également évoluer dans le domaine des services (BTS dans le domaine de l'immobilier ; de l'administration ; et du social et du familial ; diplôme d'État d'assistante en service social ; et en gestion).

Si le fait qu'elles soient toutes diplômées fait des interlocutrices une population privilégiée dans l'usage des pilules de dernières générations, toutes n'ont pas pour autant le même rapport à la contraception. Le facteur de l'orientation scolaire semble alors être davantage significatif que le niveau d'étude, comme le montrera la suite du chapitre, notamment dans la manière de chercher de l'information sur la contraception.

5.1.2 Des caractéristiques majoritaires au regard des données locales et nationales

Des usagères jeunes dans une ville jeune

Dans le cadre d'un protocole de recherche de type qualitatif, une population d'enquête n'a pas nécessairement vocation à être représentative d'un échantillon plus large de population (Beaud et Weber 2003, p. 156; Kaufmann et Singly 2011, p. 41). Néanmoins, compte tenu de la composition de la population locale et nationale, les jeunes femmes rencontrées se retrouvent dans la population majoritaire selon différents critères (d'âges et de niveaux de diplômes). Le terrain est mené en région toulousaine et il apparaît que les caractéristiques des interlocutrices se rapprochent de celles des résidant·e·s de Toulouse. Un tiers de la population de cette ville est composé de personnes âgées de 15 à 29 ans, comme le montre la figure ci-dessous.

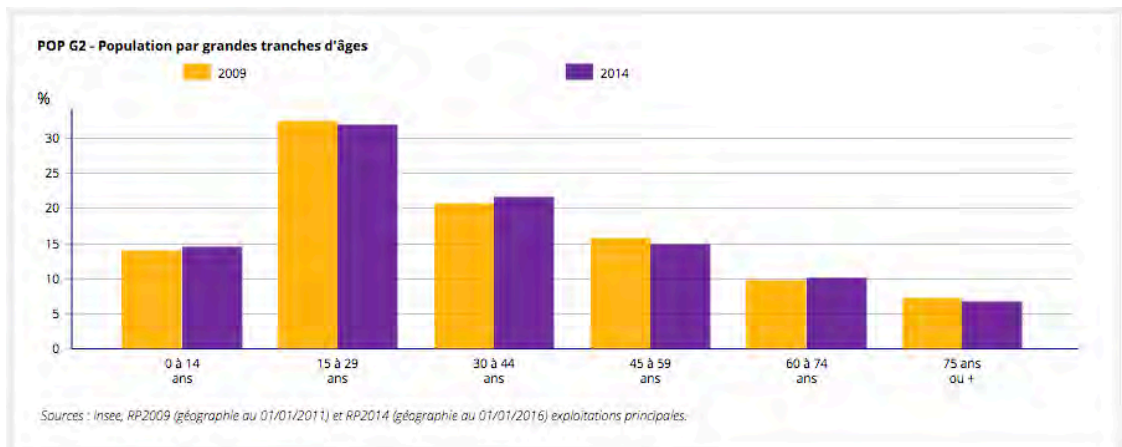


Figure 20 - Population toulousaine par tranches d'âge

La majorité (10) des interlocutrices réside toujours à Toulouse. Pour ce qui est des sept autres, elles ont déménagé : Angélique vivait en périphérie urbaine de Toulouse (à Colomiers) puis est partie s'installer à Marseille. Emma vit en périphérie rurale de Toulouse (< 1500 habitant·e·s). Trois autres usagères vivent dans des villes moyennes de la région toulousaine : Camille a quitté Toulouse pour Agen (dans le cadre de sa maternité), Fanny a quitté Toulouse pour Montauban (pour ses études) et Éva a quitté Montauban pour Albi (pour ses études et pour le travail de son conjoint). Elia, quant à elle, a quitté Toulouse pour une commune proche de Montauban (< 4000 habitant·e·s). Enfin, Manon a quitté Toulouse pour Aix en Provence (pour ses études et celles de son conjoint).

À l'image des PCS des femmes en France : des employées en charge du care et dans le domaine des services

Les jeunes femmes rencontrées et ayant participé pendant plusieurs années à l'enquête terminent ou ont terminé leurs études et connaissent ou ont connu une période de transition (ou de chevauchement) entre les études et l'exercice d'une profession. Toutes celles qui sont en poste sont employées, à l'image de la majorité des femmes actives en France et particulièrement des 15-24 ans (14,4 %) et des 25-54 ans (25,1 %), comme le montre la figure ci-après.

POP T6 - Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle en 2016

	Hommes	Femmes	Part en % de la population âgée de		
			15 à 24 ans	25 à 54 ans	55 ans ou +
Ensemble	25 910 122	28 333 126	100,0	100,0	100,0
Agriculteurs exploitants	324 554	114 371	0,1	1,1	0,7
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 360 179	553 759	0,7	5,6	2,1
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2 926 833	2 086 132	2,0	15,4	4,4
Professions intermédiaires	3 524 885	4 126 944	7,8	23,4	5,2
Employés	2 197 793	6 670 317	14,4	25,1	6,4
Ouvriers	5 403 417	1 304 853	12,1	19,0	4,4
Retraités	6 576 604	8 023 668	0,0	0,3	69,4
Autres personnes sans activité professionnelle	3 595 857	5 453 083	63,0	10,1	7,4

Source : Insee, RP2016 exploitation complémentaire, géographie au 01/01/2019.

Figure 21 - Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et PCS en France en 2016

L'écrasante majorité de leurs professions s'inscrit dans le domaine des services au sein duquel elles exercent des missions liées au *care*. Cinq des usagères sont employées et en CDI²⁹³ (infirmière, gestionnaire de communication, technicienne en gestion du personnel, attachée commerciale et conseillère en vente). Une est employée et en CDD²⁹⁴ en tant qu'assistante de gestion. Trois sont en contrat de stage dans le cadre de leurs études (infirmière, manipulatrice en électroradiologie et conseillère en insertion professionnelle). Cinq travaillent pour financer leurs études (en tant que baby-sitter ou surveillante en lycée) et une travaille (en alternance) dans le cadre de celles-ci. Enfin, deux autres sont sans emploi : une est au chômage et l'autre est étudiante.

²⁹³ Contrat à durée indéterminée.

²⁹⁴ Contrat à durée déterminée.

Si parmi les dix-sept jeunes femmes ayant accepté de participer de manière réitérée à l'enquête²⁹⁵, la majorité semble être issue de PCS d'employées et de professions intermédiaires, on note la tendance aux PCS supérieures est nettement plus présente pour les professions de leurs pères que de leurs mères. En effet, sept d'entre elles ont un père exerçant une profession intermédiaire et six autres ont un père affilié à la catégorie des cadres et des professions intellectuelles supérieures. Aucune des mères n'entrent dans cette dernière catégorie avec une majorité non salariée (8, dont au moins une ancienne employée, deux mères au foyer, une étudiante) et d'employées (5). Chez les mères également, les professions relèvent du domaine des services impliquant des tâches de *care* comme on le voit pour celles non salariées, mais aussi chez les employées puisque deux sont secrétaires, une est ATSEM, une est aide-soignante et une autre est assistante familiale.

Globalement, tout comme à l'échelle nationale et européenne, mères et filles sont donc impactées par une ségrégation verticale et horizontale dans leurs secteurs d'activités. Pour les usagères, la première pourrait être à relativiser du fait de leur entrée récente sur le marché du travail allant de pair avec une faible possibilité d'entrer directement sur un poste situé en haut de la hiérarchie professionnelle. Pourtant, cette explication ne peut s'appliquer aux mères qui ont nécessairement une carrière professionnelle plus longue et qui se voient impactées par le plafond de verre avec une position relativement basse dans la hiérarchie. Notamment chargées d'affaires sociales et affiliées aux domaines de la solidarité, du relationnel et de la famille, l'ensemble des femmes interviewées (mères et filles) exercent des métiers peu valorisés socialement et financièrement. Dans ces corps de métiers largement féminisés, les compétences sont naturalisées, reléguées au rang de qualités (comme le don de soi, la douceur, la sensibilité, l'écoute, ou encore le souci de l'autre) impliquant nécessairement une part de travail gratuit et invisibilisé (Blanchard, Le Feuvre et Metso 2009; Bothfeld 2009). Les travailleuses sont d'abord renvoyées à leur classe de sexe (Sourd 2005) et sont donc considérées comme femmes avant d'être, en l'occurrence ici, employées. En organisant notamment leur carrière professionnelle selon les obligations de la sphère familiale, les femmes sont également plus touchées par le temps partiel et le chômage de longue durée. En réalité, cette ségrégation sexuée est à l'œuvre dès l'orientation scolaire puisque les femmes sont sous-représentées dans les filières techniques et dans les filières permettant d'accéder aux postes de responsables du monde économique (Blanchard, Le Feuvre et Metso 2009; Bothfeld 2009).

²⁹⁵ Un tableau récapitulatif des jeunes femmes suivies est disponible en annexes.

Leur attrait socialement construit pour les activités liées au don de soi et au prendre soin se retrouve également dans leurs engagements et revendications politiques. Les usagères sont globalement peu politisées²⁹⁶. Deux indiquent ouvertement « se foutre » des questions politiques. Deux autres sont identifiables comme issues de familles situées plutôt à droite de l'échiquier politique et sont peu politisées. Trois se déclarent de gauche. Parmi les dix plus politisées, quatre sont sensibilisées au féminisme ou à l'antiracisme, dont une est engagée dans un festival de cinémas indiens. Enfin, six sont particulièrement animées par les questions environnementales et relatives aux droits des animaux, dont une est engagée dans une AMAP²⁹⁷ et une autre est bénévole dans un groupe de paniers solidaires. Les frontières entre ces classifications sont bien sûr poreuses et l'appartenance à l'une d'entre elles n'est pas exclusive (d'où le total de 19 usagères au lieu de 17 si l'on additionne ici les différentes sensibilités mentionnées). En étant diplômées et en manifestant un degré variable de politisation, les jeunes femmes semblent socialement disposées à pourvoir contester l'autorité, notamment médicale.

5.2 Des parcours contraceptifs normés

L'analyse des matériaux a principalement été réalisée par codifications thématiques. Au fur et à mesure des entretiens, les informations recueillies sur les parcours de vie des usagères étaient disposées dans un tableau²⁹⁸ organisé selon différentes variables. Trois grandes sections le composent : les parcours contraceptifs des usagères, les parcours spécifiques relatifs à la contraception orale, et les situations relationnelles. La section des parcours contraceptifs renseigne sur la chronologie des usages des différentes méthodes, les expériences éventuelles de rapports non protégés, de recours à la contraception d'urgence et à l'IVG, d'utilisation de test(s) de grossesse, de vécus de grossesse(s), de réalisation de test(s) VIH. La section consacrée à la contraception orale indique le nombre, les noms et les générations des pilules utilisées, le contexte de la première prise, la personne initiatrice, les périodes d'arrêt et leurs raisons, la durée de prises cumulée, les types d'usage (contraceptif ou médical),

²⁹⁶ Être politisé·e s'entend ici non pas comme le fait d'avoir reçu une formation politique professionnelle mais comme le fait de reconnaître une dimension politique aux faits sociaux. À ce sujet, pour deux interlocutrices trop peu d'éléments recueillis ne permettent d'affirmer quoi que ce soit.

²⁹⁷ Association pour le maintien d'une agriculture paysanne.

²⁹⁸ Un tableau récapitulatif synthétisé présentant les parcours contraceptifs des usagères est disponible en annexes.

la fréquence des oublis. Enfin, la section présentant les situations relationnelles permet un suivi de l'évolution du statut conjugal. La durée des relations, l'expérience de rupture(s), la cohabitation et l'absence de partenaire y sont renseignées.

5.2.1 Parcours généraux

Aucune usagère suivie n'envisage sa vie sans enfant. Sans compter les trois interviewées déjà mères²⁹⁹, neuf souhaitent *a minima* avoir des enfants voire envisagent la maternité comme centrale dans leur vie. Deux autres pensent à l'adoption : Ana, qui peut avoir des difficultés à procréer (à cause de kystes ovariens) et Aurore, après une éventuelle première maternité. Éva, Manon et Rosa semblent les moins attachées à la maternité bien qu'elles l'envisagent tout de même. Elles font donc toutes partie de l'écrasante majorité de femmes en France qui ne veulent pas/plus d'enfant dans l'immédiat et se contraceptent pour cela.

Les dix-sept usagères entrent dans le schéma du parcours contraceptif normé : elles ont débuté leur vie sexuelle par le préservatif (avec un premier/nouveau partenaire sexuel) et une pilule (parfois le retrait), en les combinant pour treize d'entre elles. L'utilisation du préservatif est à nouveau mobilisée soit avec un nouveau partenaire soit au moment d'un changement de moyen de contraception (par exemple : entre deux pilules, durant une période d'arrêt de pilule, avant de passer à l'utilisation d'un DIU). Dix ont déjà fait un ou plusieurs test(s) VIH. Cinq ont déjà utilisé un DIU, dont trois sont primipares. Deux sont par la suite revenues à un usage de contraception orale. Neuf d'entre elles ont intégré une méthode dite naturelle ou traditionnelle (la plupart du temps le retrait) à leur parcours contraceptif, parmi lesquelles la majorité (5) déclare avoir déjà eu des rapports sexuels non protégés (sur 8 en tout quel que soit le parcours contraceptif). Excepté Ambre, les usagères concernées ne considèrent pas la méthode dite naturelle qu'elles emploient comme un moyen de contraception à part entière.

La moitié d'entre elles (9) ont déjà utilisé une contraception d'urgence, parmi lesquelles sept ont déjà utilisé le retrait comme méthode de contraception. Le chapitre s'attardera plus en aval sur les raisons de ce recours et de son lien ou non avec la méthode employée. Deux usagères ont eu recours à une IVG. L'une d'entre elle, Dévi, déclare s'être toujours protégée mais a eu affaire à un craquage de préservatif. L'autre jeune femme concernée, Elia, fait partie de celles ayant déclaré avoir des rapports non protégés mais a eu recours à une IVG à la suite d'un retard de prise de pilule trop

²⁹⁹ Camille et Vaani ont toutes deux un fils d'environ trois ans et Lisa a une fille de quelques mois. Vaani et Lisa projettent d'avoir un second enfant.

important. Deux usagères, Camille et Lisa, sont tombées enceintes lors d'un changement de pilule et ont mené leur grossesse à terme.

Sur les dix-sept jeunes femmes participant à cette recherche, douze ont déjà fait un test de grossesse, parmi lesquelles quatre y ont recours deux, voire trois fois et deux autres y ont recours entre trois et cinq fois. Elles invoquent quatre raisons principales qui par ordre croissant de récurrence sont : un craquage de préservatif, suite au recours au retrait, suite à un retard de saignements sous pilule, pour se rassurer et ne pas avoir à attendre les prochains saignements, même si une contraception a été utilisée.

Ces points seront détaillés au cours du chapitre.

5.2.2 Usages de contraception orale en période d'instabilité biographique

Données générales

Concernant plus précisément la contraception orale, les âges de première prise varient de 13 à 23 ans. En moyenne, les interlocutrices ont commencé à prendre une pilule à 17,7 ans (17 ans pour l'âge médian). Les durées de prise (cumulées s'il y a eu un ou des arrêt·s) varient d'un à dix ans ; la moyenne et le chiffre médian étant de cinq ans. Seulement trois usagères n'ont utilisé qu'une seule pilule, mais, d'une part, la durée de prise n'atteint qu'un an et, d'autre part, il s'agit d'une pilule de deuxième génération pour deux d'entre elles (l'autre est une troisième génération). Six ont utilisé deux pilules. Six autres en ont utilisé trois. Deux, avec une expérience de cinq ans de prise, en ont utilisé entre quatre et cinq. Les chances d'utiliser plusieurs pilules augmentent donc avec la durée de prise.

Treize ont connu une période d'arrêt de pilule dont les quatre s'étant tournées vers le DIU. Pour les autres, l'arrêt a duré entre six mois et un an et demi, la principale raison étant l'absence de relation dite stable. Quatre jeunes femmes ont arrêté la prise de leur pilule car celle-ci avait été soit dé-remboursée soit retirée du marché des suites du scandale médiatique (le chapitre 10 traitera d'ailleurs des reconfigurations des parcours contraceptifs suite à « la crise »). Trois d'entre elles³⁰⁰ l'ont vécu comme un changement contraint, dont deux ont alors subi des effets indésirables (comme l'acné) suite à cet arrêt.

Outre l'absence de relation dite stable, les motivations aux arrêts ou aux changements de pilules sont multiples et non exclusives. Par exemple, Ambre (étudiante en anthropologie) souhaite délaissier le fonctionnement hormonal et opter

³⁰⁰ La quatrième usagère avait pris un rendez-vous gynécologique car elle avait perdu une ordonnance de pilule et ce rendez-vous a été l'occasion de se tourner vers une pilule remboursée.

pour une méthode lui permettant de comprendre son corps. Par ailleurs, elle mentionne aussi la contrainte de l'usage quotidien de la pilule, et dans une moindre mesure, son impact néfaste sur l'environnement. Plus généralement, il peut s'agir d'une volonté d'avoir une pilule remboursée, de fuir des effets indésirables (pieds enflés pour Ana, acné pour au moins trois d'entre elles et parfois provoqué par une précédente pilule, mal aux ovaires ou à la poitrine, trop de sucre dans le sang, dépression ou changements d'humeurs pour au moins deux d'entre elles, cholestérol, saignements quasi permanents pour deux d'entre elles), d'une volonté de changer de moyen de contraception suite au scandale des pilules pour deux d'entre elles, d'une grossesse, de voyages, d'un arrêt du traitement Roaccutane[®], d'un recours à un *bypass*³⁰¹ gastrique, ou encore d'une consommation de trop nombreux médicaments. Neuf interlocutrices, soit la moitié, ont commencé à prendre une pilule avant d'avoir des rapports sexuels soit en prévention de ces derniers ou pour diminuer l'acné. Pour deux d'entre elles, la raison est uniquement médicale : Emma a du « obligatoirement » prendre une pilule dans le cadre du traitement Roaccutane[®] et Fanny a été mise sous pilule (deux comprimés quotidiens) dès l'âge de 13 ans pour cause de règles hémorragiques. Les huit autres ont commencé à utiliser une pilule dans le cadre de leur première relation dite stable. Finalement, seulement l'autre moitié d'entre elles utilise une pilule pour un usage strictement contraceptif. Sept autres l'utilisent également contre l'acné, dont trois également pour réguler leurs menstruations. La moitié des usagères (9) sont passées de pilule(s) de dernières générations à une ou des pilules de deuxième génération. Quatre n'ont toujours utilisé que des pilules de deuxième génération. Laura est la seule à réutiliser une pilule de troisième génération (contre l'acné) après être passée d'une troisième génération à une deuxième génération. Trois n'ont pas su m'indiquer le nom et la génération de leur(s) pilule(s). Sans compter les pilules dont les usagères ne se souviennent pas le nom (11 sur 43 déclarées), elles ont utilisé seulement 14 marques différentes (sur une centaine disponibles) dont six de 2G et huit de 3 et 4G. La pilule LeelooGé[®] (2G) est la plus présente dans les parcours contraceptifs étudiés, elle a été prescrite neuf fois et représente donc près d'un quart des prescriptions des interlocutrices, et pour cause, il s'agit de la pilule la moins thrombogène, dont l'augmentation de recours a été montrée par les études FECOND (Rouzaud-Cornabas 2019, p. 337). La deuxième pilule la plus prescrite (cinq fois) est Diane 35[®], disposant en réalité d'une AMM en tant que traitement anti acnéique et associé, par sa composition, aux pilules de troisième

³⁰¹ Opération chirurgicale réalisée en cas d'obésité et réduisant le volume de l'estomac. Le *bypass* diminue de moitié l'absorption de la pilule par le corps. Cependant, l'idée selon laquelle l'indice de masse corporelle influencerait sur l'efficacité d'une méthode hormonale est fautive (Rouzaud-Cornabas 2019, p. 385).

génération. Tout comme LeelooGé[®], c'est à nouveau une pilule de deuxième génération qui est la troisième plus prescrite (quatre fois) : LudéalGé[®]. Toutes trois sont issues de trois laboratoires pharmaceutiques européens : Theramex-Teva (Grande-Bretagne), Bayer (Allemagne) et Pierre Fabre médicament (France). La figure ci-dessous résume et permet de visualiser les informations relatives au trio de pilules les plus prescrites chez les interlocutrices.



Figure 22 - Schéma du trio de pilules les plus prescrites chez les interlocutrices

Trois autres pilules ont été prescrites chacune deux fois : LovavuloGé[®] (2G), DésobelGé[®] (3G) et Jasmine[®]/Jasminelle[®] (4G). Enfin, huit pilules ont été prescrites une seule fois, dont une de 4G (Belara[®]), quatre de 3G (Efezial[®], Mercilon[®], Triafémi[®] et Varnoline[®]) et trois de 2G (Adepal[®], DailyGé[®], Microval[®]).

Il semble ici pertinent de faire le parallèle avec les pilules déclarées prescrites et vendues par les praticien·ne·s interrogé·e·s. Les pharmaciennes et vendeuses en pharmacie rencontrées déclarent délivrer des pilules quotidiennement et citent, tout comme les jeunes femmes usagères, LeelooGé[®] (2G) comme la pilule qu'elles délivrent le plus : jusqu'à une dizaine par jour selon l'une d'entre elles. Parmi les pilules prescrites aux usagères, les professionnelles déclarent également délivrer régulièrement la pilule Jasminelle[®] (4G). Elles mentionnent aussi Trinordiol[®] (2G), Outilova[®] (2G) et, de manière générale, celles qui sont remboursées. Parallèlement, elles constatent une « nette baisse » de prescriptions des pilules de 3G au profit des plus anciennes (2G). En entretiens, les gynécologues déclarent effectivement prescrire les pilules mentionnées par les usagères : LeelooGé[®], LudéalGé[®], Adépal[®], Outilova[®], Microval[®] pour les 2G et Jasminelle[®], une 4G. Quelques autres pilules sont également

mentionnées : Yazze[®], Cérazette[®], Méliane[®], Triaphémie[®] pour les 3 et 4G et Optidril[®], une 2G. En revanche, Diane 35[®], qui n'a pas l'AMM en tant que contraceptif mais qui se classe pourtant deuxième dans le trio de pilules les plus prescrites aux interlocutrices, n'est pas citée. Ces déclarations concordent avec les prescriptions observées : une gynécologue en clinique prescrit LudéalGé[®], Leeloo[®], Adépal[®], Microval[®], Optilova[®], Optidril[®] pour les 2G et Méliane[®], Yazze[®], Jasminelle[®], Triaphémie[®] et deux fois Cérazette[®] pour les 3G (auxquelles s'ajoute Désogestrel[®], une 3G non citée par les jeunes femmes usagères suivies). Parmi les pilules non mentionnées par les usagères, Minidril[®] (2G) a été prescrite par un médecin généraliste travaillant en hôpital.

Les jeunes femmes se voient parfois délivrer une pilule équivalente (un générique) à celle dont le nom apparaît sur l'ordonnance. Déstabilisées, elles sont alors amenées à réajuster leurs connaissances en la matière et leur perception du risque sanitaire :

« [...] quand je suis allée chercher avec ma prescription de LeelooGé[®] et qu'elle m'a donné ça, le nouveau, le dernier, moi j'ai dit : "non en fait c'est pas ça que je pends", elle m'a dit "c'est la même chose", je sais pas est-ce que c'est vraiment vraiment la même chose ; elle me dit "oui c'est juste que c'est un laboratoire différent". Bon ben ok. De toute façon il fallait que je commence, c'était dimanche. C'était pas top, j'ai pas trop aimé. D'habitude tout le temps je l'ai et après oui y a des endroits où on peut pas avoir la même chose. Ça doit être la même chose, ça doit rien changer, mais c'est jute le fait de prendre quelque chose de différent ça fait bizarre un peu. Je me dis que si c'est pas pareil, ça change quelque chose [en termes d'hormones elle suppose], c'est pas bon. » (Dévi, usagère de pilule, 14 novembre 2016)

« [...] la pharmacienne [...] a été super sympa parce que vu que c'est la première fois que je prenais un générique elle m'a conseillé pendant dix minutes, un quart d'heure. Elle m'a dit : "honnêtement on le vend et on le vend bien. Y'a pas eu de problème, vous devriez essayer". Elle a été super rassurante. D'ailleurs je l'ai achetée. Elle m'a vraiment bien conseillée. Elle m'a convaincue. » (Rosa, usagère de pilule, 4 février 2018)

Au-delà du changement du nom de la pilule, les usagères évaluent (selon une perception hiérarchisée des propos des professionnel·le·s) la parole des vendeuses/pharmaciennes au regard de celle des médecins et peuvent être perturbées dans leurs parcours contraceptifs face à des avis divergents, voire des consignes contradictoires :

« Au cabinet, elle [la médecin] m'a dit que je pouvais la prendre le premier jour de mes règles et juste après les règles pas besoin d'un préservatif ou de se retirer. Alors

que la pharmacienne m'a dit qu'il fallait attendre un mois. Bref, ça m'a chamboulé le cerveau et j'ai fait comme bon me semblait, et du coup après mes règles je protégeais pas avec un préservatif. Et c'est comme ça que au bout du mois de janvier j'ai commencé à avoir des doutes. D'où le test [de grossesse], exactement. Je me suis dit j'aurais peut-être dû écouter la pharmacienne, bon elle ça la regarde pas, c'est plus le médecin qui connaît, j'écoute le médecin. » (Rosa, usagère de pilule, 4 février 2018)

Néanmoins, quand le personnel de pharmacie se livre à des conseils, ce sont les médecins qui sont érigé·e·s en expert·e·s. L'avis des médecins intervient avant le moment de la délivrance, avant même la prescription, au moment du choix contraceptif, qui semble d'ailleurs relatif au vu de l'intervention des divers·e·s actrices·acteurs qu'il implique.

Choix relatif, émancipation compromise

Le choix contraceptif individuel est relatif. L'utilisation de pilules n'est pas toujours le résultat d'un choix personnel. Parmi les dix-sept jeunes femmes, seules quatre affirment que l'idée d'utiliser une pilule est principalement (sans pour autant l'être exclusivement) la leur. Trois autres affirment que l'idée vient d'elles-mêmes et d'une autre personne : une copine pour Lisa et des médecins pour Vaani et Rosa. Un·e professionnel·le de santé représente l'unique personne initiatrice pour trois autres usagères (Dévi, Emma, Fanny), à chaque fois dans un cadre de (re)médicalisation jugée nécessaire.

Pour trois autres (Ambre, Eva, Manon), l'idée de prendre une première pilule est celle d'un (ex) partenaire, toujours dans le cadre de l'une des (voire la) premières relations dites stables.

Enfin, les mères apparaissent comme les personnes initiatrices déclarées le plus fréquemment comme exclusives (sans qu'aucune autre personne ne soit identifiée) : pour quatre des cinq usagères qui les ont mentionnées (Ambre mentionne à la fois un·e médecin et sa mère). Les mères auraient alors un rôle d'initiatrices dans le parcours contraceptif de leur fille, notamment dans le cadre de leur première prise de pilule, comme l'illustrent les extraits d'entretiens suivants :

« D'entrée c'était plus la pilule qu'il [le gynécologue] donnait au départ [...] puis par la suite tu verras si ça te convient, si ça te convient pas.

[...] je pense que c'est plus moi [qui a suggéré la pilule à sa fille] parce que moi je prenais la pilule étant jeune donc j'ai jamais eu de tracas. » (Yvonne, mère d'Andréa, 63 ans, manutentionnaire retraitée)

« Pas trop [le choix d'un autre moyen de contraception], non. [...] Les médecins, quand tu dis : "je voudrais un moyen de contraception pour ma fille", ils te proposent

la pilule, ils te proposent pas autre chose. » (Christine, mère de Laura, 51 ans, fonctionnaire)

De surcroît, il semblerait que, paradoxalement, les mères suggèrent la pilule à leurs filles y compris lorsque ce moyen de contraception fut une expérience négative pour elles-mêmes³⁰² :

« Ben écoute je trouve pas que la pilule ça soit super génial. Bon après est-ce qu'il existe autre chose... » (Béatrice, mère d'Eva, 56 ans, ATSEM)

« Moi mon expérience de pilule elle a pas été très bonne, donc... [...] Je lui avais dit que moi la pilule elle m'avait bloquée, j'arrivais pas à avoir d'enfant. [...] Il m'a fallu un moment pour que ça revienne. [...] c'est pas parce que moi ça m'a fait ça, que ça va faire pareil à Laura [...] Je l'ai prise jusqu'à que je décide de tomber enceinte donc je l'ai prise jusqu'à 20 ans, non jusqu'à 22 ans et j'avais pas de règles, j'avais plus rien donc il a fallu qu'on me déclenche les règles, j'avais plus non plus d'ovulation, j'avais plus rien. Pendant deux ans ça m'a duré [...] Donc pendant deux ans je me suis retrouvée à me déclencher les règles et sans l'ovulation. [...] Puis un jour ça a marché. Comme c'était parti, c'est revenu. L'effet de la pilule a du s'arrêter mais deux ans c'est long quand même. » (Christine, mère de Laura, 51 ans, fonctionnaire)

Dans l'écrasante majorité des cas (pour 13 d'entre elles) le choix de la pilule comme moyen de contraception n'est donc pas un choix strictement individuel. Elles ont donc objectivé le fait qu'elles ne soient pas seules à l'initiative de cet usage contraceptif. Or, une prise de pilules a plus de chance d'être vécue comme émancipatrice si elle résulte d'une décision individuelle (Desjeux 2008). Les usagères semblent contrebalancer cette situation en s'appropriant la gestion de la contraception orale au quotidien, notamment son rangement et le moment de son ingestion.

De la salle de bain au sac à main : ranger la contraception orale, selon les mobilités biographiques

Les entretiens avaient parfois lieu chez moi, notamment pour des raisons pratiques : lorsque la jeune femme était au centre de Toulouse pour plusieurs jours ; s'il n'y avait pas la possibilité de se retrouver seules au domicile de l'interviewée (par exemple si elle habite chez ses parent·e·s). Plus rarement, il est arrivé de se retrouver dans un café (une fois), chez un conjoint (une fois), chez une mère (une fois) ou au téléphone (deux fois). Finalement, les entretiens avaient majoritairement lieu au domicile des jeunes femmes usagères, notamment pour pouvoir réaliser des « parcours

³⁰² Alors qu'une expérience similaire des mères avec le DIU l'exclura des moyens envisagés par les filles, comme le montrera le chapitre 8.

commentés » (Bertaux 1997, p. 8) au moment d'aborder l'item du rangement de leur(s) moyen(s) contraceptif(s). À l'image de « l'itinéraire d'un préservatif » reconstitué par Cyril Desjeux (de son achat à la parapharmacie à la poubelle de la cuisine de son propriétaire) et des stratégies de visibilité que cela traduit (Desjeux 2009a, p. 397-403), cette méthode consiste en des récits de pratiques en situation : les interlocutrices montrent ce dont elles sont en train de parler, ici le rangement de leurs plaquettes de pilules. En entretien, la présence physique du médicament favorise la discussion (Fainzang 2003, p. 144; Fisher, Grove et Langlands 2016). Le lieu de rangement des médicaments peut renseigner sur le rapport au corps, le rapport à l'espace domestique et au collectif, l'importance accordée au médicament en question ou encore sa fonctionnalité (Fainzang 2003). Par exemple, dans le cadre d'une prise de pilule dans le secret (pour deux d'entre elles), il y a peu de chance pour que l'usagère la range dans un endroit à usage collectif. De façon complémentaire, le parcours commenté combine méthode d'entretien et méthode d'observation et peut mettre au jour des décalages entre les discours et les pratiques, comme l'illustre la réponse de Laura à la question « où est-ce que tu ranges la plaquette de pilule en cours d'utilisation et le reste des plaquettes non entamées ? » :

« Dans mon porte-monnaie [...] tu fais bien de m'y faire penser [je lui demande de me montrer où elle la range] [...] où elle est ma pilule ? [...] Ah elle est là [...] dans mon sac [...] C'est parce que je suis assez fainasse, j'ai dû oublié de la remettre [dans le porte-monnaie] »

[Et la plaquette non entamée ?] Ah mais elle est rangée dans mon placard [...] [Nous nous déplaçons dans l'appartement :] Ah mais non elle est là [dans les médicaments à la salle de bain, bien qu'elle ne la trouve pas là non plus...] (Laura, chargée de gestion immobilière, 27 février 2014)

De même, l'ordonnance d'Elia (infirmière) indique le nom d'une femme médecin alors qu'elle présentait en entretien un homme comme principal prescripteur. Elle indique alors : « Oui parce que j'ai des problèmes avec mon médecin traitant que je ne supporte pas et du coup j'ai été voir un autre médecin pour changer de médecin » (20 septembre 2016). Le parcours commenté étant intégré à l'entretien, les usagères n'envisageaient pas devoir se déplacer d'une pièce à une autre durant les échanges. Si cela a l'avantage méthodologique de mettre au jour les décalages décrits plus haut et donc que les usagères ne modifient pas leurs pratiques en prévision de l'entretien, cela pose la question de l'inattendu et de l'intrusion. En effet, les interlocutrices n'avaient pas prévu d'ouvrir certaines pièces de leur domicile pour l'enquête et le moment du parcours commenté réservait aussi des surprises pour la chercheuse : « Je m'aperçois en plein milieu de l'entretien que son conjoint est en fait présent dans l'appartement, dans le bureau, au moment où Dévi m'ouvre la porte pour que j'aie faire une photo

du rangement de ses plaquettes de pilules » (extrait de journal de terrain, 14 novembre 2016). Dévi prendra d'ailleurs soin de retourner le chéquier et le carnet de santé du chien, entreposés dans le même tiroir que la plaquette prise en photo (cf. figure ci-après).

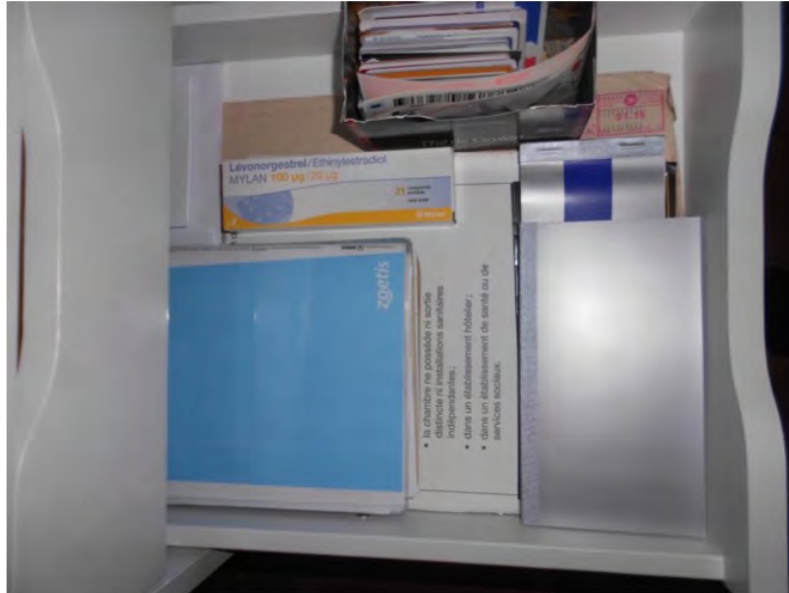


Figure 23 - Plaquette non entamée de Dévi, rangée dans le tiroir du bureau (photo personnelle)

L'échange suivant avec Cyrielle (manipulatrice en électroradiologie) témoigne également de cet inattendu :

Leslie : Et ça t'embête de me montrer...

Cyrielle [elle me coupe] : où est-ce qu'elle est ?

[Je lui demande si je peux prendre mon appareil photo]

Cyrielle : Bon c'est pas rangé du coup c'est la honte quand même [rire]. Attends, tu m'accordes de ranger un petit peu.

(14 octobre 2016)

Le choix du lieu de rangement de la plaquette de pilule en cours d'utilisation doit permettre de penser à prendre la pilule. Le lieu est choisi selon une fonctionnalité majeure : celle de pense-bête. Ainsi, selon les explications des usagères, les principaux critères du lieu de rangement sont que la plaquette doit être « à la vue » ou puisse être associée à un geste quotidien. La plaquette de Manon est exposée sur un meuble du salon « à hauteur d'yeux » selon ses dires, pour y penser. Celle d'Andréa est dans le tiroir de la table basse du salon, lequel lui sert de pense-bête visuel lorsqu'elle s'installe

dans le canapé le soir. Selon les usagères, la plaquette peut aussi être à côté de la brosse à dent (renvoyant au brossage des dents), sur la table de nuit (renvoyant au coucher), à côté de la bouilloire et du micro-onde (renvoyant au petit déjeuner), comme le montre la figure ci-après.



Figure 24 - Plaquette en cours d'utilisation de Dévi, entreposée à la vue à la cuisine (photos personnelles)

La grande majorité des usagères (12) utilise ou a déjà utilisé le sac à main comme rangement de la plaquette entamée, comme l'illustre la figure ci-après. Le choix de ce lieu renseigne sur la volonté d'intégrer la prise de pilule à leur mode de vie (dynamique) et la place importante que leur mobilité revêt au sein de celui-ci. La mobilité, notamment résidentielle, est caractéristique de la jeunesse (Amsellem-Mainguy 2016). En effet, les raisons invoquées sur ce choix de lieu de rangement sont le fait de se déplacer régulièrement et sur la durée (en soirée, chez leurs parent·e·s, chez leurs ami·e·s, chez leur partenaire, en vacances).



Figure 25 - Plaquette entamée d'Eva, rangée dans la trousse du sac à main (photo personnelle)

Une grande partie d'entre elles également (8) utilise ou a déjà utilisé un lieu de rangement collectif (situé dans la cuisine ou le salon), comme le montre la figure ci-dessous.



Figure 26 - Plaquette entamée d'Andréa, rangée dans le tiroir de la table basse du salon (photo personnelle)

Cela témoigne d'un passage du lieu de résidence parental au domicile personnel.

Cinq d'entre elles rangent ou rangeaient leur plaquette de pilule en cours d'utilisation dans leur chambre. Dans ce cas, l'écrasante majorité d'entre elles (4) optaient pour la table de chevet comme lieu de rangement. Une autre privilégiait « le coin beauté » de la pièce. D'une manière générale, le lieu de rangement de la plaquette entamée est régulièrement associé à celui des cosmétiques et de l'hygiène intime. Soit la plaquette est entreposée dans une pièce près du maquillage (ou des pinceaux à maquillage), soit elle est disposée dans le sac à main dans une pochette contenant des cosmétiques ou des protections hygiéniques. La prise de la pilule est ici assimilée à un ensemble d'autres habitudes traditionnellement pensées comme féminines. Enfin, deux usagères rangent ou ont déjà rangé leur plaquette de pilules entamée dans la salle de bain (associée au rangement des cosmétiques ou à des gestes quotidiens).

Seule une usagère, Elia, déclare que sa plaquette « traîne » et est « nulle-part ». L'interlocutrice cumule cinq lieux de rangement (quand toutes les autres en déclarent un à deux). Pour autant, ces lieux sont récurrents puisqu'ils correspondent à des endroits déjà cités : le sac à main, une pièce à usage collectif (le salon), la salle de bain et deux endroits dans la chambre (la tête de lit et la table de chevet). La figure ci-dessous propose trois exemples parmi ces cinq possibilités.

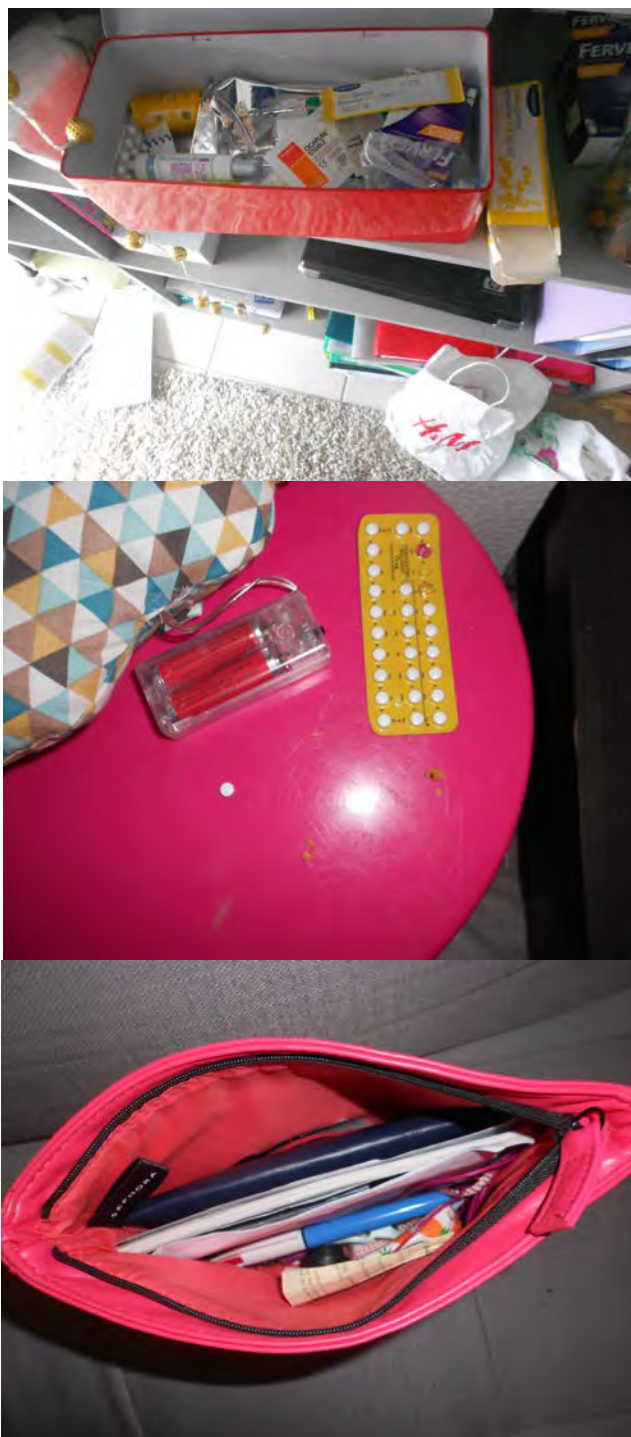


Figure 27 - Trois lieux de rangement de la plaquette entamée d'Elia, de haut en bas : une boîte dans une pièce à usage collectif, la table de chevet, la trousse du sac à main (photos personnelles)

Si l'on comptabilise le nombre de lieux de rangement, le chiffre est supérieur au nombre d'usagères. Cela illustre les changements opérés par les interlocutrices, non sans lien avec l'évolution de leurs parcours biographiques. Par exemple, avant de dormir régulièrement chez son partenaire, Cyrielle rangeait sa plaquette de pilule dans sa salle de bain, à côté de sa brosse à dents, marquant le rituel de la prise quotidienne (à l'instar du brossage de dents). Depuis, elle la range dans une trousse de toilette transportable, comme l'illustre la figure ci-dessous. Ici, le lieu de rangement renseigne sur l'évolution du parcours biographique et relationnel de l'usagère.

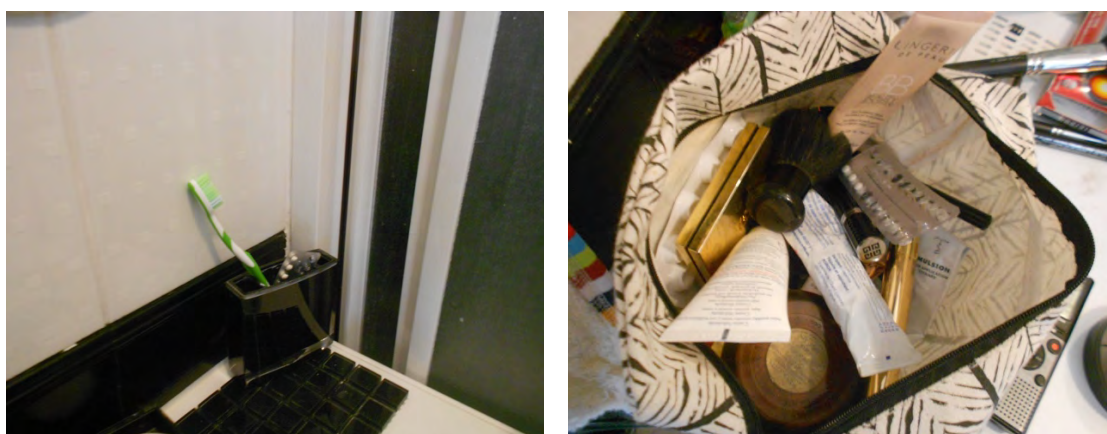


Figure 28 - Ancien (à dr.) et nouveau (à g.) lieux de rangement de la plaquette de pilule de Cyrielle (photos personnelles)

Les plaquettes de pilules se délivrent généralement pour un trimestre. Les usagères ont donc trois plaquettes à ranger : celle en cours d'utilisation et deux autres qui ne sont pas encore entamées. Si l'enjeu du lieu de rangement des plaquettes entamées est de penser à les utiliser, le statut que les usagères accordent au reste des plaquettes non entamées est davantage celui du médicament. En effet, au moins la moitié des interlocutrices (9) les range avec d'autres médicaments soit en vrac soit dans un meuble à pharmacie. À la question posée en entretien : « considères-tu que la pilule soit un médicament ? », les interlocutrices répondent positivement, notamment du fait de son lieu d'achat : la pharmacie. Les meubles à pharmacie étant généralement situés dans les toilettes ou les salles de bain, sept usagères rangent ou ont rangé leurs plaquettes non entamées dans ces pièces. Les pièces à usage collectif telles que le couloir, le bureau et le salon sont les choix de rangement pour quatre autres d'entre elles. Enfin, trois autres stockent le reste de leurs plaquettes de pilules dans leur chambre. Mais dans tous les cas, ces plaquettes conservent leur statut de médicament : Emma les range dans une poche à pharmacie dans sa chambre, Camille les stocke dans le placard du couloir où sont également entreposés d'autres médicaments, Fanny

les conserve dans une boîte à médicaments dans la cuisine. Finalement, le lieu de rangement des plaquettes non entamées est un prolongement du lieu d'achat. À l'inverse des lieux de rangement pour la plaquette en cours d'utilisation, si l'on totalise ici le nombre de lieux consacrés au rangement des plaquettes non entamées, le chiffre est inférieur à celui du nombre d'interlocutrices car les lieux sont moins variés et toutes n'ont pas des plaquettes d'avance.

Le lieu de rangement de la contraception orale renseigne donc sur le type d'usage (dans le secret ou non). Deux usagères ont déclaré (avoir déjà) cacher (caché) leurs plaquettes (entamées ou non), ne souhaitant pas que leurs familles soient au fait de leur activité sexuelle. Vaani les cachait dans sa trousse à maquillage lorsqu'elle vivait chez ses parent·e·s. Rosa prenait la pilule dans le secret lorsqu'elle vivait avec sa famille à Alger. Dans le prolongement d'un rangement dans le secret, c'est également le rappel de l'ingestion qui prenait cette forme :

« En fait dès que je la prends il y a un truc qui s'affiche là [sur son téléphone] : "prendre la pilule", "ok". J'appuie dessus et puis voilà. Ça me signale à 22h. À 22h j'ai une notification, bon moi j'ai l'appli "Bisounours" parce qu'il fallait pas que ça mette "pilule", je mettais : "il est 22h, Bisounours". [...] Bisounours c'est comme nom de médicament. Il me propose pilule contraceptive et je mets Bisounours. [...] Pour que ça me crame pas. » (Rosa, étudiante en management, 4 février 2018)

Le lieu d'habitation se révèle être un facteur important pour le choix du lieu de rangement. En effet, les usagères vivant avec des tierces personnes autres que leur partenaire (parent·e·s, ami·e·s, colocataires) vont avoir plus tendance à stocker les plaquettes dans un endroit à usage individuel. Par exemple, si Emma (diplômée en sciences de l'éducation) stocke ses plaquettes dans une pièce à usage collectif (entre la cuisine et le salon) chez son partenaire, elles sont en revanche rangées dans sa chambre quand elle est chez ses parent·e·s.

De manière générale, et c'est là l'avantage de mener des entretiens chez les interlocutrices, les usagères illustreront leurs propos chaque fois qu'elles le pourront. Par exemple, au moment de parler de son nouveau moyen contraceptif, Fanny montrera les papiers relatifs à son DIU : « et mon modèle c'est NT 380, tu vois ». D'autres encore regarderont dans leurs agendas afin de trouver la date exacte de leur dernier ou prochain rendez-vous gynécologique ou montreront les applications qu'elles utilisent pour suivre leur cycle et penser à prendre leurs comprimés³⁰³.

³⁰³ Ces usages seront analysés dans le chapitre 11.

Usage secret, discret ou exhibé : ingérer la contraception orale

L'écrasante majorité (15) des usagères prend la pilule le soir, entre 18h et 23h. Le matin n'est pas présenté comme un moment propice à la fois du fait que les interlocutrices soient pressées pour partir au travail et parce qu'elles ne se lèvent pas à la même heure en semaine, en week-end et en vacances. Elles associent également le midi à un manque de régularité (des heures de repas irrégulières, l'incertitude de manger chez soi ou sur le lieu de travail). Seules Dévi et Fanny prennent leur pilule le matin et l'associent à leur petit déjeuner. Les deux jeunes femmes rangent d'ailleurs la plaquette entamée de leur pilule dans la cuisine. Le choix du moment de la journée pour la prise de pilule semble moins découler des horaires de travail (Fanny fait des études dans le domaine médical et d'autres interlocutrices ont des horaires variables) que d'une volonté de faciliter la diversité d'activités, notamment en soirée (comme les sorties entre ami·e·s).

L'on note donc une corrélation entre le lieu de rangement de la plaquette de pilule en cours d'utilisation et le moment de prise dans la journée. Le rangement dans le sac à main est associé à la mobilité, y compris aux sorties imprévues du soir, tandis que le rangement dans la cuisine est associé à une prise matinale. *A contrario* de la mobilité et de l'imprévu associé·e·s au rangement dans le sac à main, le rangement dans une autre pièce du domicile (comme la salle de bain) va quant à lui être davantage associé à une routine du soir quotidienne.

Parmi les quinze usagères prenant leur pilule le soir, cinq associent leur prise de pilule au moment du coucher, dont au moins trois l'associent également au brossage de dents. Trois autres associent ce moment de prise à celui du repas. Trois autres encore ont privilégié ce moment car il correspond à un temps de détente (généralement devant la télévision). Deux autres ont adapté ce moment de prise à une activité de travail et la prennent avant de faire leurs heures de baby-sitting. Enfin, deux mentionnent principalement l'alarme de leur téléphone comme repère. Comme toutes les données énoncées, celles-ci sont évolutives. Par exemple, selon les périodes, Elia se situe dans les deux dernières situations citées. Voici ce qu'elle déclarait lorsqu'elle adaptait sa prise à son activité de travail :

« [...] j'ai juste décalé les horaires, avant je prenais à 20h et puis finalement 20h c'est l'heure à laquelle je commence à me préparer pour aller au travail donc des fois je suis un peu embêtée donc je la prends à minuit. [...] minuit c'est l'heure où Christian il est susceptible de finir [son travail de serveur] donc je commence à regarder l'heure et quand je suis au boulot à minuit je fais un tour des personnes donc je sais qu'à minuit je fais toujours quelque chose pour penser à le faire. » (Elia, infirmière, 20 septembre 2016)

Le moment de prise de la contraception orale questionne particulièrement la dichotomie intime/exhibé. Si la plupart des usagères ne prennent pas leur pilule dans le secret et ont déjà utilisé un lieu de rangement à usage collectif, elles optent pourtant pour une prise discrète. Emma est la seule à déclarer ouvertement être gênée par le fait de prendre sa pilule en public :

« Et non je mets pas d'alarme. Je trouve ça... Justement le week-end passé j'étais avec des copines d'enfance, on mangeait ensemble. Puis à 20h30 t'entends une alarme, [en s'écriant] : "Ah c'est ta pilule, non ?!" Moi c'est comme ça, je suis comme ça, ça me gêne, j'ai pas envie que tout le monde sache que je prene ma pilule ou pas. C'est vraiment moi qui suis plutôt timide. C'est mon caractère, j'aime pas que tout le monde sache ma vie privée et intime quoi. Donc l'alarme qui sonne, ça moi, non. »
(Emma, 28 juin 2016)

Emma oppose l'exhibition et le collectif (prendre sa pilule devant « tout le monde ») à l'« intime » et l'individuel (« sa » « vie intime »). Elle relègue cette forme de prise (discrète) à une dimension strictement personnelle : apolitique (de l'ordre de la sphère « privée ») et inhérente à son caractère (« timide »). Cela renvoie à une forme de féminité maîtrisée puisque la principale intéressée doit compartimenter ses actes (l'usage d'une pilule renvoie à une vie sexuelle) selon différentes sphères (publique / sexuelle) pourtant traversées, parfois simultanément (sexuelle, donc forcément politique), au quotidien. Au cours de l'Histoire, la sexualité est devenue invisible, indicible et relève de l'intimité (Bozon 1995, p. 41). Dans une même logique, l'attendu de discrétion des femmes pour tout usage contraceptif (à l'image des usages locaux des spermicides et du diaphragme) est historiquement ancré (Thomé 2019, p. 208). Par conséquent, si les autres interlocutrices ne déclarent aucune gêne à prendre leur pilule en public, voire affirment se moquer d'être vues à ce moment-là, dans les faits il semble en être autrement. Une usagère déclarait, par exemple, n'en avoir « rien à foutre » de prendre sa pilule devant tout le monde. Pourtant, c'est le plus discrètement possible qu'elle ingérera le comprimé lors d'une rencontre informelle au restaurant. Manon est également dans une démarche de discrétion :

« Alors du coup quand je suis pas chez moi je le fais discrètement [...] je la prends dans mon sac directement [...] je casse l'opercule dans mon sac [elle ne sort pas la plaquette de son sac] et hop je la mets dans ma bouche, c'est petit, c'est discret. [...] Dès fois mon téléphone il sonne [alarme pour penser à prendre la pilule] quand on est chez des ami·e·s ou quoi et du coup ben [...] à chaque fois [son copain] il demande : "c'est qui ? C'est qui ?" et du coup il regarde l'heure et il fait : "ah oui d'accord", alors ça fait encore moins discret. » (Manon, 20 mars 2014)

Enfin, Elia a déjà feinté le détournement de la fonction de rappel de l'alarme de son téléphone un jour qu'elle sonnait en public :

« J'étais dans le métro, le téléphone a sonné à 20h [l'alarme pour penser à la pilule], donc dans le métro ça sonne quand même donc voilà j'ai fait genre [éclat de rire] je réponds au téléphone... c'est vrai, j'te promets j'ai eu trop honte ! [Toujours dans un éclat de rire] Genre ça sonne et moi pour faire genre c'est pas la sonnette de la pilule pour pas... parce qu'y en avait plein [des gens] qui rigolaient ! Non mais genre c'est l'alarme de ta pilule. Et moi j'fais : "allo, oui oui j'arrive" et tout et j'raccroche et les gens ils m'regardent, ils rigolent [...] et après j'me suis dit : "t'es conne ça passe pas, t'es con t'as pas d'réseau³⁰⁴ quoi". » (Elia, 4 janvier 2014)

Elle en conclura : « Je veux pas un vrai réveil parce que où que tu sois ça sonne, [elle veut] juste un p'tit bruit. » Dans l'imaginaire collectif, contraception et sexualité sont difficilement dissociables, malgré les possibles usages médicaux des pilules. La contraception orale est le seul moyen contraceptif à utiliser quotidiennement de manière détachée des rapports sexuels. Elle renvoie donc à une sexualité active. Le moment de la prise semble être appréhendé comme une pratique personnelle plutôt que comme un acte médical ou de droit de libre disposition de son corps. La sous-partie suivante montrera que les usagères témoignent également de difficultés plus explicites, allant jusqu'à être de véritables sources d'angoisses.

Avant cela, les deux tableaux (établis à partir de variables étudiées jusqu'ici et appliquées selon que la plaquette soit ou non entamée) ci-après questionnent la visibilité de la contraception orale, en mettant au jour quatre types (de visibilité) d'usages qui renseignent sur les parcours biographiques des femmes. Étant évolutifs (par exemple lorsque les usagères changent le lieu de rangement de leur pilule), les catégories présentées sont forcément perméables. Moins que le statut conjugal des usagères, c'est finalement le type de domicile et de cohabitation qui va déterminer le type d'usage. Un usage « secret » renseigne sur une cohabitation avec les parent·e·s et non conjugale, et va forcément de pair avec un lieu de rangement à usage individuel. Par contraste, un usage « exhibé » s'observe exclusivement en néolocalité (au domicile personnel, conjugal ou non), où le lieu de rangement est collectif. Un usage « discret » est caractéristique d'une instabilité résidentielle : les jeunes femmes évoluent entre le domicile parental et la néolocalité. Enfin, une partie de l'enjeu de la visibilité se joue autour du moment de l'ingestion. À ce titre, un type de visibilité « indifférent » s'applique dès lors qu'il n'y a pas d'enjeu à exhiber ou cacher la contraception (celle qui n'est pas utilisée) et vaut uniquement pour la plaquette non entamée : rangée dans des lieux à usage collectif, quel que soit le type de domicile.

³⁰⁴ Au moment de l'entretien le métro en question ne dispose pas de réseau téléphonique.

Le premier tableau présente la typologie (Becker 2002; Schnapper 2012) finale d'usages de contraception orale en cours d'utilisation, tandis que le tableau qui lui succède détaille le cheminement de pensée ayant permis d'aboutir à ce résultat.

Tableau 7 - Les types d'usages de contraception orale (plaquette en cours d'utilisation)

Type d'usages	Secret	Discret	Exhibé
Moment de l'ingestion	Soir	Soir	Matin ou soir
Fonctions du lieu de rangement	Cosmétique Pense-bête Transportable	Cosmétique Pense-bête Transportable	Pense-bête
Action associée	Geste quotidien Mobilité	Geste quotidien Mobilité	Geste quotidien
Caractéristique domicile	Parental	Tous types	Néolocalité
Usage du lieu de rangement	Individuel	Individuel	Collectif

Tableau 8 - Les types de visibilité d'usages de contraception orale

	Lieu de rangement	Moment de l'ingestion	Fonction du lieu	Action associée	Type de domicile et cohabitation	Usage du lieu	Type de visibilité de l'usage
Plaquette en cours d'utilisation	Sac à main (trousse à produits cosmétiques ou hygiéniques)	Soir	Transportable Cosmétique	Mobilité	Tous types	Individuel	Discret ou secret
	Chambre (table de chevet ou « coin beauté »)	Soir	Pense-bête Cosmétique	Geste quotidien (ex : le coucher)	Tous types	Individuel	Discret ou secret
	Salon	Soir	Pense-bête	Geste quotidien (ex : regarder la télévision)	Néolocalité (domicile personnel ou conjugal)	Collectif	Exhibé
	Cuisine	Matin	Pense-bête	Geste quotidien (ex : le petit-déjeuner)	Néolocalité	Collectif	Exhibé
	Salle de bain ou toilettes	Soir	Cosmétique ou hygiénique	Geste quotidien (ex : se brosser les dents)	Domicile parental ou colocation	Individuel	Discret ou secret
Plaquette non entamée	Salle de bain, toilettes (meuble ou poche à médicaments)		Pharmaceutique	Stockage	Néolocalité	Collectif	Indifférent
					Domicile parental ou colocation	Individuel	Indifférent ou secret
	Couloir, salon, cuisine, bureau (meuble ou poche à médicaments)		Pharmaceutique	Stockage	Néolocalité	Collectif	Indifférent
	Chambre (poche à médicaments)		Pharmaceutique	Stockage	Tous types	Individuel	Discret ou secret

« Angoisses pilulesques » : les difficultés au-delà des oublis de pilules

« Par contre y a eu une autre fois où j'avais flippé, j'en avais parlé à Elia, j'étais trop mal, j'étais vachement à fleur de peau, je me trouvais grosse et je me suis dit " y a un truc qui va pas". Du coup je suis allée acheter un test de grossesse et c'était négatif. Tout allait bien et j'ai eu mes règles deux jours après. Mais c'est vrai que ça m'inquiète. Mais c'était sous pilule en plus à ce moment-là. Et bizarrement quand j'étais pas sous pilule [elle comptait les jours] ça me stressait pas. » (Cyrielle, manipulatrice en électroradiologie, 14 octobre 2016)

Alors même que 21 % des GNP ont lieu sous pilule, en 2000 87 % des gynécologues et 87 % des généralistes ayant reçu des femmes concernées par une GNP pensaient que la cause des ces grossesses était une absence de contraception (Favier 2016). « La majorité des praticien[·ne·]s (60 %) a ainsi tendance à attribuer les grossesses non prévues à l'insouciance des femmes plutôt qu'à l'inadéquation entre les méthodes contraceptives prescrites et le mode de vie des patientes (Bajos et al., 2013) » (Ventola 2014, p. 10). Pourtant, sur le terrain les usagères déclarant oublier régulièrement (une fois par mois) leur pilule sont extrêmement minoritaires. Ainsi, parmi les dix-sept interlocutrices, huit déclarent ne jamais oublier leur pilule, sept indiquent l'oublier parfois et seulement deux déclarent l'oublier souvent/régulièrement (dont Elia qui déclarera l'oublier rarement par la suite).

Extrait de journal de terrain, 19 novembre 2017

C'est arrivé à Emma d'oublier sa pilule une fois il y a un an et ça a été « la panique ». Elle l'a oubliée car elle est « sortie du quotidien », de la routine. C'était un samedi où elle allait voir un spectacle. D'habitude elle prend la pilule à 20h et elle est partie de chez elle à 18h sans prendre sa contraception avec elle. Elle est rentrée à 22h et l'a oubliée. Elle s'en est rappelé le lendemain matin à 7h45. À un quart d'heure près elle dépassait le délai maximum de prise de 12h. C'était un comprimé de la première semaine (celle de la reprise) où elle sait qu'il faut faire particulièrement attention. Elle s'est réveillée en sursaut pour la prendre.

« [L]a possibilité d'oubli ou de gestion incorrecte » (Preciado 2010, p. 255) représente une épée de Damoclès pour les usagères de pilule. Vaani parle par exemple de « panique », de « sueurs froides » lorsqu'elle pense avoir oublié sa pilule. Les usagères doivent alors faire de l'observance une nouvelle habitude. À ce titre, Vaani déclare : « C'était pas évident de le prendre vraiment à heure fixe tous les jours. Ça m'a pris facilement un an ou deux ans pour bien le prendre tous les jours ». « On s'y fait » selon

Camille, il faut « prendre le plis » d'après Fanny, ou encore « ça finit par rentrer » selon Manon qui éteignait l'alarme de rappel de son téléphone dès qu'elle sonnait, puis oubliait de prendre la pilule car elle « faisait d'autres choses ». La prise de pilule n'est pas intuitive et nécessite l'acquisition de « compétences contraceptives », d'autant plus si le matériel contraceptif ne facilite pas l'observance. En ce sens, les extraits d'entretien et la figure à suivre illustrent un sens de prise antihoraire peu lisible :

« Puis aussi j'ai un problème, c'est pas dans le sens horaire ma plaquette [...] je me trompe à chaque fois [...] tu vois là j'ai un trou en plein milieu [cf. figure ci-dessous] parce que je me suis trompée [...], au lieu de prendre ce mardi-là, j'ai pris ce mardi-là. » (Manon, 20 mars 2014)



Figure 29 - Plaquette de pilule de Manon, à utiliser dans le sens antihoraire (photo personnelle)

La définition médicale de l'oubli³⁰⁵ est l'absence de prise d'un comprimé dans un délai de douze heures. Un oubli est désigné comme étant à risque si en plus de ce délai il y a eu un rapport sexuel dans les sept jours suivants ou précédents l'oubli. Or, les usagères perçoivent l'oubli de bien d'autres manières. En devenant polysémique, l'oubli peut relever des « mal-entendus » (Fainzang 2006, p. 119-146) entre médecins et usagères. Lorsqu'il leur est demandé en entretien s'il leur arrive d'oublier leur pilule, certaines usagères répondent positivement alors que la poursuite de leur récit indique qu'il s'agit en fait d'un décalage de prise de seulement quelques heures. D'autres parlent d'oublis même lors des périodes où elles n'ont pas de rapports sexuels. Néanmoins, l'oubli représente une possibilité latente dont la démarche à adopter lors de sa survenue est confuse. Tout en étant conscientes de la possibilité d'oubli, aucune

³⁰⁵ « Tableau de gestion des oublis », notice de pilule Qlaira®, p.37

des usagères n'a anticipé cette éventualité qui, le moment venu, se traitera régulièrement par du « bricolage contraceptif » (Amsellem-Mainguy 2007). « Tu prends ton comprimé normalement et tu pries [rire] », déclare par exemple Fanny (étudiante infirmière, extrait d'entretien, 20 janvier 2014). Elia détaille ce type de bricolage :

« [...] en fait j'étais énervée, j'ai voulu prendre ma première pilule qui est tombée et je l'ai retrouvée tout à l'heure, je me la suis mis pour ce soir. Donc du coup j'ai ouvert la deuxième de ce soir mais je prendrais celle de hier ce soir. [...] J'ai oublié un jour donc je l'ai sautée, je l'ai oubliée le vendredi et donc le samedi soir j'ai pas pris celle du vendredi, j'ai pris celle du samedi comme ça moi je sais que c'est le vendredi que j'ai oublié. Parce que sinon c'est mentir si je fais à la suite alors que finalement le vendredi je l'ai pas pris. Donc au moins à la fin du mois je vois où j'ai oublié. Et après celle qui reste je la prends en dernier, même si le jour correspond pas. » (20 septembre 2016)

Dans le cas d'un oubli de douze heures et plus, certaines usagères vont prendre uniquement le comprimé oublié, vont simplement s'assurer de ne pas avoir de rapports sexuels le lendemain de l'oubli et éventuellement quelques jours en suivants. Pour certaines, le fait d'ingérer des centaines de comprimés depuis des années les protège des conséquences de l'oubli de l'un d'entre eux. D'autres encore vont recourir à l'entraide en utilisant la « plaquette de pilule de secours » (constituée à partir de comprimés non ingérés pour maîtriser la [non]survenue des saignements d'une amie. Le seul invariant déclaré par l'ensemble des usagères est l'attente de la survenue des prochains saignements, que toutes perçoivent comme leurs règles, garantissant selon elles l'absence de GNP.

Cependant, dans tous les cas, l'oubli reste associé à une mauvaise pratique dont les usagères interprètent les conséquences selon un modèle explicatif « punitif » où la sanction fait suite à une faute commise par l'individu·e (Sarradon-Eck 2002). Ayant eu recours à une IVG suite à un retard de prise de pilule, Elia déclare : « [...] voilà j'ai été punie. Si j'ai été punie. Je souhaite à personne d'avorter dans sa vie » (20 octobre 2016). Décaler ou oublier une prise de pilule se traduirait fatalement par des douleurs et des effets néfastes sur le corps :

« [...] j'ai arrêté ma pilule genre quatre jours avant [la fin de la plaquette] parce que j'en avais trop marre [rire] de la prendre ça ma saoulée [...] et en fait j'aurais pas dû parce que ça me fait super mal main'ant, j'ai des règles douloureuses, à force de déconner avec ma pilule là euh genre l'oublier un jour par ci par là. [...] Mais là de l'avoir arrêtée quatre jour avant et de l'avoir oubliée une ou deux fois ce mois-ci, ce mois-ci j'ai fait n'importe quoi avec, là j'ai super mal. » (Cyrielle, 4 avril 2014)

« [...] j'croyais l'avoir prise en fait et j'l'avais pas prise. J'me suis vue prendre la pilule, la mettre dans la bouche et boire et en fait quand j'ai regardé les jours j'ai bien vu que

je l'avais pas prise alors du coup je sais pas si ça se fait, j'en ai exceptionnellement pris deux d'affilé, je sais, c'est pas bien [d'un ton coupable] mais psychologiquement je préfère en prendre deux que d'en rater une. [...] Après le lendemain je suis mal mais est-ce que c'est psychologique ou est-ce que c'est parce que j'en ai pris deux d'affilé... J'ai eu un peu mal au ventre. [...] je sais que c'est possible de prendre la pilule du lendemain mais euh à part ça euh j'aurais pas su. » (Eva, 29 mars 2014)

En cas de besoin d'informations, les usagères se tournent peu vers la notice de leur pilule, jugée peu attractive (peu compréhensible et répondant peu à leurs besoins). Seules quatre d'entre elles la citent comme source d'information possible. Le chapitre 11 montrera d'ailleurs qu'une transmission efficace d'information passe de manière complémentaire par l'oral et l'écrit (l'ordonnance délivrée peut par exemple reprendre les informations fournies oralement au cours de la consultation). L'on comprend donc que la notice ne soit pas une source d'information qui se suffit à elle-même. Sept autres sources possibles ont ainsi été identifiées : les paires, la famille, les professionnel·le·s de santé, Internet, les autres médias et les cours de médecine.

Les paires (amies, colocataires, collègues de travail) sont une ressource identifiée pour quatre d'entre elles. La relation avec un·e pair·e implique une symétrie, une égalité et une réciprocité en ce que la communication se veut plus horizontale que celle établie face à des expert·e·s. La transmission de savoirs entre pair·e·s peut donc « contribuer à limiter le développement des inégalités sociales de santé » et renforcer le statut d'actrices et la position d'*empowerment* des jeunes en question (Amsellem-Mainguy 2014, p. 10). Ce type de transmission est donc une alternative ou un complément à l'éducation traditionnelle à la santé. Laura indique, par exemple, se tourner davantage vers sa colocataire que vers sa mère, non pas parce que le sujet de la contraception serait tabou dans la famille, mais parce qu'elle fréquente davantage cette personne au quotidien. Rosa, quant à elle, échange beaucoup à ce sujet avec une copine « mariée qui a des enfants », qui est une des rares personnes à savoir qu'elle prend la pilule (sa famille ne le sait pas). Elle lui parle de ce qu'elle n'ose pas dire à sa gynécologue. Dans le cas de Dévi, c'est par exemple en discutant avec une amie qu'elle pensera à arrêter la pilule. Les paires représentent également une source d'informations significative pour Cyrielle :

Leslie : On t'as jamais proposé autre chose que la pilule ?

Cyrielle : Non. Pour moi, non. Après je sais ce qui existe, je sais qu'il y le stérilet. Mais c'est tout. Je sais qu'il y a l'implant, tu sais le truc. Mais ça on m'en a parlé mais c'est une copine qui l'avait fait. C'est pas ma gynéco qui m'en avait parlé. (14 octobre 2016)

La famille est également identifiée comme une source d'information pour quatre interlocutrices. Eva cite sa belle-mère, Rosa cite son oncle médecin, Andréa cite sa mère et Dévi sa sœur.

Excepté pour Emma, les professionnel·le·s de santé sont peu identifié·e·s comme véritable source possible d'information. Manon, Camille et Fanny estiment par exemple que les médecins ne leur ont « pas dit grand-chose », voire ne leur ont « rien dit » du tout. Lisa indique également que sa gynécologue ne lui a pas parlé des autres moyens contraceptifs. Elle qualifie les rendez-vous de « vachement expéditifs » : « Elle m'a posé des questions sur ma sexualité, si j'avais plusieurs partenaires, si on se protégeait, etc. Et après elle m'a parlé de la pilule directement, pas forcément des autres choses. J'ai plus appris avec mon entourage qu'avec ma gynéco à l'époque. Et le rendez-vous a duré peut-être 10 ou 15 minutes. » Pour Eva, les professionnel·le·s ont surtout constitué une source d'information au début de son parcours contraceptif. Enfin, un centre d'IVG à la Réunion a été d'un grand secours à Dévi lorsqu'elle a eu besoin de recourir à cet acte.

La moitié des 15-30 ans s'est déjà connecté à Internet pour des questions de santé et Internet n'a pour autant rien changé au fait que les femmes sont plus attentives à la santé que les hommes (Amsellem-Mainguy 2015, p. 25-26). Cependant, les jeunes internautes ne sont pas égaux·euses face à la recherche d'informations. L'éducation à la sexualité dépend notamment de l'orientation scolaire, dont vont alors découler des parcours contraceptifs particuliers. Les jeunes internautes, quelle que soit leur origine sociale, hiérarchisent les informations relatives à la santé qu'ils recherchent sur Internet. Mais tou·te·s n'ont pas les mêmes compétences pour le faire. Ceux qui ont fait ou font des études dans le domaine médical vont davantage se tourner vers des sources scientifiques, tandis que ceux qui ne sont pas issu·e·s du domaine de la santé vont se fier aux références mobilisées par la source ou au style d'écriture employé (*Ibid.*). Dans cette logique de hiérarchisation, Internet n'est pas une ressource jugée assez fiable par les interlocutrices, excepté pour Dévi, diplômée d'un BTS en administration, qui indique « beaucoup » fréquenter les forums et les sites médicaux. C'est suite au recueil d'informations effectué qu'elle est retournée chez un médecin qui lui a finalement présenté d'autres moyens contraceptifs :

« [...] après quand j'ai plus cherché des informations c'était vraiment sur Internet, j'ai cherché beaucoup sur Internet : si ce qu'il [le médecin] m'avait donné déjà c'était pas dangereux. Moi c'était beaucoup les forums entre autres pour voir ce que les gens disaient mais ça c'est tout pour te faire peur. Des fois ils mettent des trucs là-dessus horribles. Et après les sites un peu comme les sites médicaux où il y a des infos sur les médicaments. [...] Justement par rapport à ça [à ce qu'elle avait vu sur les forums] j'avais demandé d'avoir le plus bas possible dans le dosage. Parce que les gens ils

prenaient des trucs forts et après ils avaient plein de trucs chelous avec la santé donc je me suis dis qu'il vaut mieux éviter au maximum et après justement quand je trouvais que la libido ça avait bien baissé, j'ai cherché sur Internet et là j'ai vu que oui les gens disaient que c'était bien à cause de la pilule. C'est à ce moment-là que j'en avais parlé à mon médecin, j'avais demandé c'était quoi les autres et elle m'avait parlé du patch. » (Dévi, 14 novembre 2016)

Laura (diplômée d'un BTS en immobilier), Manon (diplômée d'un Master en communication) et Emma (diplômée en sciences de la communication), mobilisent ponctuellement Internet en « filtrant » les informations, ayant conscience des limites de cette ressource : « je sais que je devrais pas mais dès fois je fréquente les forums genre euh "*Au féminin*", ça craint, dès fois ça fait peur » (extrait d'entretien, Manon, 20 mars 2014). Emma indique ne pas lire « les nanas qui parlent entre elles et se montent le bourrichon ». Elle dit plutôt se tourner vers « des sites de santé » « professionnels » où il y a « des femmes qui posent des questions » et « des professionnels qui répondent ». Elle regarde plusieurs sites pour comparer les réponses en évaluant notamment leur récurrence.

Les femmes s'informent sur la santé par les médias en général (Amsellem-Mainguy 2015). Parmi les autres médias mobilisés, Aurore déclare s'intéresser aux sujets de sexualité et de contraception à travers des magazines qu'elle montre en entretien, comme l'illustre la figure ci-dessous. Dès les années 1960-1970, la réticence éventuelle des médecins à parler de contraception ne signifiait pas que les femmes ne se tournaient pas vers d'autres sources d'informations. Elles apprenaient déjà les nouvelles dans les magazines et ce n'est qu'ensuite qu'elles s'adressaient aux médecins (Watkins 2016) en connaissance de cause (à l'image de Dévi qui sollicite son médecin après s'être renseignée sur Internet).

Enfin, trois interlocutrices évoluent dans le milieu (para)médical (Elia et Fanny s(er)ont infirmières et Cyrielle se forme à l'électroradiologie) et deux d'entre elles (Fanny et Cyrielle) citent leurs cours comme première source d'information. Vaani se souvient avoir abordé la question de la contraception au cours de sa scolarité mais « sans s'être sentie impliquée ».

Quand elles ne sont pas médicales ni médiatiques, les sources d'informations des usagères sont donc des femmes (Amsellem-Mainguy 2006).

L'analyse des matériaux de terrain montre également que les oublis ne sont pas l'unique source d'inquiétudes des usagères, mais qu'il y a bien un ensemble d'« angoisses pilulesques » comme les désigne Ambre. Leur caractéristique est de toucher spécifiquement les usagères en générant de l'inquiétude et en renforçant un sentiment de responsabilité et de solitude dans la gestion contraceptive :

« [...] dès fois ça m'arrive de me rendre compte le lendemain que je l'ai pas pris mais ça m'arrive pas souvent mais bon. Et c'est là que ça m'énerve toujours d'être une femme et que ça soit à moi, dans ces moments là tu vois. C'est des choses que tu intériorises de toute façon et c'est comme ça. [...] Ce genre de choses j'essaie de les relativiser parce que je vais pas passer mon temps à me battre pour une prise de pilule mais dans les moments de stress c'est là que je me dis... et que tu te sens seule. Je me sens super seule en fait. Même si t'as un copain qui va te soutenir et au final c'est toi, ton corps, ta vie. » (Ambre, 5 juillet 2016)

Le risque d'oubli semble corrélé à d'autres contraintes. Le choix du lieu de rangement quotidien des plaquettes de pilule est pensé pour diminuer le risque d'oubli. Mais celui-ci semble s'accroître dès lors que les usagères sont mobiles, et ce, même si le sac à main est le lieu de rangement choisi pour amoindrir ce risque. En effet, il faut distinguer le fait de penser à ingérer un comprimé quotidiennement du fait de prévoir ponctuellement une voire plusieurs plaquettes en cas de déplacement :

« [...] c'que j'avais le plus de mal à penser c'est quand j'partais [...] je prenais la plaquette mais fallait pas que j'oublie les deux autres plaquettes par exemple parce que si je partais plus [...] ça j'avais du mal donc dès fois je me faisais une liste où je mettais : "pilule" [...] j'ai jamais été handicapée parce que c'est vrai que l'ordonnance je la laissais là » (Eva, 8 janvier 2014)

Pour Ambre, « il y a toujours quelque chose à penser ». Cette usagère avait oublié sa plaquette en cours d'utilisation lors d'un déplacement d'une semaine et s'en est donc procurée une nouvelle sur place. Son récit montre que l'expérience du vécu de la prise de pilule amène à l'acquisition de compétences permettant de perpétuer une prise qui soit la plus sereine possible :

« Oui du coup on a entamé une autre plaquette et après j'ai repassé à l'autre, j'ai foutu du scotch. Oui parce que je me rappelais [où elle en était dans la plaquette],

mais on devient très forte. [...] C'est angoissant en plus. Parce que pour pas avoir deux plaquettes j'ai fait un transfert en fait. J'ai mis les pilules qui manquaient dans l'autre pour la continuer après [et a mis du sparadrap pour fermer les comprimés transférés]. Non mais déjà je suis tête en l'air : une plaquette j'ai du mal alors imagine deux plaquettes je vais jamais m'en sortir. » (Ambre, 5 juillet 2016)

Anticiper la fin d'une plaquette, l'achat et le commencement d'une autre vaut également hors déplacements, d'autant plus si la transition entre deux plaquettes correspond à une période hors jours ouvrés des pharmacies. Certaines usagères ont par exemple dû se rendre en pharmacies de garde ou doivent anticiper ces achats et commencements si la transition entre les plaquettes tombe un dimanche :

« [...] quand j'oublie d'aller la chercher et que je vais chercher une pharmacie de garde dans tout Toulouse pour aller chercher ça c'est galère. Je commence le dimanche donc à chaque fois c'est compliqué. » (Dévi, 14 novembre 2016)

« [...] je vais souvent en pharmacie de garde. [Sur un ton ironique :] Puisque je la commence un dimanche évidemment. [...] Mais en fait c'est quand je vais la reprendre que j'me dis que j'en ai plus quoi. Je me pose pas la question avant. C'est toujours au dernier moment et donc là ben je vais tout le temps aux pharmacies de garde. » (Laura, 3 avril 2014)

Les pharmaciennes et vendeuses en pharmacie interrogées déclarent en effet avoir des « clientes inhabituelles » surtout les vendredi et samedi, notamment pour des délivrances de pilules et de contraception d'urgence.

La moitié des usagères (9) ont déjà eu recours à une contraception d'urgence, mais l'oubli de pilule en est la raison pour seulement une d'entre elles. En effet, la raison la plus fréquemment invoquée (huit fois) est l'absence de contraception ou l'usage d'une méthode dite naturelle notamment lors d'une période de transition contraceptive (du DIU à la pilule) pour l'une d'entre elles. « Les femmes de moins de 30 ans sont les principales utilisatrices de la contraception d'urgence : en 2016, 11,5 % des femmes âgées de 15 à 29 ans exposées à un risque de grossesse non prévue ont eu recours à la contraception d'urgence au cours de l'année. » (Rahib et Lydié 2017, p. 1). Différents facteurs expliquent cependant que le recours à la contraception d'urgence par cette tranche d'âge soit minimisé. Premièrement, des suites de « la crise de la pilule », la perception du risque sanitaire relatif à un usage de contraception d'urgence est plus prononcée chez les 20-24 ans. Deuxièmement, une connaissance

erronée des délais d'utilisation (qui sont sous-estimés³⁰⁶) ne favorise pas non plus cet usage (Rahib, Lydié, et Le groupe Baromètre santé 2016 2018; Rahib et Lydié 2017, p. 4). Finalement, bien que les usagères de pilules ou d'autres méthodes hormonales aient davantage recours à la contraception d'urgence (plus de 10 % d'entre elles dans les douze derniers mois) que celles utilisant un préservatif (7,3 %) ou aucune méthode (2 %) (Rahib, Lydié, et Le groupe Baromètre santé 2016 2018, p. 592), cela ne s'explique pas nécessairement par un problème d'utilisation. Les usagères de méthodes médicalisées ont potentiellement une « plus grande facilité à identifier un oubli ou une erreur de manipulation, et donc un risque potentiel de grossesse, qu'avec des méthodes traditionnelles par exemple ». Le recours à la contraception d'urgence peut aussi remplacer ou précéder une méthode médicalisée (*Ibid.*, p. 594).

Le chapitre 11 montrera d'ailleurs que les praticien·ne·s sont plus ou moins enclin·e·s à envisager la contraception d'urgence comme moyen de contraception de transition plutôt que comme recours culpabilisant et donc à accompagner les femmes en ce sens, selon leur approche de soin. La deuxième raison invoquée (pour trois d'entre elles) pour le recours à la contraception d'urgence est le craquage de préservatif. L'oubli de pilule est seulement la troisième raison énoncée (mentionné deux fois). Si l'on totalise ici le nombre d'usagères concernées par l'ensemble des raisons présentées, le chiffre n'est pas égal à neuf car, d'une part, toutes ne se rappellent pas des raisons de ce recours et, d'autre part, d'autres y ont eu recours plusieurs fois (d'une à quatre fois).

Finalement, l'oubli de pilule est extrêmement minoritaire dans les raisons invoquées pour le recours à la contraception d'urgence. En revanche, celles qui l'oublient le plus sont celles dont la plaquette comporte une semaine d'arrêt de prise (contrairement aux pilules en continu) et qui ne sont pas certaines de recourir à une IVG si elles tombent enceintes (Weber 2013). En effet, seulement deux interlocutrices ont eu recours à une IVG et l'une d'elles, Elia, fait partie des deux usagères ayant déclaré oublier régulièrement sa pilule dont la prise comportait une semaine d'arrêt :

« Mais maintenant j'ai une pilule en continu. [...] Elle me va parce que je préfère quelque chose que tu dois prendre tous les jours que ces trucs où tu arrêtes sept jours parce qu'au final moi je sais jamais quand j'ai arrêté et quand est-ce qu'il faut que je reprenne et je m'en sortais pas avec ce truc. Des fois je continuais et il fallait arrêter, c'était n'importe quoi. Alors que là je sais que tous les jours j'ai un truc à prendre. Y a pas une journée où je dois pas le prendre donc t'es pas en train de réfléchir : "attends on est quel jour, il faut que je reprenne dans combien de jours, ça fait combien de

³⁰⁶ Notamment du fait de l'appellation « pilule du lendemain », laissant croire à une efficacité dans la limite d'une prise 24h après le rapport sexuel. Le chapitre précédent montrait d'ailleurs l'impact des noms des pilules sur leurs perceptions par les usagères, leurs mères et les professionnel·le·s de santé.

jours que j'ai arrêté". Là au moins je suis tranquille, tous les jours je prends mon truc, je me pose aucune question. [...] on m'a toujours prescrit des pilules où il fallait arrêter sept jours. [...] Je savais pas que ça existait. » (Elia, 20 septembre 2016)

Pour elle, les oublis n'empêchaient tout de même pas de garder le contrôle car elle décidait de ce qu'elle souhaitait faire en cas de GNP. Elia a effectivement eu recours à une IVG suite à un retard de prise de pilule. En revanche, Dévi a également mobilisé ce recours mais suite à un craquage de préservatif et non dans le cadre d'une prise de pilule qu'elle déclare par ailleurs ne jamais oublier. Durant le travail de thèse, mais une fois les entretiens terminés, une autre usagère a eu recours à une IVG. Son point commun avec Elia est d'être, à ce moment-là, sous pilule et avoir répondu positivement à la question : « est-ce que tu as déjà eu envie qu'un contraceptif ne fonctionne pas ? » À ce titre, elle qualifiera son oubli de pilule d'« acte manqué ». La perception de la fertilité est une variable importante face à l'appréhension du risque de GNP et d'usage de la contraception en général. Elia déclare n'avoir jamais eu trop peur d'être enceinte du fait qu'elle oubliait sa pilule régulièrement et sans conséquence. C'est d'ailleurs ce qui lui faisait dire, avant son IVG, que son conjoint n'était peut-être « pas très fertile ».

Camille et Lisa sont tombées enceintes lors d'un changement de pilule et ont menées leurs GNP à terme. Lors de la nouvelle prescription, les praticien·ne·s ne les ont pas informées de ce risque. De ce fait, la découverte de leur grossesse fut, selon leurs termes, « compliquée ». Camille prenait la même pilule depuis quatre ans dans le cadre d'un usage strictement contraceptif. C'est suite à un « problème d'acné » qu'un changement de pilule est opéré. Camille n'a jamais eu de rapport sexuel non protégé, n'a jamais eu à prendre de contraception d'urgence. Elle n'a jamais oublié sa pilule, a seulement connu quelques retards sans importance dans la prise. C'est après avoir fait une prise de sang qu'elle est certaine d'être enceinte d'un peu plus de deux mois. Elle avait alors moins d'un mois pour pratiquer une éventuelle IVG, ce qui lui laissait peu de contrôle sur la suite des événements. Sa grossesse est due à une diffusion bien trop tardive d'information de la part du gynécologue, fournies qui plus est qu'au moment du constat établi par la jeune femme elle-même :

« J'ai su parce qu'une fois j'ai eu des problèmes, j'avais mal au ventre, je faisais que vomir, j'avais le stérilet et on m'a dit : "tiens, c'est bizarre vous feriez pas une euh grossesse extra utérine ?" [...]

C'est le fait que j'ai changé de pilule, ça a été le temps que ça se mette en place comme c'est pas la même pilule. [...] Ben le médecin il m'a dit que c'est probablement ça parce qu'y'a très peu de chance sous pilule qu'on tombe enceinte mais que ça peut arriver quand on change sauf qu'on me l'a dit qu'une fois après [elle pouffe de rire]. [...] J'étais choquée [...], jamais j'aurais pensé avoir un enfant aussi jeune, c'était pas

du tout dans mes priorités [...], j'étais pas très contente [...], j'avais un peu le monde qui s'écroulait. [...]

Les deux premiers mois j'ai continué à avoir des règles, ben c'est comme ça qu'en fait j'ai su très tard. [...] Donc moi je me suis pas du tout posée la question mais j'avais très très mal aux seins, j'avais des vertiges, des choses comme ça donc je suis allée faire une prise de sang, [...] par contre dès que je l'ai su après j'ai pas eu mes règles. [...]

Au début j'étais pas très bien c'est vrai 'fin, j... j'assumais pas trop [...] mais après ben quand même ma famille m'a soutenue et tout donc après ça allait mieux [...]. J'ai dû arrêter la fac euh... ben ça change oui le quotidien parce que t'as plein de rendez-vous médicaux, même administratifs, [...] j'ai plus passé mon temps chez moi par contre [...]. Au début j'avais honte quoi ». (Camille, 30 janvier 2014)

Une absence ou un manque d'informations peut donc bouleverser la vie des usagères sachant en outre que « [l]a composante professionnelle de l'identité féminine est la plupart du temps reléguée au second plan dès lors qu'elle entre en concurrence avec la dimension maternelle » (Bajos et Ferrand 2004, p. 127).

Lisa, quant à elle, a arrêté une pilule pour en prendre une nouvelle au cours d'un même mois. Trois mois après, elle apprenait qu'elle était enceinte. La gynécologue ne l'a pas non plus informée des risques de grossesse durant un changement de pilule et ne lui a pas précisé d'utiliser un préservatif à ce moment-là. Pourtant, c'est l'usagère qui est responsabilisée face à cet imprévu :

« Je l'ai super mal vécu, mais vraiment. Pour moi le monde s'est effondré. [...] Et du coup je suis tombée limite en dépression. Ça s'est vraiment mal passé au début. J'ai vécu ma grossesse comme un supplice. Pas physiquement, parce que ça s'est très bien passé, j'ai pas eu de nausée, rien à part la fatigue, mais mentalement c'était catastrophique, jusqu'à la naissance. Y a plein de choses qui se sont passées. Au début j'ai même pensé à avorter. Je l'ai su au bout de deux mois de grossesse et... c'est pas bien n'écoute pas bébé [rire] [elle porte son bébé, âgé de trois mois, pendant l'entretien et fait mine de lui boucher les oreilles]. [...] J'avais peur que la formation n'accepte pas que je continue, alors que j'avais fait ma prépa pour avoir mon concours. Je m'étais donnée corps et âme et ça m'est tombé dessus. Pour moi c'était une punition. Puis j'étais contente d'avoir le bébé, enfin ça a fait son cheminement mais avant la naissance ça a été la panique, je ne voulais plus accoucher, je ne voulais pas qu'elle arrive. La chambre, les achats je les ai fait un mois avant je crois. Et quand elle est née ben ça rentre dans le cœur, ça va mieux là. [...] Elle [sa gynécologue] m'a pas du tout parlé de risque. [...] Pour moi je voyais pas de risque. Donc j'ai fait confiance à ma gynéco. [...] Et finalement après quand j'ai eu mon bébé j'étais pas contente donc mon mari m'a dit tu ne sais pas ce que tu veux. Ça a été le plus grand... je sais pas... je pleurais toutes les larmes de mon corps. J'ai appris que j'étais enceinte par la prise de sang, j'étais en cours en plus. J'étais en plein cours et j'allais passer à l'oral. Et je reçois les résultats de la prise de sang sur mon téléphone, positifs, et je devais passer juste après, je me souviens de plus rien. Je me souviens même plus de mon oral. [...] Mais c'est rigolo parce que tout le monde me dit "mais t'as oublié ta pilule", ben non, "mais arrête si t'as dû l'oublier une fois". [...] Le pire ça a été mon

mari bien évidemment. Le regard accusateur quand je lui ai dit. [...] Donc je lui ai ramené la plaquette pour bien lui prouver que "regarde j'ai pas oublié". [...] Donc oui déjà avoir le contre coup de l'annonce, moi je m'y attendais pas, et qu'on m'accuse, qu'on m'accable d'avoir un peu trompé... moi j'ai mal vécu ça aussi. Et puis la famille aussi : "ah mais t'as fait exprès d'arrêter ta pilule, mais c'est inconscient, t'es encore à l'école". Donc ouais c'était compliqué. » (Lisa, 7 février 2018)

Contrairement aux oublis de pilules, les causes des GNP (toutes deux menées à termes) sont extérieures aux usagères (les professionnel·le·s de santé ont ponctuellement omis des informations). De ce fait, bien que Lisa emploie le champ lexical de la punition, l'on ne peut interpréter son registre explicatif comme relevant d'un « modèle punitif ». La faute glisse de la gynécologue vers l'usagère, la culpabilisation est inversée. La punition est la conséquence de cette faute extérieure : la femme perd en contrôle et en libre disposition de son corps.

La question de la responsabilisation des usagères s'étend au-delà du rangement et de l'ingestion de la pilule et s'accompagne régulièrement d'arguments non médicaux, y compris au moment de l'achat des plaquettes en pharmacie.

Être (re)connue dans la pharmacie : acheter la contraception orale

Les matériaux de terrain ont révélé des logiques non médicales de renouvellements d'ordonnance (du côté des médecins), d'achats (du côté des usagères) et de (non-)délivrance (du côté du personnel de pharmacie) de la contraception orale. Les usagères ont intégré le fait qu'un renouvellement d'ordonnance va *a priori* de pair avec une consultation médicale. En revanche, elles savent que cet acte n'est pas l'apanage des spécialistes et n'hésitent donc pas à solliciter leur médecin généraliste³⁰⁷. Tout comme l'ensemble des médicaments, une ordonnance de pilules est valable un an dès lors qu'elle a été utilisée une première fois dans les trois mois qui suivent la prescription. Les boîtes de pilules étant généralement vendues par trois, les ordonnances peuvent mentionner une prescription renouvelable jusqu'à trois fois. Dans le cadre d'une nouvelle prescription (primo-prescription ou prescription d'une nouvelle pilule), les praticien·ne·s commencent par délivrer une prescription valable pour trois mois le temps de procéder à des examens sanguins dont les résultats détermineront si le traitement peut être renouvelé. Mais il arrive que

³⁰⁷ Mais pas les sages-femmes qu'elles identifient moins facilement comme prescriptrices (qui le sont depuis plus récemment que les médecins) et qui sont plus sollicitées en tant que telles par des femmes ayant accouché (Le Guen et al. 2020). Les jeunes femmes se tournent également davantage vers le modèle médical de leurs mères (des spécialistes exerçant en libéral).

les logiques de renouvellement soient autres que médicales ou incitent les usagères à revenir en consultation :

« [...] elle me le renouvèle une fois du coup pendant six mois j'aurais un truc. Et par contre dans six mois il faudra que j'aille, j'irai chez le médecin, prendre rendez-vous pour qu'elle puisse refaire une ordonnance. » (Emma, 28 juin 2016)

Or, dans le cadre d'un renouvellement d'ordonnance, la prise de rendez-vous n'est pas obligatoire. Le renouvellement pouvant être demandé à distance (par mail ou téléphone), il permet dans ce cas d'éviter un risque d'examen médicalement injustifié, dans le cadre d'un système de paiement à l'acte (Roux *et al.*, 2017). Dans ce contexte, un intérêt lucratif de la contraception orale réside, pour le personnel de santé prescripteur, dans son renouvellement garantissant une visite des patientes *a minima* annuelle. Les professionnel·le·s de santé n'insistent donc pas sur (voire n'indiquent pas) la possibilité de renouveler une ordonnance en dehors du cadre de la consultation : « Moi en général je leur fais une prescription d'un an. J'aime bien les voir annuellement pour voir comment ça se passe. Mais non c'est vrai que je les informe pas de ça [de la possibilité de renouvellement entre temps sans se rendre en consultation] », explique une gynécologue (cabinet de ville, 7 décembre 2016). De même, une médecin généraliste (cabinet libéral, territoire rural) indique : « Ah non non mais ça je le dis pas [qu'il n'est pas nécessaire de revenir en consultation pour renouveler une ordonnance]. C'est un accord tacite, ça se fait sur le moment quand vraiment elles peuvent pas, mais en général je préfère les revoir. [...] Même si on fait pas d'examen gynéco en soi c'est quand même mieux de regarder la tension, la circulation, tout ça » (2 mars 2017). À la question « Qu'est-ce qui fait que vous allez accepter de renouveler une prescription de pilule à une femme que vous ne voyez pas [en consultation] ? » cette même médecin répond : « Quand elle est jeune et qu'elle habite loin, qu'elle la prend [la pilule] depuis longtemps. Après quand y a des facteurs de risques cardiovasculaires et qu'elle a pas fait de prise de sang depuis longtemps, qu'elle a trente-cinq, quarante ans, je préfère les revoir ». Ses propos illustrent l'imbrication de différentes logiques. Dans la deuxième partie de sa réponse, la médecin généraliste s'en remet à des logiques médicales en se référant aux recommandations de la HAS, selon lesquelles les interactions entre pilules (particulièrement de dernières générations) et tabac représentent un sur-risque sanitaire, surtout chez les usagères de plus de trente-cinq ans et ayant des antécédents cardiovasculaires³⁰⁸. Avant cela, elle commence par invoquer des logiques d'âge (par le terme « jeune ») et de représentations associées de la sexualité (active, alliée à une

³⁰⁸ (HAS, 2013)

forte fertilité renvoyant à un risque de GNP et d'IVG), d'accessibilité aux soins (évoquant la distance entre le domicile de la patiente et son cabinet), mais aussi de « compétence contraceptive » (Ventola, 2014) censée être acquise *via* un usage sur la durée (indiquant « qu'elle la prend depuis longtemps »).

L'usage de contraception orale implique un achat médicalisé : les usagères se procurent leur pilule en pharmacie, tandis que lorsqu'elles avaient besoin de préservatif elles se tournaient prioritairement vers les grandes surfaces, voire vers Internet. Pourtant, dans d'autres contextes nationaux les femmes ont plus librement accès à ce moyen de contraception, en pouvant se procurer la pilule sans ordonnance, comme le montre la figure ci-dessous.

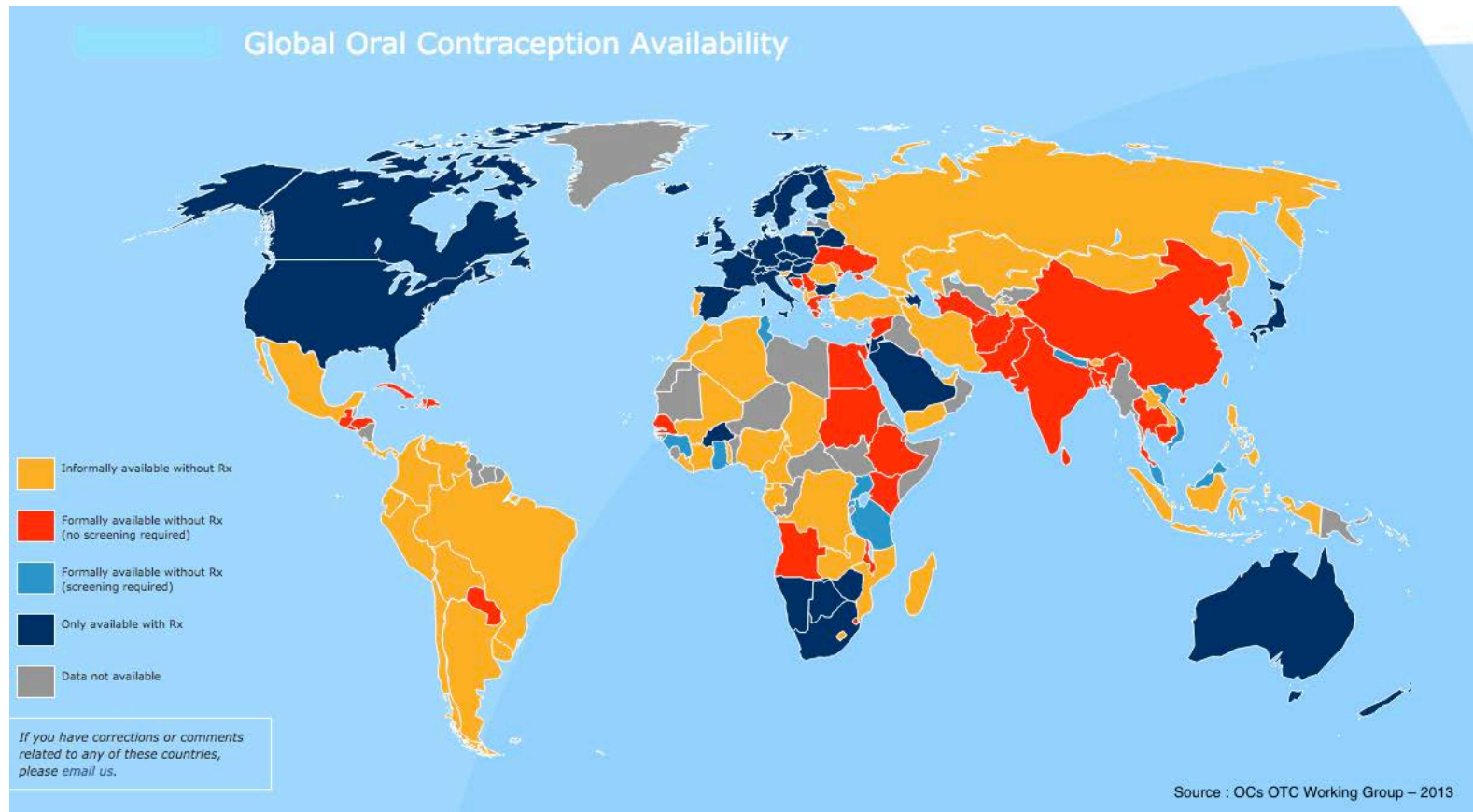


Figure 31 - Carte de la disponibilité de la contraception orale avec/sans ordonnance dans le monde (Collectif Libérez ma pilule 2017)

Les usagères qui présentent des mobilités dans leurs parcours biographiques doivent donc faire face à des politiques de santé publique différentes en matière de contraception et mettent en place des stratégies pour préserver un accès à leur moyen de contraception. Aurore, qui a vécu en Inde avec ses parents, s'est organisée avec eux pour pallier l'éventuelle absence de sa contraception orale dans ce pays :

« Quand j'étais en Inde je prenais la pilule française donc en fait mes parents me ramenaient ma pilule française. Leurs visas les obligeaient à faire un mois/un mois [alternativement en Inde puis en France] ce qui permettait d'avoir tous les trois mois ma pilule française. [...] La pilule j'ai pas eu à l'acheter là-bas du coup je sais pas mais je crois même qu'elle n'existe pas. » (20 juillet 2016).

Rosa, quant à elle, a commencé à utiliser une pilule en 2016 en Algérie, où elle est disponible sans ordonnance. Un an plus tard elle quittait son pays natal pour venir étudier en France et se retrouvait confrontée à l'obligation de prescription, à la dépendance au corps médical que cela implique, et aux conséquences sur son parcours contraceptif :

Rosa : [...] en France la pilule ne s'achète pas sans prescription, en Algérie, si. D'ailleurs une fois la gynéco j'ai pas osé repartir chez elle parce que j'avais pas mes résultats [d'examen médical] et du coup je l'ai achetée moi-même avec l'ancienne ordonnance qu'elle m'a donnée. Donc je peux l'acheter, avec ou sans ordonnance je peux l'acheter. Et là je ne peux pas. Donc là vu que demain c'est le dernier jour de ma semaine placebo, je dois repartir chez un gynéco pour qu'il me la represcrive, c'est pour ça que j'ai pris un rendez-vous chez un autre... [...] j'ai pas trouvé de rendez-vous sur Internet [avec elle], même si je suis patiente et du coup c'est chiant. En fait j'aurais dû le prendre quand j'étais sortie de mon premier rendez-vous.

Leslie : Ou alors c'est dans six mois.

Rosa : Exactement, et je ne peux pas attendre [...] Je trouve que c'est bizarre que la pilule soit obligatoirement sur ordonnance. (4 février 2018)

De même, alors qu'elle vivait entre la France et le Canada, Dévi prêtait attention à se procurer des pilules aux dosages similaires :

« [...] en fait j'ai déménagé je suis allée au Canada et ils avaient pas la même, donc du coup ils m'ont donné l'équivalent. Et du coup après en venant ici, en fait, c'est juste que j'ai changé de marque mais c'est le même dosage. Donc c'est censé être la même chose, c'est juste qu'il y a un nom différent à chaque fois mais après ça reste la même. [...] Apparemment c'est exactement la même chose c'est juste que c'est un laboratoire différent. Je demande toujours d'avoir le même dosage parce que moi quand j'avais demandé la pilule je voulais pas quelque chose de fort au début. Parce qu'après au niveau de la libido je trouvais que c'était assez violent donc du coup j'ai demandé à mon médecin d'avoir le plus bas possible. [...] donc du coup j'ai toujours demandé à avoir la même chose. » (14 novembre 2016)

En France, en 2017, un collectif présenté sous l'appellation « LibérezMaPilule » et notamment composé de professionnel·le·s de santé (pharmacien·ne·s, médecins, sages-femmes), de membres du Planning Familial et de féministes³⁰⁹, adressait une lettre ouverte aux laboratoires pharmaceutiques leur demandant de « déposer auprès de l'ANSM ou de l'Agence Européenne [des médicaments] (EMA) un dossier d'autorisation d'AMM pour une pilule progestative sans ordonnance »³¹⁰. Le collectif s'appuie sur les arguments avancés par le Collège américain des Gynécologues Obstétriciens et le *Center For Disease Control and Prevention*. D'abord, l'accès à la contraception orale sans ordonnance est à l'œuvre dans différents pays. Sur 147 pays étudiés en 2012, près de 70 % ont permis l'accès à la pilule sans passer par un·e médecin (Grindlay, Burns et Grossman 2013, p. 93-94). Les ordonnances permettent de quantifier les recours à la contraception. Or, même sans ordonnance, l'évaluation de la possibilité d'utilisation d'une contraception orale par une femme reste possible à l'aide d'un questionnaire à remplir avec le personnel de pharmacie. Aussi, lorsque la contraception orale est accessible sans ordonnance, les usagères auraient une approche plus prudente encore que celle des prescriptrices et prescripteurs. Elles utilisent donc ce médicament correctement sans prescription. Enfin, le risque d'utilisation de la pilule malgré une contre-indication est similaire que la pilule soit délivrée avec ou sans ordonnance. Mais la pilule à libérer est celle qui n'est pas « en crise ». En effet, seules les pilules progestatives (de premières générations) sont visées par cette possibilité car non associées à un sur-risque sanitaire. Les pilules de premières générations sont les plus remboursées et le remboursement constitue l'argument de maintien de l'ordonnance.

Par conséquent, l'ordonnance ne semble pas avoir la même fonction selon la génération de la pilule prescrite : garante du remboursement pour les pilules de premières générations (1 et 2G), elle représente surtout un outil de contrôle médical pour les pilules de dernières générations (3 et 4G), comme l'illustre l'expérience d'Eva lorsqu'elle a souhaité renouveler sa pilule avec une ordonnance dépassée :

« J'ai eu une période un peu dure, c'est pas le fait de la prendre, c'est le fait d'aller la chercher en pharmacie. [...] Et en fait elle [la pharmacienne] a vu vraiment que j'étais désespérée, je lui ai vraiment expliqué que j'étais dans l'Aveyron, que j'avais oublié de la prendre, que j'avais vraiment la bonne ordonnance mais que je m'étais trompée d'année, enfin de mois, je sais pas ce que j'ai foutu. Et ce qui a pesé dans la balance, elle me l'a dit aussi à la fin, c'est parce que c'était pas remboursé. Ça, elle me l'a dit à la fin. » (19 décembre 2016)

³⁰⁹ Ces casquettes étant cumulables.

³¹⁰ (Collectif Libérez ma pilule 2017)

Ici une pilule de troisième ou quatrième génération semble paradoxalement plus accessible que celles de premières générations en cas de présentation d'une mauvaise ordonnance. Cela peut s'expliquer par le fait que les pilules de dernières générations, non remboursées, représentent un moindre coût pour le système de santé. Le critère économique surpasse ici celui de la responsabilité médicale.

La variabilité du remboursement selon les générations de pilules crée de la confusion chez les usagères au moment d'un changement de contraception orale et favorise les inégalités financières. L'ancienne pilule de Laura lui coûtait trois euros. N'ayant pas été informée du coût de sa nouvelle pilule par sa gynécologue, ce n'est qu'au moment de l'achat qu'elle découvre que le prix s'élève à une quarantaine d'euros. Le coût représente en effet un critère significatif dans le choix d'une méthode contraceptive, comme l'illustrent les propos de Fanny :

« [...] au début je prenais la Jasminelle[®] et elle coûtait vingt-cinq euros et euh c'était un peu plus chiant mais après j'ai eu la Leeloo[®] t'sais et elle est remboursée donc euh c'était trois euros ou un truc comme ça donc ça m'amputé pas trop mon budget quoi. Mais c'est vrai que ça avait un coût. [...] J'ai accepté de changer Jasminelle[®] par rapport au coût. » (31 mars 2014)

L'ordonnance reste donc un outil de pouvoir médical en ce qu'elle favorise les consultations, les (nouvelles) prescriptions et la dépendance au corps (para)médical, et ce, pour des raisons pas nécessairement médicales.

En cas de défaillance d'ordonnance (dépassée ou absente) l'on pourrait en effet s'attendre à ce qu'une pilule de premières générations soit plus facilement délivrée qu'une pilule de dernières générations. Or, les logiques de délivrance sont toutes autres. Les usagères ont l'habitude de se rendre dans une pharmacie en particulier située dans un quartier qu'elles fréquentent (celui de leur domicile ou de leur travail). Pour des raisons pratiques, il peut leur arriver de se rendre à la pharmacie la plus proche de chez leur médecin ou de leur activité en cours au moment de l'achat de la pilule. Mais cela nécessite d'être prévoyante en ayant la carte vitale et la mutuelle sur soi. Andréa indique justement privilégier une seule pharmacie afin d'éviter « de tout redonner » (carte vitale et mutuelle) dans une autre officine. Elia, quant à elle, préfère avoir la possibilité de se rendre sans encombre dans n'importe quelle pharmacie : « dans mon sac j'ai toujours ma mutuelle et ma carte vitale, peu importe celle où j'vais en fait ». Tout en montrant le rangement en question, elle précise : « C'est ma pochette où j'ai tout ce que j'ai besoin : carte bleue, ordonnance. Parce que des fois ça peut t'arriver tu pars en vacances, t'as oublié ton ordonnance, donc moi j'ai toujours mon ordonnance avec moi. Et tant mieux d'ailleurs parce que quand je suis partie en vacances sur la côte Basque, heureusement que j'avais mon ordonnance parce que je

n'avais plus de pilule et je savais que j'avais mon ordonnance et ma mutuelle et ma carte vitale, j'ai juste été à une pharmacie et c'était réglé » (22 mars 2014). Se rendre régulièrement dans la même pharmacie ne représente pas seulement un avantage pratique. C'est aussi, selon un réseau de familiarité, la garantie d'avoir plus facilement accès à son moyen de contraception en cas de défaillance d'ordonnance, comme en témoigne les jeunes femmes, mais également leur entourage :

« [...] si jamais j'ai perdu une plaquette ou si jamais je l'ai pas sur moi ils ont déjà une ordonnance. Donc je leur dis : "voilà vous avez une ordonnance, vous avez tout mon dossier, est-ce que je peux avoir la plaquette parce que je l'ai perdue ?" [...] Ça m'est arrivé une fois ou deux et ils me l'ont donnée. Mais là ils donnent une plaquette, ils ne donnent pas le paquet. » (Aurore, 20 juillet 2016)

« Ça m'est arrivé mais comme la pharmacienne me connaissait bien mais que je disais elle [sa fille] a rendez-vous là mais elle en pas assez [de pilules] pour aller jusque-là. Elle me l'avancait carrément. Et donc après je lui ramenais l'ordonnance et elle me le mettait comme si, comme quoi elle me l'avait donnée. [...] Non j'ai jamais eu de problème de ce côté-là. À chaque fois elles me l'ont avancée. [...] C'était une plaquette, juste pour dépanner pour aller jusqu'au rendez-vous. » (Yvonne, mère d'Andréa, 12 juin 2018)

« [...] ça lui arrivait souvent ça de perdre l'ordonnance. [...] Ben il me l'a donnée, ouais [sans ordonnance], parce que c'était une pharmacie que je connaissais. Oui, oui j'ai dit que c'était la pilule de ma fille et qu'elle allait se refaire marquer l'ordonnance mais que là elle en avait plus et qu'il fallait qu'elle la reprenne, qu'elle pouvait pas attendre. Je crois que ça m'est arrivé moi aussi une fois, qu'ils voulaient pas me la donner. J'ai appelé Laura et j'ai dit que je pouvais pas la récupérer. Oui elle perdait souvent les ordonnances. » (Christine, mère de Laura, 6 octobre 2016)

« Je sais plus si c'était ça [la pilule] ou son truc pour l'asthme. J'y étais allé avec sa carte d'identité et tout. [...] J'avais tous les papiers, j'ai dit que c'était pour ma copine, j'avais sa carte d'identité et tout. Non, non ils ont pas, ils ont pas posé de problème. Je crois qu'elle la connaissait en plus l'infirmière. Enfin la pharmacienne ! » (Christian, partenaire d'Elia, 14 septembre 2016)

Extrait de journal de terrain, 2 mars 2016

Lors d'une conversation informelle, deux interlocutrices exposent leurs stratégies de renouvellement de pilules. Toutes deux s'accordent à dire qu'il est « pénible » de devoir retourner chez le médecin pour faire renouveler l'ordonnance de pilules. Elles ont pour habitude d'aller dans une pharmacie une semaine avant la fin de leur plaquette pour effectuer le rachat. S'y rendant avec une ancienne ordonnance, elles prétextent qu'elles en sont à leur dernier jour de prise et qu'elles ont donc immédiatement besoin d'une nouvelle plaquette. L'une d'elles précise alors qu'il faut parfois changer de pharmacie quand la stratégie est trop souvent utilisée, mais que les pharmaciens sont « obligés » de délivrer une pilule, même si l'ordonnance est ancienne, et ajoute qu'« il ne faut pas hésiter à insister »

En miroir, cet arrangement est bien plus compromis si les usagères se rendent dans une pharmacie qui ne dispose pas déjà de leur dossier (para)médical :

« J'avais pas renouvelé l'ordonnance et du coup je vais dans une pharmacie et il me la vendait quand même, même si l'ordonnance était périmée. Mais c'est que dans la pharmacie où ils me connaissent. Ça aussi ça m'est arrivé, avant qu'ils me connaissent dans cette pharmacie, d'aller dans d'autres pharmacies et les supplier tu vois pour expliquer que mon rendez-vous il a été trop loin, que ça craint, que si là je la prends pas c'est risqué. Ah non, non non ils te la vendent pas. Ben je sais pas je me suis toujours débrouillée à... mais il fallait chercher, enfin tu vois il fallait vraiment pleurer et tout. » (Ambre, 5 juillet 2016)

« [...] dans ma maison de campagne, dès fois ça m'arrive d'oublier ma plaquette, je suis comme une conne du coup je vais à la pharmacie en urgence, sans ordonnance en plus et normalement ils la délivrent pas mais bon je fais mon regard : "s'il vous plait, j'veux pas de bébé !" et du coup ça passe [...]. Sinon oui c'est toujours la même pharmacie [...] dans le quartier. [...] 'Fin c'est la pharmacie de famille, on va toujours là depuis toujours, ils me connaissent par cœur. » (Cyrielle, 4 avril 2014)

La variable permettant d'accéder à la contraception orale avec une ordonnance défaillante est donc moins la génération de la pilule que le degré de familiarité entre l'usagère et le personnel de pharmacie, ce que confirment les entretiens réalisés auprès des pharmaciennes et vendeuses en pharmacie.

Ces professionnelles accèdent inégalement aux demandes des patientes selon le profil de celles-ci. Une pharmacienne explique tenir compte de critères socioprofessionnels en conseillant davantage le préservatif à une femme qu'elle perçoit comme issue de classe populaire, qui n'est pas suivie médicalement et qui ne parle pas français, plutôt qu'à une femme « insérée » (selon ses termes en entretien,

16 février 2017) et dotée d'un certain bagage scolaire. Les adolescentes et jeunes adultes sont particulièrement désavantagées par ces logiques, non médicales. Si l'une des vendeuses affirme (17 janvier 2018) que les femmes plus âgées arrivent plus souvent sans ordonnance, l'ensemble du personnel de pharmacie enquêté déclare pourtant faire dans ce cas davantage confiance à ces mêmes usagères plus âgées, à qui elles délivrent plus facilement une contraception en cas de défaillance d'ordonnance. Le refus de délivrance est alors présenté comme de la bienveillance envers les plus jeunes. Pharmaciennes et vendeuses mobilisent deux rhétoriques distinctes pour expliquer le traitement différencié qu'elles accordent aux jeunes usagères. Les premières ont insisté sur le coût engendré pour le système de santé, tandis que les secondes ont davantage argué qu'une mauvaise délivrance pouvait leur retomber dessus et que, selon leur dire, les « conditions arbitraires » de délivrance d'une pilule avec/sans ordonnance sont établies par les employeurs et employeuses. Un changement de direction de la pharmacie entraîne donc potentiellement un changement de directive quant aux délivrances avec ordonnance défaillante, favorisant « des conflits au comptoir » entre vendeuses et usagères. Il s'agit alors de jongler entre deux règles contradictoires : ne pas faire de délivrance sans ordonnance et ne pas laisser une usagère sans contraception.

Du reste, les discours des vendeuses et pharmaciennes rencontrées se rejoignent en divers points. D'abord, toutes se réclament comme conseillères. Elles répondent aux questions, expliquent les traitements. « Je suis pas là juste pour balancer la boîte », affirme une pharmacienne (13 février 2017). Les pharmaciennes et vendeuses sont, selon leur dire, « le dernier rempart » entre les usagères et les médicaments et pallient parfois les consultations médicales expéditives. Cependant, leurs discours sont significativement empreints de « paternalisme médical » (Quéré 2016). En effet, elles appréhendent les usagères âgées comme sachantes et associent les plus jeunes aux risques d'IST et à l'usage contraceptif dans le secret. Face aux jeunes usagères présentant une ordonnance défaillante, les professionnelles : rappellent l'importance de se faire suivre gynécologiquement et de se munir d'une ordonnance récente lors du prochain achat ; interrogent l'usagère pour déterminer la connaissance de son traitement (généralement en lui demandant le nom de sa pilule et en évaluant son degré d'hésitation) ; téléphonent parfois au médecin pour avoir une preuve ou un suivi de la prescription ; « dépannent » éventuellement mais « avec une piqure de rappel » selon leur formulation. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte dans cette dernière étape. Les usagères ont plus de chance d'accéder à leur requête si elles sont connues de la pharmacie ou si elles habitent loin et présentent des signes d'urgence. Dans ce cas, « dépanner » signifie ne délivrer qu'une seule plaquette de pilule au lieu des trois constituant habituellement une prescription. Vendeuses et

pharmaciennes différencient aussi une ordonnance dépassée d'une ordonnance absente. Dans le premier cas, elles délivrent la contraception car une ordonnance dépassée est tout de même gage d'un suivi gynécologique dont les délais de rendez-vous sont parfois longs. Dans le cadre d'une requête sans ordonnance, les vendeuses et pharmaciennes donnent davantage de « conseils » à l'usagère sans que celle-ci n'en ai demandés, questionnent la jeune femme pour savoir si elle est suivie médicalement, lui conseillent *a minima* de voir un·e médecin généraliste (la situation étant évaluée comme urgente et les délais de rendez-vous étant moins longs que chez les spécialistes).

Tableau 9 - Logiques de délivrance de contraception orale aux jeunes usagères par le personnel de pharmacie

Génération de pilules		2G	3-4G	Critères	Logiques
Fonction de l'ordonnance		Remboursement	Contrôle médical		
Ordonnance défailante	Dépannage en cas de validité dépassée	Questionné : au regard du coût engendré pour le système de santé	Envisagé : car moindre coût pour le système de santé	Réseau de familiarité et droit d'accès à la contraception	Professionnelles (selon consignes arbitraires) Économiques > médicales
	Dépannage en cas d'absence	Compromis : • Conseils donnés spontanément • Interrogatoire • Redirection vers suivi médicalisé		Réseau de familiarité	Professionnelles (selon consignes arbitraires) « Paternalisme médical »

Paradoxalement, la connaissance contraceptive des usagères peut également participer à renforcer la suspicion du personnel de pharmacie. L'une des vendeuses (17 janvier 2018) donne l'exemple d'une « petite jeune » souhaitant avoir recours à la contraception d'urgence. En se basant sur le fait que la jeune femme n'a pas vu de gynécologue « depuis longtemps » et connaît les effets de la pilule du lendemain, et tout en reconnaissant que c'est « de l'ordre du ressenti », la professionnelle suppose alors d'une part, que la contraception d'urgence serait la contraception habituelle de l'usagère, et, d'autre part, qu'elle se rendrait tous les mois dans différentes pharmacies afin de finir par l'obtenir. Pourtant, des connaissances erronées en matière de contraception d'urgence persistent chez les jeunes femmes (Rahib et Lydié 2017) et la question des modalités de délivrance des pilules du lendemain reste floue chez les plus jeunes, d'autant plus pour les usagères peu pourvues en capital scolaire (Amsellem-Mainguy 2007).

Tableau 10 - Relations de soin établies par le personnel de pharmacie selon l'âge des usagères et en cas de défaillance d'ordonnance

Profil usagère	Statut octroyé aux usagères	« Ressenti »	Postures adoptées face aux usagères	Âgisme	Type de relations de soin
« Jeunes »	Déviantes	Souçons (d'usage en dehors de la « norme contraceptive » et dans le secret, de risques d'IST)	Bienveillante, contrôle, conseillère	Défavorable	Paternaliste
« Âgées »	Sachantes	Confiance	Vendeuse, conseillère	Favorable	Égalitariste

Basé sur cinq variables traitées jusqu'ici, le tableau ci-dessus illustre le cheminement de pensée permettant de constater deux « types de relations de soin » (Mulot 2014, p. 58), inégales, établies par les pharmaciennes et vendeuses en pharmacie avec les usagères, paternalistes envers les jeunes femmes, par contraste égalitaristes envers les usagères plus âgées.

L'achat médicalisé implique donc un contrôle (para)médical, et s'inscrit dans un parcours médicalisé plus large pouvant enfermer les usagères dans une forme de « camisole chimique³¹¹ ».

D'une première pilule à une « camisole chimique » ?

L'âge auquel les femmes consultent un·e gynécologue pour la première fois est peu documenté et il y a donc peu de données sur les premières consultations (Guyard 2010a). Les usagères se souviennent globalement de ce premier rendez-vous, mais certaines informations sont parfois approximatives, rectifiées d'un entretien à l'autre, et plus rarement absentes. Par exemple, elles sont parfois davantage en mesure de donner une tranche d'âge correspondant à la période de leur première consultation plutôt qu'un âge précis. En moyenne, les interlocutrices se rendent à un premier rendez-vous gynécologique à l'âge de 19 ans (18 ans pour l'âge médian), sachant que les âges des interlocutrices au premier rendez-vous varient de 16 à 27 ans. Pour rappel, les usagères ont en moyenne pris leur première pilule à 17,7 ans. Cela s'explique par

³¹¹ Cette expression est notamment employée pour penser la place du consentement dans le cadre d'une prise de médicaments psychiatriques. Voir à ce titre les articles du site de l'association Comme des fous (Joan 2021).

le fait que certaines ne se soient pas tournées vers un·e gynécologue pour la première prescription, et ont donc fait leur entrée dans la « carrière gynécologique » de manière « indirecte » (Koechlin 2021, p. 378). Le premier rendez-vous gynécologique est entendu ici comme la première consultation avec un·e gynécologue. Camille et Ana datent leur premier rendez-vous à l'âge de 16 ans, soit au même âge que leur première prise de pilule. Leur premier rendez-vous gynécologique correspond en effet à leur première prescription de pilule. 17 ans, l'âge moyen de la première prescription de pilule, est aussi celui le plus déclaré (par 5 des usagères) lors de la première consultation gynécologique. Trois autres ont consulté à l'âge de 18 ans, trois autres encore à 21 ans ; une à 22 ans ; une à 23 ans et Dévi déclare son premier rendez-vous à l'âge de 27 ans au moment de sa grossesse. Sur les seize usagères auprès de qui ces informations ont pu être recueillies, la moitié (8) déclare que le premier rendez-vous gynécologique correspond à la première prescription de pilule. La première consultation renforce effectivement le modèle contraceptif (*Ibid.*, p. 371), ou, pour le dire autrement, « norme gynécologique » et « norme contraceptive » se légitiment mutuellement. Cinq autres avaient déjà eu une prescription de pilule réalisée par un·e autre professionnel·le de santé au moment de leur premier rendez-vous gynécologique : Dévi, Camille et Laura se la faisaient prescrire par leur médecin généraliste, Cyrielle par son pédiatre et Fanny par le personnel d'hôpital au moment de son usage strictement médical à 13 ans. Même dans ce cas, la première rencontre avec un·e gynécologue peut correspondre à une prescription ou un renouvellement de pilule (c'est par exemple le cas de Cyrielle). Pour l'écrasante majorité (13) le premier rendez-vous gynécologique marque donc l'entrée ou la poursuite d'un parcours contraceptif médicalisé. Ce premier rendez-vous correspond *a minima* à l'entrée dans un parcours de santé médicalisé y compris pour la minorité des usagères (maximum trois) qui se verront prescrire une pilule après leur première consultation gynécologique.

Au moins neuf usagères ont (eu) un·e gynécologue en commun avec leur mère et neuf également ont déjà été en rendez-vous accompagnées par celle-ci (en consultation ou uniquement en salle d'attente) ou l'ont accompagnée. Parmi les neuf usagères ayant déclaré avoir un·e gynécologue en commun avec leur mère ou avoir déjà été accompagnée par celle-ci, sept déclarent les deux situations. Mais seulement pour deux d'entre elles la mère est la personne initiatrice à la première prise de pilule. Si les mères interviennent peu sur la durée, elles interviennent quasi-systématiquement à un moment donné du parcours contraceptif de leur fille (généralement lors de la première consultation) pour au moins onze d'entre elles : que ce soit comme initiatrice à une prise de pilule, comme accompagnatrice en rendez-vous, ou en orientant l'usagère vers un·e médecin. Il est intéressant de noter que les cinq usagères (Dévi, Vaani, Rosa,

Lisa et Emma) qui ne déclarent aucune de ces trois situations sont, d'une part, issues de familles pratiquantes (hindouistes, musulmanes, protestante) ; et, d'autre part, mobilisent majoritairement (4 des 5) la figure du médecin comme personne initiatrice et les paires dans une moindre mesure (1 à 2 sur les 5). Face à une faible implication ou sollicitation des proches, le statut d'expert des professionnel·le·s est donc réaffirmé par les usagères issues de familles pratiquantes.

Pour trois autres, le médecin traitant de la famille a déjà été une interlocutrice ou un interlocuteur privilégié·e pour des questions de contraception. Le chapitre 8 montrera d'ailleurs les limites au fait d'avoir des médecins en commun avec la famille et en particulier avec les mères, qui ne proposent qu'un seul modèle médical (allopathique libéral) à leurs filles, peu enclin à un choix contraceptif libre et éclairé. Ce fait permettra de relativiser la variable de la religion comme (unique) obstacle à l'émancipation.

Dévi et Vaani déclarent que la contraception est un sujet tabou dans la famille et n'ont donc pas déclaré de médecins en commun avec celle-ci. Rosa, quant à elle, utilise la contraception dans le secret de ses parent·e·s et ne déclare donc pas de médecin en commun avec elleux.

Les interlocutrices consultent des médecins qui travaillent en structures libérales (cabinets de ville ou cliniques). Sur les quinze usagères avec lesquelles cela a été abordé en entretiens, douze généralistes ont déjà été consulté·e·s pour des questions de contraception, dont sept femmes et cinq hommes. Par contraste, ce sont au moins vingt-trois gynécologues que les usagères ont rencontrés et principalement des femmes : au moins quatorze. Si les médecins généralistes gardent leur statut de médecin de famille, l'on constate un plus fort « nomadisme médical » (Fainzang 2006) de la part de ces usagères envers les gynécologues. À partir d'une première grossesse (menée à terme ou non), les interlocutrices ont davantage affaire à des obstétriciens (hommes) qu'elles ont notamment en commun, sans même se connaître elles-mêmes : c'est durant son parcours d'IVG qu'Elia consultera le même médecin que Christine (mère de Laura) et l'on peut également mentionner que Camille et Vaani (deux usagères mères) ont aussi un obstétricien en commun. Parmi les professionnel·le·s de santé déclaré·e·s par les usagères, seul·e·s trois praticien·ne·s sont référencé·e·s sur le site Internet Gyn&Co (qui recense des professionnel·le·s de santé identifié·e·s comme ayant une pratique féministe) et n'ont pour autant pas été choisi·e·s par les usagères pour cette raison. Celles-ci ne sont en effet pas familières de ce procédé.

Lors du premier rendez-vous consacré à de la contraception, seules Elia et Aurore déclarent que d'autres moyens contraceptifs ont été proposés, sans pour autant se souvenir desquels (il peut s'agir simplement de différentes pilules) ni de ce

qui a été dit à leur propos. Au moins onze affirment se souvenir que leur médecin n'a abordé aucun autre contraceptif qu'une pilule, qu'elles aient demandé elles-mêmes la pilule ou un moyen contraceptif en général. Les usagères déclarent donc que la pilule est le moyen contraceptif qui leur est proposé en première intention. D'une part, cela restreint le choix de la première contraception :

« Je pense qu'on peut pas faire un choix si on n'a pas tous les éléments. Actuellement on nous dit : "tu veux avoir une méthode contraceptive, prends la pilule". En général c'est ça » (Aurore, 20 juillet 2016).

D'autre part, la connaissance des possibilités est entravée et la logique du « calcul bénéfices-risques a été complètement intégré par les usagères dans l'idée qu'il s'agit d'accepter [le moyen contraceptif] le "moins pire" »³¹² :

« On va nous... pas nous imposer, mais c'est vraiment, on va donner un unique choix et quand ça marche pas on va passer à un autre choix. Mais tant qu'il n'y a pas un souci ou un problème on va pas chercher. On va plus aller dans la facilité » (Vaani, 30 juin 2016).

Avant ou dès leur première consultation gynécologique, les usagères entament un parcours contraceptif médicalisé duquel il apparaît difficile de sortir. À ce titre, Paul B. Preciado dénonce la collusion entre le féminisme et l'industrie pharmaceutique en contexte capitaliste (Preciado 2008) : avec la diffusion de moyens contraceptifs hormonaux et leurs usages multiples (vertus contraceptives mais aussi médicales), l'auteur dénonce une forme de « camisole chimique » pour les femmes pour qui il devient d'autant plus difficile de se défaire d'un traitement hormonal. Entamer une prise de pilules pour raison médicale et la poursuivre pour raison contraceptive (ou l'inverse) favorise un usage prolongé des hormones synthétiques :

« On n'avait pas du tout de rapport sexuel mais il [le médecin généraliste] m'a dit de prendre la pilule. Ouais au début c'était pour ça [règles abondantes et acné] et puis j'ai continué quand j'avais des rapports » (Camille, 10 avril 2014).

Si la pilule peut pallier certains maux, la prise ou l'arrêt de celle-ci peut également en créer d'autres, devenant insidieusement le remède des maux qu'elle provoque :

« J'estime qu'on nous dit pas que le premier jour où on prend la pilule on nous empoisonne. Moi aujourd'hui j'ai l'impression que je suis un petit peu prise au piège parce que j'ai l'impression que mon seul moyen de recours pour arrêter mon acné [dû à l'arrêt de la pilule], c'est une chose que je vis très mal surtout à 24 ans, mon seul moyen c'est de reprendre la pilule. Non pas pour un moyen contraceptif du coup mais pour me soigner l'acné. Donc aujourd'hui non je ne suis plus sous pilule, je lutte quand même parce que je ne l'ai toujours pas reprise » (Laura, 3 juillet 2016).

³¹² (Fonquerne citée par Lepertois 2017)

La situation de Laura illustre significativement le cas d'une « camisole chimique » (par le terme « poison »). Employant le champ lexical (dans cet extrait et dans le reste de l'entretien) de la coercition (« lutte », « obligation », « devoir », « piège », « impasse »), elle ne consent pas pleinement à cet usage, qu'elle expérimente comme un cercle vicieux : la pilule est d'abord prise pour un usage contraceptif, la prise de pilule est arrêtée (de manière consentie), une poussée d'acné fait suite à cet arrêt, la pilule est finalement reprise pour un usage dermatologique (de manière contrainte). L'usage n'est alors pas émancipateur, le sentiment évoqué étant l'« angoisse ».

Néanmoins, les traitements hormonaux peuvent également perturber le système sexe-genre à l'image de l'usage qu'en font les travestis Brésiliens par exemple (Sanabria 2013), ou les femmes cis qui font le choix de n'avoir ni règles ni enfant (Grino 2014). Dans ce cas, la pilule peut être appréhendée comme un « lifestyle drug » c'est-à-dire un traitement permettant une amélioration de vie, chez des femmes déjà en bonne santé (Watkins 2016, p. 44 et 57). Par exemple, Camille se préoccupe peu des effets néfastes que la pilule pourrait avoir sur son organisme et se concentre sur cet aspect « lifestyle » en détournant le mode de prise (en passant à une prise en continu avec une pilule comportant une semaine d'arrêt) pour optimiser son corps dans le cadre de compétitions de sport :

« Si par exemple je veux pas avoir mes règles, je continue à prendre la pilule [...] je la prends un jour de plus et ça retarde [l'arrivée des saignements] [...] non ça m'est arrivé une ou deux fois c'est quand j'faisais d'la gym t'sais. C'était pratique [...] pendant les compétitions » (Camille, 10 avril 2014)

La pilule comme « lifestyle drug » peut alors s'entendre comme une biotechnologie qui constitue une ressource pour une forme de performance (Gardey 2013, p. 149). Lors d'une session d'observation en centre de santé (27 avril 2018), entre deux consultations, une professionnelle de santé explique que certaines patientes prolongent leur contraception hormonale (même si elles ne veulent plus d'hormones) le temps du ramadan, pour ne pas avoir (perpétuellement) leurs règles (surtout si elles sont abondantes) et ainsi éviter d'avoir à jeuner seules après tout le monde.

Le fait que les usagères puissent contourner les usages premiers de la pilule en fait un objet flexible aux frontières floues (par ses usages multiples). Les bénéfiques sont donc culturellement définis en ce qu'ils sont, d'une part, évolutifs et, d'autre part, à tirer à partir des effets qui étaient envisagés initialement comme secondaires (Sanabria 2009, p. 178). Envisager la pilule de la sorte ne permet pas pour autant de surmonter l'idée que les corps des femmes seraient pathologiques par nature, puisqu'à améliorer au regard du modèle du corps de la figure de l'homme (blanc).

Les parcours contraceptifs sont inhérents aux parcours biographiques. Sans surprise, les seconds impactent les premiers, par exemple lorsqu'une mise en couple s'accompagne du passage de l'usage du préservatif à celui de la contraception orale. Mais les parcours contraceptifs et médicaux impactent tout autant les parcours de vie (Bessin et Levilain 2012). La dépendance des usagères au corps (para)médical influe sur les parcours contraceptifs et, *a fortiori*, biographiques. Les cas les plus significatifs sont sans doute ceux traduisant les manquements des professionnel·le·s (l'absence d'information donnée quant aux risques lors d'un changement de pilule), dont les conséquences s'inscrivent directement au sein des corps des femmes (par une GNP) et du reste de leurs parcours de vie (par la maternité). En outre, les chances d'utiliser plusieurs pilules, donc de cumuler des changements contraceptifs et de favoriser les risques de GNP qui leur sont associés, augmentent avec la durée de prise. Les usagères ne sont donc pas les seules à responsabiliser. Les professionnel·le·s de santé doivent fournir l'ensemble des informations pour un usage optimal, surtout dans le cadre, devenu courant, de prises de longue durée.

Devant faire face à une forte possibilité d'oubli et de gestion incorrecte de la contraception orale, les interlocutrices développent des « compétences contraceptives » telles que l'observance et la capacité de « bricolage » venant pallier la difficulté d'une gestion à la fois sans doute trop eseuulée et dont les alternatives sont peu présentées. En tentant d'anticiper les achats, en testant, choisissant et changeant au besoin les heures d'ingestion et les lieux de rangement de leur pilule, les usagères adaptent au mieux leur contraception à leur mode (instable) de vie. En effet, leurs parcours biographiques sont marqués par une forte mobilité qui détermine leurs usages de pilules : les degrés de visibilité de la contraception orale renseignent sur leur(s) lieu(x) de résidence, tandis que la fonction du lieu de rangement de la plaquette de pilule en cours d'utilisation (celle de pense-bête) permet de s'adapter à cette mobilité (notamment quand la plaquette est conservée dans le sac à main). Les changements dans la gestion de la contraception orale témoignent donc de l'évolution des parcours de vie des jeunes femmes. Les usagères font néanmoins face à des injonctions contradictoires, car s'il est attendu des « compétences contraceptives » de leur part, l'application de celles-ci semble devoir se limiter au cadre de la « norme contraceptive » et ne pas compromettre leur dépendance au corps (para)médical. Les usagères ne sont censées ni mobiliser leurs connaissances du système de soin pour déroger à une défaillance d'ordonnance, ni les mettre à profit afin de se procurer facilement une méthode contraceptive telle que la contraception d'urgence. Pourtant, la mobilité semble favoriser la possibilité d'oubli, en ce qu'elle nécessite une anticipation (des achats par exemple) accrue de la gestion de la contraception orale.

Dès l'adolescence, les jeunes femmes sont plongées dans un parcours médicalisé. D'abord, du fait des propriétés médicales de la contraception orale, la moitié d'entre elles ont commencé à prendre une pilule avant même d'avoir des rapports sexuels. Le traitement anti acnéique Diane 35[®] est, à ce titre, le deuxième contraceptif oral le plus prescrit aux usagères. Ensuite, elles font l'expérience d'une utilisation prolongée de la pilule (par ses multiples usages possibles) et de contacts récurrents avec les professionnel·le·s de santé, favorisant le maintien de ce processus sur la durée. Enfin, des logiques non médicales sont légitimées. L'âgisme (en défaveur des jeunes usagères) et le « paternalisme médical » agissent comme outils de contrôle social d'accès à la contraception en cas de défaillance d'ordonnance. Dans une telle situation, le degré de familiarité entre usagères et personnel de pharmacie devient palliateur de cette défaillance. L'ordonnance représente alors un outil d'autorité médicale aux fonctions variables. Cependant, ces pratiques doivent être comprises dans un contexte particulier où le personnel de pharmacie pallie régulièrement à des consultations médicales expéditives et de longs délais de rendez-vous. À ce système de santé saturé s'ajoute « la crise » latente de la pilule, au sein de laquelle les professionnel·le·s souhaitent se prémunir des risques médico-légaux. Pourtant, la responsabilité des professionnel·le·s (que les jeunes femmes présentent par ailleurs rarement comme personnes ressources exclusives), la dépendance (para)médicale des usagères, ainsi que les discriminations associées, pourraient être amoindries, par exemple si les pilules de première et deuxième générations étaient en libre accès.

Finalement, malgré les craintes du corps médical, les interlocutrices témoignent d'usages de pilule maîtrisés. D'une part, la première raison mentionnée lors d'un recours à un test de grossesse est le besoin de se rassurer en cas de retard des saignements (y compris lors d'une période identifiée comme étant sans risque). D'autre part, l'oubli de pilule n'est que la troisième et dernière raison invoquée dans le cadre de l'utilisation d'une contraception d'urgence et ne concerne que deux usagères. Au fil des prochains chapitres il convient alors de s'intéresser aux rôles et aux implications des actrices et acteurs qui interfèrent dans les parcours des femmes, à savoir les professionnel·le·s de santé et l'entourage des interlocutrices.

CHAPITRE 6 – L'ACCÈS AU TERRAIN ET À LA CONTRACEPTION SELON LES CARACTÉRISTIQUES STRUCTURELLES DES LIEUX D'EXERCICE

Accéder aux structures et aux professionnel·le·s de santé et notamment de la gynécologie me paraissait (et c'est d'ailleurs parfois avéré) difficile (Guyard 2008). Contrairement aux groupes des usagères et leur entourage, il fallait se confronter à une institution que j'appréhendais avec son lot de démarches officielles et laborieuses :

2 décembre 2016

Une médecin m'explique que ce n'est pas possible de faire des observations de consultations en CDPEF à cause du secret médical et parce que je ne suis pas une professionnelle de santé. Cela nécessiterait de faire les démarches requises pour obtenir l'accord, difficile à avoir, du Conseil Départemental.

C'est l'analyse de cet accès au terrain que ce chapitre³¹³ se propose d'abord de développer. En effet : « Les conditions d'établissement de la relation d'enquête sont essentielles à restituer si l'on veut objectiver la relation enquêteur[·trice]/enquêté[e] » (Beaud 1996, p. 238). L'objectif est ici de rendre compte du dispositif de recherche mis en place ayant permis d'accéder à différentes structures, professionnel·le·s et pratiques de soin. Il s'agira aussi de montrer que la mise en place de ce dispositif et ses effets constituent un matériau exploitable à la fois au service de l'analyse, mais aussi comme pistes de résultats (Soulé 2007).

Après quelques tâtonnements éthiques et méthodologiques, les observations directes et à découvert auprès des professionnel·le·s interrogé·e·s se sont imposées comme principale méthode d'investigation des consultations, avec, par la suite, l'appui d'une grille d'observation. Ainsi, ce chapitre rendra successivement compte du « contexte d'enquête » (le recrutement des professionnel·le·s) ; du « contexte d'entretiens », de la négociation, l'accès et la délimitation du terrain ; des étapes de consultations et du « contexte individuel » (les informations recueillies sur les enquêté·e·s) (Beaud et Weber 2003).

³¹³ Un grand merci à Auréline Cardoso pour avoir relu ce chapitre, dont la dernière partie fait par ailleurs l'objet d'une publication comme chapitre d'ouvrage dans le cadre du projet INGESCI.

6.1 L'accessibilité aux praticien·ne·s, révélatrice de la structure du système de soin

6.1.1 Des difficultés d'enquête révélatrices de la hiérarchie des professions

Les prises de contact avec les professionnel·le·s ont été initiées de deux manières : par réseaux d'interconnaissances (par mails ou par téléphone) ou *via* l'envoi de courriers³¹⁴. En ce qui concerne la première modalité de contact, des collègues universitaires m'ont par exemple transmis les coordonnées de quelques professionnel·le·s de santé, lequel·le·s m'auront redirigée vers d'autres consœurs et confrères, par effet « boule de neige ». Mais d'une manière générale, les professionnel·le·s me renvoient vers des collègues qui ont une approche médicale similaire à la leur et sont plutôt réticent·e·s à l'idée que je sollicite d'autres praticien·ne·s de leur part qui auraient une approche significativement différente. C'est ainsi que, dès l'étape du recrutement, commençait à se dégager une typologie (Becker 2002; Schnapper 2012) de pratiques professionnelles.

Parallèlement, certain·e·s d'entre eux ont spécifiquement été ciblé·e·s pour être recruté·e·s. C'est par exemple le cas de certain·e·s figurant dans la liste Gyn&co³¹⁵ qui recense des professionnel·le·s identifié·e·s par des usagèr·e·s et collectifs militant·e·s comme ayant une pratique féministe. Ont également été ciblé·e·s des professionnel·le·s membres (régulièrement conjointement) de la revue *Prescrire* et du REIVOC. Suite aux premières rencontres, j'ai pu assister à l'une des réunions du réseau, y être identifiée et renouveler ma demande de contact par mail, qui a cette fois-ci pu être transmise à l'ensemble des professionnel·le·s de la *mailing list* du REIVOC. Cette démarche s'est révélée bien plus efficace que l'envoi de courriers qui n'aboutissait à un échange que si je mentionnais contacter de la part d'un·e autre professionnel·le ou si leur spécificité d'exercice était mise en avant dans ma demande (pratique de l'auscultation à l'anglaise par exemple).

Il semblerait que ce soit moins l'envoi de lettres que le support papier de prise de contact qui soit peu efficace. En effet, les prises de contact avec les pharmaciennes et vendeuses en pharmacie ont principalement été réalisées par la remise de courriers en main propre en pharmacies, accompagnés d'une explication orale, mais ont aussi été les plus laborieuses. Régulièrement, les personnes rencontrées au comptoir m'indiquaient qu'elles transmettraient l'information à leur supérieur·e. Rapidement,

³¹⁴ Dont un exemple est disponible en annexes.

³¹⁵ (Gyn&co 2013)

le contenu du courrier et de l'explication qui l'accompagnait a dû être réajusté. Indiquant initialement recruter des pharmacien·ne·s, cela n'incluait pas le reste du personnel de pharmacie n'ayant pas ce grade (qui n'est pas une condition pour délivrer une pilule). Mais même en ayant par la suite élargi les statuts des personnes à solliciter, le recrutement de cette profession n'a pas plus fonctionné, que ce soit en face à face en pharmacies ou par effet « boule de neige » à la suite des premiers entretiens menés.

Aussi, alors que je l'avais envisagé, certain·e·s praticien·ne·s m'ont déconseillé de contacter des chef·fe·s de service, au risque de me voir fermer l'accès à plusieurs médecins d'une même structure. Si cela n'a pas été nécessaire en structures libérales, ce procédé était en revanche requis pour accéder aux structures publiques, d'autant que l'hôpital observé accueille des consultations dans le cadre du CDPEF. Cette configuration, ainsi que l'accord d'un·e des chef·fe·s de service (responsable d'équipe en hôpital), aura permis d'éviter la démarche encore plus fastidieuse à réaliser auprès du Conseil Départemental. Cela explique que les professionnel·le·s interrogé·e·s travaillant en CDPEF précisent qu'ils parlent en leur nom propre et non en celui de la structure.

En outre, certain·e·s professionnel·le·s étaient (se rendaient ?) plus disponibles que d'autres pour une rencontre. Les gynécologues ont par exemple été plus difficiles à recruter que les sages-femmes. Cela ne transparait pas à travers le nombre de personnes recrutées pour chacune de ces deux professions, il faut donc préciser que les première·e·s ont pourtant été sollicité·e·s sur une temporalité plus étendue. Un effet de hiérarchie transparaissait déjà au moment du recrutement, les gynécologues étant plus souvent réticent·e·s quant à la durée de l'entretien, comme l'explique une sage-femme : « plus on monte dans la hiérarchie, moins les gens sont disponibles », et comme le montre cet extrait de journal de terrain :

3 octobre 2016

Samedi 1^{er} octobre 2016 j'envoyais un courrier à la gynécologue lui proposant de participer à ma recherche. Aujourd'hui elle m'appelle vers 15h. Elle dit que je suis « inquiétante » quand j'indique que l'échange doit durer « une paire d'heures » car je « n'aurais pas beaucoup de gynécologues comme ça ». Non seulement « les gynécologues ne voudront pas me répondre » mais « aucun n'aura une paire d'heures à me consacrer ».

« Tout le monde a un avis sur la contraception » et « sur la manière de mener l'enquête », indiquait Alexandra Roux lors de sa soutenance (le 16 juin 2020), qui a

également investigué aux côtés d'expert·e·s de la contraception dans le cadre de son travail de thèse. En effet, les professionnel·le·s spécialistes formulaient également plus volontiers des conseils sur la manière dont les entretiens devaient être préparés et menés, de type : « je vais plutôt commencer par vous raconter ça » ou « réfléchissez bien à vos questions, ce ne sont pas les mêmes pour telle autre profession » ; et comme le montrent également ces extraits de journal de terrain :

15 mars 2017

La gynécologue me dit : « ne regarde pas ça [mon carnet de terrain], écoute, il faut que tu comprennes [ça], il faut que tu fasses ressortir [ça], il faut que tu comprennes [ça] pour pouvoir comprendre [tel autre point] ». [...] « On n'est pas des vendus aux laboratoires, il faut rester critique, il faut que tu comprennes ça, c'est important que tu l'entendes ».

Fin février 2018

Au téléphone avec une gynécologue afin de prévoir un entretien (qui aura lieu environ deux semaines plus tard, le 8 mars 2018), j'explique l'exercice de l'entretien en indiquant qu'il s'agit d'une conversation. Elle me répond que cela « doit quand même être un minimum préparé pour que ce soit valide » car c'est « pour une thèse ». J'explicité alors davantage en indiquant que c'est une méthode qualitative, que le format diffère par exemple de celui d'un questionnaire.

Cette même gynécologue me dira également que c'est important que je parle de l'Histoire de la contraception dans ma thèse.

Une forme d'asymétrie caractérise généralement les relations entre chercheur·e·s et enquêté·e·s. Mais, si le plus souvent le rapport de classe est à l'avantage des premier·e·s (Clair 2016a), ce n'est pas mon cas face à la population d'enquête composée des professionnel·le·s de santé. Les enquêté·e·s issu·e·s de classes sociales ou de professions dominantes se montrent plus enclin·e·s à vouloir diriger les entretiens et plus largement l'enquête pour laquelle iels sont sollicité·e·s³¹⁶.

Les difficultés liées au recrutement invitent à penser les biais de celui-ci (Beaud 1996). En effet, les premières personnes contactées étaient des femmes, qui me renvoyaient vers d'autres femmes, témoignant d'une certaine homophilie dans la sphère professionnelle et notamment dans le partage de leur approche de soin. La population d'enquête des professionnel·le·s de santé s'avère donc être largement composée de personnes assignées femmes, tandis que moins de dix sont assignées

³¹⁶ Voir à ce titre les travaux de Michel Pinçon et de Monique Pinçon-Charlot, sociologues spécialistes de la haute bourgeoisie.

hommes. Il conviendra donc de considérer l'impact du « régime de genre » (Connell 2006) sur les différentes pratiques des professionnel·le·s de santé.

De plus, les praticien·ne·s ayant accepté de participer à cette enquête sont potentiellement intéressé·e·s par la thématique de recherche et l'on pourrait supposer qu'ils seraient disposé·e·s à porter un regard réflexif sur leurs pratiques.

Finalement, les premiers contacts ayant abouti à des entretiens et, *a fortiori*, à des observations, concernent les médecins ayant une pratique de soin allopathique conventionnelle. Il semble en effet pertinent d'investiguer, dans un premier temps, des pratiques correspondant à une norme médicale, pour ensuite savoir repérer et caractériser des pratiques alternatives à celles-ci et affiner les questionnements posés en ce sens en entretiens ou en observations.

6.1.2 Favoriser des modalités d'entretiens propices au développement de l'enquête

Si l'on prend en compte les praticien·ne·s habilité·e·s à prescrire et délivrer une pilule (excluant la profession d'andrologue), la durée moyenne totale des entretiens avec cette population d'enquête est de 68 minutes. Le tableau ci-dessous détaille davantage les durées des entrevues.

Tableau 11 - Nombre et durée des entretiens menés auprès des professionnel·le·s (en min.)

	Nombre d'entretiens	Durée moyenne des entretiens	Durée de l'entretien le plus court	Durée de l'entretien le plus long
Gynécologues (9)	9	68	45	100
Généralistes (13)	14 ³¹⁷	78	50	120
Sages-femmes (9)	9	74	60	85
Pharmaciennes et personnels de pharmacies (4)	4	56	40	80

Si les généralistes sont les praticien·ne·s m'ayant accordé le plus de temps en entretiens, ces dernier·e·s sont aussi les moins régulièr·e·s avec des écarts de durée allant du simple au double. Certain·e·s n'hésitaient d'ailleurs pas à rappeler l'importance du temps qu'ils accordaient en entretien en répondant à la question

³¹⁷ Comme indiqué en Introduction générale, un entretien a dû être réalisé en deux fois auprès d'une médecin généraliste, faute de temps pour le terminer lors de la première entrevue.

consacrée à la durée de leurs consultations médicales par : « Des longues, comme la votre [d'entretien] » (un médecin généraliste, cabinet de ville, 5 décembre 2017). Dans une moindre mesure, le schéma de temps et de durée des entretiens auprès des gynécologues est semblable. Les gynécologues représentent la profession prescriptrice ayant par ailleurs accordé en moyenne le moins de temps en entretiens.

La fin des entretiens était régulièrement propice à la négociation de demandes pour rééquilibrer le temps accordé à la chercheuse par les professionnel·le·s. Une gynécologue m'a sollicitée pour répondre à un questionnaire réalisé dans le cadre d'une formation en sexologie et le transmettre à d'autres participantes potentielles, tandis qu'un médecin généraliste m'a demandé de lui trouver un article scientifique, précédant sa requête de la réflexion « je veux pas abuser de vous, mais je vais le faire ».

Les modalités d'entretiens différaient également. Ils étaient réalisés quelques fois par téléphone lorsque les praticien·ne·s étaient géographiquement éloigné·e·s des lieux observés. Mais, le plus souvent, les entretiens avaient lieu en face à face, dans un des quatre lieux répertoriés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 12 - Lieux/modalités des entretiens menés auprès des professionnel·le·s

	Université Toulouse Jean Jaurès	Domicile de l'enquêté·e	Café/Restaurant	Lieu de travail de l'enquêté·e	Par téléphone	TOTAL
Gynécologues			1	6	2	9
Généralistes	4	2	2	4	2	14
Sages-femmes		2	3	2	2	9
Pharmaciennes et personnels de pharmacies		1			3	4
TOTAL	4	5	6	12	9	36

Si les entretiens étaient le plus souvent menés sur le lieu de travail des enquêté·e·s (ce qui a facilité l'accès aux observations comme le montrera la suite du chapitre), la deuxième modalité la plus fréquente est l'échange téléphonique. Afin de prendre en compte une certaine diversité des lieux d'exercice, les professionnel·le·s recruté·e·s exercent en milieu urbain mais aussi semi-rural et rural³¹⁸ ; d'où le recours au téléphone pour des raisons de praticité. Les entretiens auprès des pharmaciennes et vendeuses en pharmacie sont ceux qui ont été le plus fréquemment réalisés par téléphone proportionnellement aux entretiens réalisés par profession. Il s'agit là d'un

³¹⁸ Selon les professionnel·le·s, lorsqu'un centre hospitalier est à plus de trente kilomètres (cf. chapitre 4).

élément supplémentaire expliquant les difficultés rencontrées pour le recrutement de cette profession, les structures pharmaceutiques paraissant moins propices à la réalisation d'entretiens sur place. Plus largement, les échanges en face à face semblent favoriser le développement de l'enquête.

Les entretiens qui se sont déroulés sur le lieu de travail de la chercheuse ne concernent que des médecins généralistes. Deux ont en fait été menés auprès de la même personne, connue *via* une collègue de l'Université. Les deux autres ont été menés auprès de praticien·ne·s du REIVOC, avec qui j'entretiens des liens professionnels en dehors du cadre des entretiens et des observations de consultations³¹⁹.

Mobilisant une stratégie d'évitement d'auto-défense, l'ensemble des entretiens menés au domicile des interviewées l'ont été auprès de femmes (sages-femmes ou jeunes généralistes), garantissant *a minima* une sécurité face à d'éventuelles violences de genre, favorisées en cas de maîtrise inégale de l'environnement. Lorsqu'un terrain est mené par une enquêtrice, c'est une femme qui est demandeuse, insistante et qui manifeste des attitudes telles que l'écoute, la grande disponibilité et l'absence de jugement (qui caractérisent les compétences des sociologues) (Clair 2016a, p. 61). L'entretien nécessite également d'être mené dans un endroit calme, privé, isolé, et fait suite à une demande d'exclusivité. Il peut également impliquer une certaine proximité physique à l'écart du reste du monde et mime en ce sens le tête-à-tête amoureux (*Ibid.*, p. 55). La chercheuse peut alors paraître suspecte en ce qu'elle renverse le script sexuel convenable, d'autant plus si l'enquêté est un homme, hétérosexuel, et plus âgé (*Ibid.*, p. 56). Dès lors, considérer la sexualité dans la relation d'enquête dans une optique méthodologique permet de domestiquer l'angoisse des violences de genre et de l'intégrer dans l'analyse (*Ibid.*, p. 52).

Les professionnel·le·s recruté·e·s exercent, régulièrement conjointement dans deux structures différentes, traduisant une diversité des structures d'exercice et faisant la richesse du terrain. Alors, comment accéder aux sites à observer et selon quels critères délimiter les observations ?

³¹⁹ En assistant à des réunions ou en participant à des événements scientifiques organisés par le réseau.

6.2 Diversité des structures de santé, multiplicité des difficultés de terrain ?

Près d'une centaine de consultations ont pu être observées dans diverses structures (cabinets libéraux, clinique, hôpital ici dans le cadre de CDPEF, et centres de santé) et auprès de différent·e·s professionnel·le·s de santé.

6.2.1 L'enquête sous conditions

Enquêter auprès d'« ennemi·e·s » ?

Les observations ont systématiquement été menées après avoir obtenu un entretien avec au moins un·e professionnel·le travaillant dans la structure concernée. Les entretiens permettent, d'une part, aux interlocutrices·teurs d'avoir un aperçu de la recherche. De plus, leurs discours complètent les observations de leurs pratiques menées ultérieurement. D'autre part, la fin de l'entretien est un moment propice pour demander à assister à des consultations, d'autant plus s'il s'est bien déroulé. Le plus souvent, la première session d'observations était fixée une semaine après celui-ci. La première fois qu'une session d'observations a été programmée, cela faisait suite à un entretien réalisé sur le lieu de travail d'un·e praticien·ne, ce qui leur permettait peut-être de mieux se projeter en situation d'observations. Les entretiens ouvrant aux observations se déroulaient parfois dans un autre lieu de travail³²⁰ n'ayant pas été observé. C'est donc moins la structure dans laquelle a été réalisé l'entretien que le fait qu'il le soit sur un lieu de travail qui semble propice à la poursuite du travail de terrain.

Avant les entretiens, et au besoin à nouveau avant les observations, cette recherche était présentée comme une étude sur les prescriptions de contraception orale. Les professionnel·le·s pouvaient réclamer des précisions immédiates ou ultérieures en demandant « ce que je cherche » ou encore si j'observe « juste le comportement des gens » ou « est-ce que je dois avoir des résultats ». Même si cela a été conscientisé plus tard, les réponses apportées étaient différentes et adaptées selon le type d'approche de soin mobilisé par les professionnel·le·s. Si leurs pratiques semblaient s'inscrire dans une norme médicale dominante (comprendre une approche strictement allopathique et un exercice en libéral (Aïach et Fassin 1992)), les réponses étaient dépolitisées. Bien qu'il soit préférable, d'un point de vue éthique, que les enquêté·e·s connaissent exactement les raisons de la présence de la chercheuse, il n'était pas envisageable, dans ces cas, que j'indique par exemple prêter attention aux

³²⁰ Certain·e·s professionnel·le·s exercent dans différentes structures.

violences gynécologiques relatives à des prescriptions de pilules. Invitée lors d'un séminaire d'Arpège-EFiGiES³²¹ Toulouse consacré à l'antiféminisme, le 22 janvier 2016, l'anthropologue Mélanie Gourarier indiquait avoir été perçue sur son terrain, mené auprès de membres de la « Communauté de la séduction » (Gourarier 2013a; Gourarier 2013b), comme « une femme pas comme les autres » car « du côté de la science et donc du masculin ». Face aux enquêtés masculinistes, elle choisit une « position de silence » quant à son ancrage théorique et laisse les enquêtés décider de la place qu'ils lui accordent. De même, Martina Avanza ne contredit pas les militant·e·s de la Ligue du Nord, auprès de qui elle enquête, quand celles-ci la perçoivent spontanément comme une « alliée naturelle », simplement du fait de sa présence et de son statut de chercheure (Avanza 2008). Ainsi, lorsqu'une gynécologue présente cette thèse comme « s'intéressant au vécu des prescripteurs » à une collègue sur le point d'accepter ma présence, je ne réagis pas quant à la déformation du sujet d'enquête (que je n'ai par ailleurs jamais présenté comme tel). J'indiquais alors m'intéresser aux étapes de la consultation, à la manière dont celles-ci se déroulent, aux questions que posent les patientes. Cela semblait être une précaution minimale à prendre puisqu'en fin d'entretien au moment de négocier les observations, un gynécologue s'inquiète : « je vais devoir faire attention alors. »

Les réactions des professionnel·le·s, ainsi que leurs conditions, quant à l'éventualité des observations revêtaient une dimension plus politisée lorsque ces enquêté·e·s semblent avoir une pratique de soin en décalage avec la norme médicale. L'une d'entre elleux s'inquiétait de savoir si le LabEx SMS était un laboratoire pharmaceutique ; une autre m'indiquait que les professionnel·le·s de la structure dans laquelle elle travaille sont « contents quand des sociologues travaillent sur le milieu médical. »

Pérenniser le terrain

Des premières sessions d'observation ont eu lieu en clinique, là où s'était déroulé le premier entretien réalisé sur un lieu de travail. Après une première demi-journée d'observations, la gynécologue demande si j'ai besoin de revenir. Je réponds positivement en argumentant « qu'il a quand même été pas mal question de contraception dans les consultations, et notamment de contraception orale » et d'ajouter que cela complète bien son entretien » (1er mars 2017). À la fin d'une session

³²¹ Atelier n°2 organisé par Arpège-EFiGiES Toulouse lors de l'année universitaire 2015-2016 : « Mélanie Gourarier : sociabilités masculines hétérosexuelles au sein de la Communauté de la séduction en France ». Compte-rendu de l'atelier disponible ici : <https://efigies-ateliers.hypotheses.org/2344>

d'observations, cette médecin me prête deux livres médicaux (sur la contraception en général et sur la stérilisation) que j'envisage, outre comme un accès à une littérature médicale, comme un prétexte au moment où je retournerai les lui rendre pour négocier une éventuelle énième séance d'observations si besoin. En effet, les structures médicales et gynécologiques étant perçues comme difficiles d'accès (Guyard 2008), je percevais qu'une observation négociée n'était jamais acquise et ne garantissait pas l'accès à d'autres structures. Cette crainte était présente jusqu'à la première matinée d'observations où, me voyant dans la salle d'attente parmi les premières patientes de la journée, la gynécologue s'est exclamée : « Je vous avais complètement oubliée ! Je savais que votre tête me disait quelque chose » (1er mars 2017). Finalement, la stratégie envisagée au moment de rendre les livres n'a pas été nécessaire car la gynécologue m'a recommandée à une de ses « jeunes collègues » en cabinet de ville, qui a accepté ma venue. Elle lui a téléphoné un matin et nous convenons que je vais me présenter au cabinet le jour-même, en fin d'après-midi.

Cette nouvelle gynécologue enquêtée pose des conditions aux observations : que les patientes acceptent ma présence, que je ne les connaisse pas, que je n'intervienne pas et que je ne vois pas les auscultations. Ces deux derniers points ne faisaient en revanche pas partie des conditions d'observation chez son collègue obstétricien, qui m'interpellera régulièrement durant les consultations : « c'est le moment de demander à la dame si tu veux savoir quelque chose sur le stérilet » ou encore « en s'adressant à moi, face à une patiente en larmes : "ça t'inquiète toi ce que je dis ?" » (24 mai 2017) Une partie du chapitre suivant sera consacrée à ce type de situation violente.

Les professionnel·le·s m'ont indiqué être « la bienvenue à nouveau si besoin ». Une des conditions du maintien de l'observation à découvert est qu'« Il faut être attentif[·ve] à ce que la présence de l'observateur[·trice] peut apporter de positif pour les acteurs[·trices] sur lequel[·le]s elle pèse le plus. [...] Il s'agit donc parfois de tirer parti de ses qualités propres pour répondre aux attentes des acteurs[·trices] » (Arborio, Fournier et Singly 2008, p.37). Ma « timidité », ma « discrétion » semble avoir joué en faveur de ma présence en consultation. Selon la gynécologue auprès de qui les premières observations ont été menées, cela a été un « plaisir de m'avoir » car je suis « discrète » : « La secrétaire arrive dans le cabinet et me voit : "c'est vrai que vous êtes là, vous êtes bien sage, on vous entend pas". La gynécologue répond : "oui, elle a pas bougé" » (1er mars 2017). Cela ouvrait la possibilité d'accéder à une deuxième structure, comme une sorte d'examen réussi, puisque la gynécologue me recommandera auprès de l'une de ses collègues : « elle est mignonne, elle est

discrète » (8 mars 2017). Les professionnel·le·s mobiliseront ces « qualités », parfois infantilisantes, également face aux patientes au moment de les informer de ma présence : « La médecin me décrit à la patiente en disant que je suis “discrète”, que je suis “une petite étudiante qui se cache derrière le mur” » (22 mars 2017).

Enfin, l'accès au terrain diffère de celui de Laurence Guyard qui présente les hôpitaux comme plus accessibles que les cabinets de ville : « Si la présence de la sociologue a été favorablement accueillie par les gynécologues en centre hospitalier, elle fut systématiquement refusée en cabinet libéral, y compris par les gynécologues qui l'avaient acceptée dans le cadre de leurs consultations hospitalières. Tou[·te·]s ont alors légitimé leur refus en affirmant que la consultation en cabinet de ville serait “beaucoup trop intime” » (Guyard 2008, p. 19). Or, dans le cadre de cette enquête, les structures libérales ont été les premières observées et selon une médecin de CDPEF : « les libéraux sont seuls à décider » et « font ce qu'ils veulent ». L'accès aux structures publiques a, quant à lui, été ultérieur. Reste alors à circonscrire ce terrain d'observation et à le justifier selon des critères objectivables.

6.2.2 (Re)Délimiter le terrain au fil des résultats ?

Enquêter en ville : proximité et périphérie du soin

Même si la délimitation du terrain est pensée en amont de s'y rendre, des réajustements sont à opérer au fur et à mesure de l'enquête selon la réalité de celle-ci. Bien que la population d'enquête des professionnel·le·s compte des praticien·ne·s exerçant en milieux urbain, semi-rural et rural, toutes les structures observées se situent en milieu urbain. En contexte de désertification et de répartition inégale du soin entre ces différents milieux, dans les consultations observées des patientes venaient parfois d'un autre département que celui de leur domicile et notamment du Gers vers la Haute-Garonne. En effet, « à l'échelle départementale, les disparités sont nettement plus importantes qu'à l'échelle régionale » et le Gers fait partie des départements qui « enregistrent la plus forte baisse des effectifs [de l'ensemble des médecins] sur la période 2007/2014 » avec une baisse de 11,5 % (Rault et Le Breton-Lerouvillois 2014, p. 12). Dans l'ancienne région Midi-Pyrénées, le département de la Haute-Garonne est effectivement le plus fourni en gynécologues en comptant la moitié de l'effectif total de la région (*Ibid.*, p. 186).

Si une comparaison entre des pratiques de soin en milieux rural et urbain ne sera que partiellement possible (en confrontant des entretiens de professionnel·le·s exerçant en milieux rural et semi-rural aux observations), d'autres comparaisons (des

différentes professions, des différentes structures) sont privilégiées par ailleurs. Aussi, la question de la périphérie et du centre en zone urbaine, de la proximité, et donc de l'accessibilité aux soins, reste quant à elle tout à fait exploitable.

Les femmes des grandes villes furent les premières à utiliser la contraception orale (Leridon 1987). Aujourd'hui, une répartition inégale du soin s'observe toujours, y compris dans les villes de Haute-Garonne, dans un contexte de services saturés. Les places pour les patient·e·s en hôpital se font rares. Une sage-femme rencontrée explique que le corps médical a reconnu que l'une de ses patientes enceintes était victime de violence et que « c'est malheureusement à ce prix » qu'elle lui a trouvé une place en hôpital. Aussi, plus les structures sont éloignées du centre-ville, plus cela implique une sélection des patient·e·s. Or, 13 % de la population toulousaine bénéficie de la CMU-C³²² et vit donc sous le seuil de pauvreté, principalement dans les quartiers populaires³²³. Parmi les quatre types de structures observées, une clinique est la structure la plus excentrée et n'entre donc pas dans les soins dits de proximité³²⁴. Ceux-ci permettent pourtant une autonomie des patient·e·s en ce qu'ils peuvent venir par leur propre moyen, dans des structures de santé souvent desservies par les transports en commun, et ne dépendent donc pas d'un·e proche pour s'y rendre. Iels peuvent ainsi plus aisément rester anonymes dans leur démarche. Une structure de proximité permet par exemple un accès facilité de recours aux soins pour les femmes victimes de violences et permet d'amoindrir les inégalités d'accès aux soins lorsque les paiements de ceux-ci sont pris en charge. En 2019, un risque de délocalisation touchait la Halte santé située à l'hôpital La Grave, déplacée à Purpan, un secteur plus excentré. À l'origine, l'hôpital La Grave était construit à la périphérie de la ville. Aujourd'hui, au vu de l'accroissement urbain et selon les politiques de santé, Purpan ferait désormais partie du centre. Or, un déplacement de quelques kilomètres est vécu inégalement selon les besoins sanitaires des personnes³²⁵. L'accès aux soins au cœur de la ville garantit une certaine proximité avec les personnes dans la mendicité, qui se concentre dans l'hyper-centre. S'ajoute à cela un modèle strict de médecine qui implique d'avoir un·e médecin traitant·e. Ce modèle n'est néanmoins pas adapté à

³²² Couverture Maladie Universelle – Complémentaire santé solidaire depuis le 1^{er} novembre 2019.

³²³ Introduction à la journée d'étude du Master MISS, *Les enjeux de l'intervention sociale. Accueil, Santé, Logement*, Université Toulouse Jean Jaurès, 11 avril 2019.

³²⁴ Réflexions issues de la préparation et des communications du Colloque « Santé de la cité, Cité de la santé », 12 juillet 2018, site de l'hôpital La Grave, Toulouse.

³²⁵ Cela peut par exemple représenter une grande difficulté pour un·e usagèr·e précaire se déplaçant en fauteuil roulant.

tou·te·s, en étant notamment peu inclusif pour les personnes mobiles (Maurel, Jahrling et Les étudiant·e·s du Master MISS 2019).

La répartition des structures de santé crée donc des catégories de patient·e·s *via* un gouvernement local différencié des corps, accentué sur les populations pauvres (Basson et Honta 2018, p. 137). Ce procédé stigmatisant s'inscrit dans un contexte de biopolitique de la ville impliquant un « mode de gouvernement fondé sur l'intériorisation par les individus de la nécessité de se maintenir en santé » (Clavier, 2011 : 15 citée par Basson et Honta 2018, p. 134). Une surveillance et un contrôle social des populations s'exercent donc à travers l'imposition de normes sanitaires du « bien-vivre ». La salubrité serait garante de l'ordre public et s'exercerait notamment *via* la pénalisation des comportements jugés à risques, renvoyant notamment aux IVG et aux IST dans le cadre de cette enquête.

Bien que des professionnel·le·s de santé enquêté·e·s soient amené·e·s à travailler dans des structures situées dans des quartiers ségrégués, celles-ci ne font pas partie des lieux observés. Cependant, des structures (centres de santé) desservies et accueillant un public précarisé ont pu être investiguées. Les interlocutrices usagères sollicitées dans cette recherche n'évoluent pas dans les quartiers paupérisés en question. Il s'agissait en effet d'assurer une cohérence entre le profil des personnes interviewées, leurs lieux de consultation et les lieux observés (ces deux derniers n'étant pas les mêmes). Néanmoins, leurs caractéristiques communes sont de se situer en zone urbaine. Si la clinique et les cabinets gynécologiques (type de structures fréquenté par les interlocutrices) semblent principalement s'adresser à une population de classe moyenne à supérieure, l'hôpital et les centres de santé répondent davantage à un soin de proximité et accueillent des patient·e·s plus souvent issu·e·s de classes plus populaires. En revanche, tou·te·s les enquêté·e·s sont concerné·e·s par la biopolitique de la ville décrite précédemment. Les jeunes usagères sont les principales cibles d'une biopolitique genrée visant les personnes assignées femmes dès lors qu'il s'agit de garantir la salubrité en matière de santé sexuelle et reproductive.

Tâtonnements éthique et méthodologique : une observation exploratoire « semi-incognito »

Réticente, comme bon nombre de femmes (Guyard 2008), aux rendez-vous gynécologiques, la recherche a parfois constitué une source de motivation pour m'y rendre, me disant que je pourrais « en profiter pour observer » au moins les locaux et les interactions en salle d'attente. À ce titre, le partage de certaines contraintes avec les enquêtées révèle des spécificités du genre comme rapport social dans la société et

le groupe étudié (Le Renard 2010, p. 128). Les chapitres 5 et 7 illustrent, entre autres, que la posture de la chercheuse est significativement différente face aux professionnel·le·s de santé à qui est laissée l'autorité et face aux usagères avec lesquelles sont partagées des caractéristiques sociodémographiques et des expériences contraceptives communes. C'est dans ce cadre de recherche aux frontières perméables entre enquête et amitié qu'a pu être entrepris une première observation exploratoire, dont la caractéristique particulière, et non moins critiquable, est d'être « semi-incognito » ; témoignant des premiers tâtonnements éthiques et méthodologiques particulièrement dus à ce type de relation d'enquête.

En 2016, durant le dernier entretien réalisé avec Laura, elle me propose de l'accompagner à sa prochaine consultation gynécologique qui aura lieu en clinique, à la condition que je n'intervienne pas. Elle m'y convie en tant qu'amie. Laura a l'habitude de s'y rendre accompagnée par une collègue de travail, la gynécologue ne devrait donc voir aucun inconvénient à ma présence, bien qu'elle n'en connaisse pas la raison principale. Une seule des deux enquêtées concernées (Laura et non la gynécologue) a connaissance de mon statut de chercheuse et de l'enquête, c'est donc en cela que l'on pourrait qualifier cette observation de « semi-incognito ». Cela a été l'unique observation dans ces conditions, qui semblent éthiquement difficilement justifiables. En effet, à l'exception d'une opération chirurgicale observée en incognito (pour le patient) par Emmanuelle Zolesio (Zolesio 2009), je n'ai pas connaissance d'étude en incognito dans le milieu médical. Par exemple, Laurence Guyard (Guyard 2002) qui a également observé des consultations gynécologiques, a adopté une posture à découvert. De plus, l'observation incognito est généralement participante : les chercheur·e·s travaillent ou travaillaient déjà dans la structure observée. C'est par exemple le cas de Christophe Dargère (Dargère 2012) au sein d'une institution accueillant des « adolescent[e]·s atteint[e]·s de déficience intellectuelle ». Cette posture se vérifie au-delà du domaine médical : on pourrait citer Howard Becker déjà musicien de jazz lui-même lorsqu'il enquête auprès de musiciens de jazz professionnels (Becker 1985), ou encore Damien Cartron qui travaillait dans le fast-food étudié (Cartron 2003). N'ayant pas de formation médicale, cette posture n'a pas pu être adoptée sur le terrain.

Mais cette observation « semi-incognito » est tout de même mobilisable en ce qu'elle permet un apport (Dargère 2012) réflexif dans le choix entre postures « semi-incognito » ou à découvert. Pour cela, elle pourra être remobilisée pour d'autres dimensions analytiques. En effet, il s'agissait de se positionner en tant qu'alliée avec une interlocutrice en situation potentielle de domination. Le chapitre suivant démontrera que cette prise de position sera plus compliquée lorsque les observations seront réalisées auprès des professionnel·le·s enquêté·e·s, alors même qu'il s'agit

d'adopter une posture féministe (Clair 2016b). De plus, aller à deux en consultation peut représenter une stratégie pour faire face à l'autorité des médecins (Garcia 2018).

Laura a pris ce rendez-vous parce qu'elle a repris son ancienne pilule (depuis un mois) qui lui provoque des saignements et de l'acné. L'encart suivant propose une reconstitution de cette consultation grâce à une retranscription, réalisée *a posteriori* de l'observation (quelques heures après) à l'aide d'une grille d'observation³²⁶, dont les thématiques à compléter se sont révélées d'une grande aide lorsque l'on travaille de mémoire.

22 septembre 2016, Clinique

Avant la consultation

Arrivées à la clinique, Laura s'inquiète de paraître sale : elle est épilée « mais a des repousses » ; elle s'est lavée le matin-même mais « dans l'idéal voudrait pouvoir se laver juste avant d'aller au rendez-vous car dans la journée on a les jeans qui collent » et « ça macère plus ou moins » ; et est en fin de règles et voudrait pouvoir se faire ausculter. Elle ne sait pas si la gynécologue va accepter. Elle passe aux toilettes pour vérifier si elle ne saigne pas trop. Une fois dans la salle d'attente, elle me dit ne pas appréhender avec cette gynécologue, même si ce n'est jamais agréable. Elle me raconte que cette médecin lui avait proposé « d'autres choses » qu'une pilule : l'anneau, l'implant et le stérilet. Nous échangeons sur son projet de vivre un temps à l'étranger et elle me pose des questions sur ma thèse. [...]

Une médecin traverse la salle d'attente pour aller au secrétariat. Laura me dit alors que « c'est elle ». Vingt minutes après notre arrivée, la gynécologue à moitié sortie du secrétariat appelle Laura en consultation. Elles se saluent d'un « bonjour », expéditif de la part de la gynécologue et ne se serrent pas la main. La gynécologue se déplace rapidement en passant devant nous, nous la suivons jusqu'à son cabinet et Laura demande : « je suis venue avec une copine, ça ne vous dérange pas ? » La gynécologue répond que non et entre dans le cabinet d'un pas pressé. Elle marchera rapidement du début à la fin de la rencontre.

Pendant la consultation

³²⁶ Disponible en annexes.

En entrant dans le cabinet, la salle d'auscultation est sur la droite, délimitée par une porte, dans un recoin. Le bureau est au fond du cabinet, contre la fenêtre. La pièce est assez vaste. Sur le bureau se trouvent un ordinateur et des tas de prospectus sur les pilules, l'implant, les mycoses, les grossesses. Un des murs de la pièce est rosé, des dessins d'enfants sont affichés. Deux chaises font face au bureau de la gynécologue sur lesquelles Laura et moi sommes assises côte à côte. La gynécologue et moi pouvons peu nous voir, cachées de part et d'autre de l'ordinateur, ce qui sera d'ailleurs un frein à l'observation de ses expressions faciales.

Une fois installées, la gynécologue est face à son ordinateur et Laura et moi regardons les différents prospectus. Laura s'intéresse à celui sur les mycoses. Plus tard la gynécologue dira : « je vous ai entendu parler des mycoses ». D'après elle, c'est courant qu'à « nos âges » nous en ayons. Ce serait lié aux rapports sexuels. La gynécologue précise qu'elle n'est pas en train de dire qu'il ne faut pas avoir de rapports ou qu'ils sont problématiques mais conseille à Laura de « bien faire pipi après chaque rapport ». La praticienne lui demande pourquoi elle est là et fait un récapitulatif de ce qui a été vu et dit lors du dernier rendez-vous (en février 2016). Le sujet principal du rendez-vous d'aujourd'hui est le souhait de Laura de changer de pilule. Elle raconte les différents « problèmes » que lui posent sa contraception orale : de l'acné, des saignements, des oublis. La gynécologue répond par la composition hormonale et par le fait de « faire attention à ne pas l'oublier ». Elles échangent aussi à propos des mycoses, du type de relation(s) qu'entretient Laura, de ce qui s'est dit lors du dernier rendez-vous gynécologique et dermatologique, du vécu des expériences contraceptives de Laura (notamment les difficultés énoncées tout au long de cette retranscription), mais aussi celles de ses copines qu'elle raconte. Laura attend des solutions. Elle accorde le statut d'experte à la gynécologue qui, selon elle, doit tenir compte de ses expériences et doit savoir l'orienter. La gynécologue écoute les problèmes énoncés par Laura et lui propose des solutions médicales. Du côté de la médecin, le ton est calme, clair et posé. Le volume des voix est distinct et parfois plus ferme de la part de Laura qui n'hésite pas à mener elle aussi le rythme de la consultation : elle demande à être auscultée suite à un nouveau rapport sexuel non protégé, elle n'hésite pas à répondre aux questions de la professionnelle, à parler par-dessus la voix de celle-ci. La gynécologue n'est pas certaine de la nécessité de la ré-ausculter et lui demande alors si elle a eu des nouveaux rapports « à risques ». « À risques je m'entends : avec un nouveau partenaire et non protégé ». Laura répond positivement. La gynécologue dit alors qu'elle va lui faire un nouveau prélèvement et qu'elle lui enverra les résultats.

Au moment de l'auscultation je demande à Laura si elle veut que je sorte. Elles répondent toutes deux que c'est de toute façon dans l'autre pièce. La gynécologue va chercher un spéculum dans une autre salle. Durant l'auscultation, Laura apprécie que « sa » gynécologue lui parle « pour penser à autre chose ». L'auscultation semble être le seul moment de contact physique entre la médecin et la patiente, puisqu'il n'y en a pas au moment de se saluer. Une certaine distance est de mise, renforcée par la disposition du bureau : la chaise de la gynécologue d'un côté et les deux chaises des patientes et accompagnant.e.s de l'autre. Aussi, la praticienne porte une blouse blanche.

Néanmoins, ce moment d'auscultation se révèle propice à un format de conversation différent puisqu'il s'agit moins d'un interrogatoire : la gynécologue lui dit par exemple qu'elle a « amené du renfort » en parlant de moi ; ou encore Laura lui fait comprendre d'un ton ironiquement enjoué qu'elle n'apprécie pas particulièrement le moment de cette auscultation.

Pendant que Laura se rhabille la gynécologue revient derrière son ordinateur. Nous ne nous voyons pas et ne nous parlons pas.

Laura, quant à elle, regarde tout le temps la professionnelle qui a pourtant souvent les yeux sur l'ordinateur. Finalement, durant la consultation, leurs regards se croisent peu, excepté au moment de se saluer et peut-être lors de l'auscultation.

La gynécologue prescrit une nouvelle pilule, plus adaptée pour l'acné, que Laura ne devra commencer qu'après avoir fait le bilan hormonal prescrit par l'endocrinologue (à la demande de l'usagère). La gynécologue lui prescrit aussi un traitement contre les mycoses à faire tous les trimestres.

Laura s'est rhabillée. Elle demande l'adresse mail de la médecin pour pouvoir échanger avec elle quand elle sera à l'étranger. Puis la gynécologue se lèvera et se dirigera vers la sortie. Aucun élément ne nous a indiqué que c'était la fin (soudaine) du rendez-vous. Nous nous empressons de récupérer nos affaires et de la suivre rapidement quand nous la voyons se diriger vers la porte. La consultation a duré vingt minutes.

Après la consultation

Le paiement se fait au secrétariat. La porte est ouverte, la salle est assez petite. Je reste devant l'entrée, derrière la bande colorée au sol indiquant le seuil de confidentialité. [...]

La gynécologue dit au revoir à Laura. Quand nous redescendons les escaliers de la clinique elle me dit qu'elle a payé 55 euros et se demande ce qui va être remboursé et s'il y a dépassement d'honoraires. [...]

Le soir elle m'enverra un SMS pour me dire que sa nouvelle pilule n'est pas remboursée et lui a coûté 42,50 euros. Je lui indique la pharmacie la moins chère de Toulouse.

Au-delà du caractère exploratoire et de la réflexivité sur la relation d'enquête que revêt cette première observation, diverses pistes de réflexions se dégageaient. D'abord, l'aspect matériel des locaux (affichages, prospectus, couleurs de mur) traduit un univers « féminin » invitant à penser en termes de « problèmes de femmes ». La configuration de la clinique renforce une répartition genrée de certains espaces, *via* des services médicaux distincts traduisant un morcellement des corps par organe, correspondant à chaque spécialité médicale. L'attention portée à l'aspect matériel des locaux traduit les prémices (du chapitre 7) d'une analyse par écologie des locaux (Jarty et Fournier 2019). Aussi, en ayant peur de paraître « sale », Laura a incorporé une norme corporelle d'esthétisme (Guyard 2010a) et de contrôle de soi associée aux personnes assignées femmes. Ensuite, différents types de savoir sont mobilisés dans les échanges entre la patiente et la gynécologue. Si la première s'exprime en termes de vécus d'expérience, la seconde répond par un registre médical. Celui-ci appréhende la sexualité, notamment récréative, par une approche thérapeutique et en termes de risques. Par ailleurs, en acceptant de donner son mail à Laura, la gynécologue favorise une relation durable avec la patiente. Enfin, étant présentée par Laura comme une « copine » et étant identifiée par la gynécologue comme ayant le même âge qu'elle (« à nos âges »), la chercheuse est identifiée comme une alliée.

Suite à cette première observation de consultation, il apparaît que si les suivantes seront toujours directes, elles seront également à découvert. En effet, accompagner d'autres interlocutrices en consultation semblait difficilement réalisable étant donné le caractère ponctuel de ces rendez-vous et du fait que cette première expérience n'ait pu avoir lieu que parce que cette jeune femme est également une amie. De plus, comme démontré plus haut, une posture d'observation incognito non participante semble difficilement justifiable sur ce terrain. Il était alors nécessaire de mener des observations au sein d'autres consultations.

6.3 Des consultations aux scénarios structurels

6.3.1 Similarité des sessions d'observation, diversité des structures

Des rapports au temps différenciés

Au moins quatre-vingt-quinze consultations ont été observées au sein de quatre types de structures (cabinets libéraux de ville, clinique, hôpital-CDPEF et centres de santé) et menées auprès de différent·e·s professionnel·le·s (généralistes, gynécologues et sages-femmes). « Au moins » car une première observation de

consultation a été considérée comme exploratoire ; d'autres consultations ont eu lieu par téléphone entre professionnel·le·s et patientes ; et certaines n'ont pas été accessibles à l'initiative des praticien·ne·s ou des patientes mais ont parfois donné lieu à un échange avec les femmes venues consulter.

Quarante-deux consultations ont pu être observées en cabinets libéraux de ville, vingt-trois en clinique, quinze en hôpital-CDPEF et quinze autres en centres de santé. Mais ces chiffres restent peu pertinents s'ils ne sont pas contextualisés. En effet, selon les structures l'étendue des plages horaires des sessions d'observation et la durée des consultations observées diffèrent.

Tableau 13 - Nombre et durées des consultations observées

	Nombre de consultations observées	Durée moyenne des consultations (en min.)	Durée de la consultation la plus courte (en min.)	Durée de la consultation la plus longue (en min.)
Cabinets libéraux	42	18	6	39
Clinique	23	22	10	50
Hôpital-CDPEF	15	25	15	45
Centres de santé	15	34	15	60

Les structures apparaissent dans le tableau ci-dessus dans l'ordre croissant de la durée moyenne des consultations (colonne 2) : elles sont les plus courtes en cabinets libéraux et en clinique et les plus longues en centres de santé, et dans une moindre mesure en hôpital. Dans ces deux dernières structures, les consultations étaient par conséquent également moins nombreuses par session d'observation que dans les autres établissements. En moyenne, une consultation et demi au maximum avait lieu par heure en centres de santé. Cela pouvait aller jusqu'à deux consultations et demi en hôpital. En clinique, il n'y avait jamais moins de deux consultations par heure, allant jusqu'à deux et demi. Il faut enfin compter deux à trois consultations en cabinets libéraux sur cette même temporalité.

Un nombre équivalent de sessions d'observation a été réalisé dans chaque structure mais la durée moyenne de celles-ci variait, allant de trois heures et demi en hôpital à six heures en clinique, et étant respectivement de cinq heures et cinq heures et demi en cabinets libéraux et en centres de santé. Finalement, à nombre de sessions d'observation équivalent, la durée de celles-ci varie quasiment du simple au double puisque, par exemple, en hôpital-CDPEF les consultations suivies n'avaient lieu que le temps d'une demi-journée et non une journée complète comme en centres de santé.

Aussi, dans une même structure les observations étaient parfois menées auprès de différent·e·s professionnel·le·s et si leur approche de soin est similaire, une gestion différenciée du temps pouvait s'observer. C'est par exemple le cas entre une gynécologue et un obstétricien dans une structure de ville regroupant des cabinets libéraux :

Tableau 14 - Durée différenciée des consultations en cabinets libéraux de ville selon le genre et le poste des praticien·ne·s

	Nombre moyen total de consultations / session	Durée moyenne des consultations (en min.)	Durée de la consultation la plus courte (en min.)	Durée de la consultation la plus longue (en min.)
Gynécologue femme	9,5	22	10	39
Obstétricien homme	12,5	15	6	27

Sur une même temporalité d'observation, l'obstétricien réalise des consultations plus courtes qui sont par conséquent plus nombreuses que celles menées par sa collègue gynécologue. Dans un cabinet libéral de ville, les professionnel·le·s pratiquent le système de paiement à l'acte (Roux, Ventola et Bajos 2017) et enchaîner les consultations permet donc de multiplier ces actes. Or, en faisant des consultations plus longues que celles de leurs confrères, les femmes médecins accordent plus de temps aux patientes et effectuent moins d'actes sur une même temporalité. Cette gestion différenciée du temps provoque donc des écarts de revenus entre les femmes et les hommes médecins (Lapeyre et Le Feuvre 2005). Cela interroge également ce qui mérite que les professionnel·le·s accordent de leur temps. Souhaitant approfondir ce type de questionnements, il convient d'abord de rendre compte des outils mobilisés pour le recueil des matériaux de terrain.

Les outils : entre légitimité et crainte de la présence de la chercheur

« Si l'observation directe se définit comme une observation menée sans recours à des instruments interposés entre le[·la] chercheur[·e] et son objet, elle suppose tout un travail d'enregistrement assuré avant tout par l'œil, par l'oreille » (Arborio, Fournier et Singly 2008, p. 61). Ainsi, dans chaque structure les premières observations étaient menées sans grille d'observation, pour un meilleur étonnement. Puis, lors des observations suivantes, la grille était mobilisée comme appui, notamment pour ne pas se focaliser uniquement sur le contenu des discours mais prêter aussi attention à

l'occupation de l'espace, aux tonalités de voix, aux gestes qui accompagnent les actes et les paroles (*Ibid.*, p. 47-49).

Cette méthode d'enquête implique de s'interroger sur la possibilité de prise de notes, envisageable seulement si les conditions matérielles sont adéquates et si les enquêté·e·s, dans leur activité, en prennent elleux-mêmes (*Ibid.*, p. 53). C'est en effet le cas des professionnel·le·s observé·e·s qui tapent régulièrement à l'ordinateur durant les consultations. Prendre des notes conférait un certain sérieux à ma présence et contribuait à ma légitimité à la fois du côté des patientes qui me percevaient comme une « stagiaire » ou une « étudiante » et du côté des médecins³²⁷ qui me présentaient comme une « jeune collègue » ou une « étudiante »³²⁸.

Néanmoins, les enquêté·e·s peuvent porter un droit de regard sur les outils mobilisés, concernant leur utilisation ou leur non utilisation. Dans le premier cas, une gynécologue me fera par exemple comprendre lorsqu'elle jugera la prise de notes inappropriée en me tapotant le genou (je suis assise à côté d'elle pendant les consultations) pendant que j'écris, pour s'assurer que je l'écoute développer le parcours contraceptif d'une patiente. Le second cas de figure se retrouve, par exemple, lorsqu'entre deux consultations, à un moment où je n'écrivais pas, cette même gynécologue me demande si je veux voir les recommandations de la HAS tout en allant chercher le dossier, car « il n'y a rien à faire là » en attendant la prochaine patiente. Prenant des notes sur ce dossier, elle détourne donc mon attention du contenu qu'elle tape à l'ordinateur. En effet, les médecins « s'inquiétaient » parfois de la prise de notes. Lorsqu'une gynécologue m'a demandé ce que je notais, j'ai répondu que je transcrivais surtout les étapes des consultations, les échanges et évidemment les parcours contraceptifs lorsqu'ils sont relatés. Un autre gynécologue me dira que « j'écris des tartines » et que ça lui « fait peur ». À ce titre, il m'arrivait d'écrire volontairement de manière assez illisible au cas où les médecins jettent un œil à mes notes, notamment lorsque je transcrivais des situations de violences gynécologiques, qui seront traitées ultérieurement.

Si, lors des observations, je ne dispose que de peu d'informations sur les patientes, contrairement aux usagères avec lesquelles sont menés les entretiens, les consultations permettent tout de même de recueillir certaines données, notamment sociodémographiques, à leur sujet. La première source d'information est l'écran des

³²⁷ Pensant me déranger, une gynécologue s'excusera d'un « oh, pardon » s'apercevant qu'elle me parlait à un moment où j'écrivais.

³²⁸ Une réflexivité concernant la présentation de la chercheuse en consultations sera portée dans le chapitre 7.

ordinateurs des professionnel·le·s qui se situe toujours dans mon champ de vision. Ainsi, je vois la fiche de chaque patiente que les praticien·ne·s affichent et complètent durant la consultation. Cette fiche renseigne sur l'âge, la profession des patientes et parfois même sur les différents contraceptifs utilisés. Les conversations entre professionnel·le·s et patientes sont également des mines d'informations. Généralement les premier·e·s font parler les patientes lorsqu'elles sont allongées sur la table d'auscultation (pour tenter de les détourner de ce moment désagréable). Iels les questionnent essentiellement sur leurs activités (études, professions, loisirs, etc.). Aussi, il arrive que les praticien·ne·s me détaillent les profils des patientes avant même qu'elles n'entrent dans le cabinet :

« La gynécologue me dit que la prochaine patiente est une "petite jeune", avant même qu'elle soit là. Elle a eu un DIU au cuivre à 16 ans car elle a un facteur de risque de thrombose. Aujourd'hui elle a 25 ans. À l'époque où elle l'a posé, les DIU progestatifs pour nullipares n'existaient pas » (1er mars 2017).

De même, lorsque les femmes viennent en rendez-vous accompagnées de leur partenaire, un signe physique tel une alliance permet également d'en savoir un peu plus sur leur profil. Enfin, le fait de se retrouver en tête à tête avec la patiente (la·le médecin ayant dû s'absenter quelques minutes de la salle) est également une occasion de recueillir des données plus subjectives, cette fois-ci sur le parcours et le vécu contraceptifs des patientes :

« La gynécologue doit aller chercher un spéculum. La patiente et moi restons un petit moment toutes les deux, on ne se voit pas, elle est allongée sur la table d'auscultation derrière le paravent. Elle me dit que je peux lui poser des questions pour ma thèse si je veux et elle me demande la problématique de ma recherche. En discutant, je sais alors qu'elle a pris la pilule Cérazette® pendant un an et quand je lui demande si c'était un choix elle répond : "sans œstrogène ça en élimine pas mal... [de pilules possibles]". Quand je lui explique ma problématique elle me dit que la pilule c'est contraignant car il faut avoir une alarme tous les soirs, et que c'est pour ça qu'elle préfère le DIU. » (1^{er} mars 2017)

Il a également été nécessaire de recueillir ce type d'informations sur les praticien·ne·s car aucun autre outil mobilisé ne le permettait³²⁹ et les discussions entre elleux et les patientes y étaient particulièrement propices. Elles permettent par exemple d'apprendre qu'une des médecins élève seule son enfant ; ou encore qu'une autre a « "une sœur qui fait de la céramique à Paris" et qu'elle aurait été éduquée par son père "comme une fratrie avec ses sœurs" et ne se rendrait donc pas compte des

³²⁹ Étant donné qu'iels n'ont par exemple pas renseigné de fiches sociodémographiques.

enjeux d'égalité ». Mobilisant la rhétorique du « mythe de l'égalité-déjà-là » (Delphy 2004), « elle dit être dans un métier où il y a de l'égalité » (1er mars 2017). Toute « science dure » que leur travail représente, les praticien·ne·s sont également concerné·e·s par le recueil et l'imbrication de données objectives et subjectives puisque cette même gynécologue me dira qu'elle ne parle pas que de contraception avec les patientes, qu'elles discutent de leurs expériences de vie et qu'il est parfois difficile de garder de la distance. Des données tant objectives que subjectives constituent donc les résultats présentés ci-après, le déroulement des consultations mêlant recommandations officielles et pratiques relevant davantage de perceptions, selon les structures observées.

6.3.2 Des consultations par étapes : l'examen gynécologique, enjeu sous-jacent de la médicalisation de la contraception

De la centralité de l'examen dans la consultation gynécologique

Les institutions observées produisent des ethos professionnels et, par conséquent, des « scripts »³³⁰ ou scénarios professionnels (Le Feuvre et Lapeyre 2005) dont on peut supposer qu'ils impactent différemment l'accès à la contraception (orale) des femmes. La consultation gynécologique se déroule selon un protocole établi par la littérature médicale et faisant *a priori* consensus (Pélissier-Langbort 2001 citée par Guyard 2008, p. 140). Il guide les différentes étapes à suivre, présentées dans l'encart ci-dessous. Chaque consultation ne nécessite pas l'application de l'ensemble de ces tâches et la référence médicale mobilisée ici n'est pas l'unique ressource pour les professionnel·le·s à ce sujet. Il s'agit simplement d'exposer les possibles grandes séquences des consultations gynécologiques, qui se retrouvent par ailleurs dans des cours de médecine accessibles en ligne³³¹ et établies par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) qui détermine la nomenclature des actes.

³³⁰ Ils sont entendus comme une construction cognitive normative, pouvant être appréhendée dans une perspective chronologique (Le Feuvre et Lapeyre 2005, p. 112).

³³¹ Disponibles sur le site du CERIMES (Centre de ressources et d'information sur les multimédias pour l'enseignement supérieur), 2011, consulté le 8 juillet 2020, http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examen/site/html/cours.pdf

1. Interrogatoire
2. Étude du morphotype
3. Étude de la pilosité
4. Examen des seins
5. Examen de l'abdomen
6. Examen vulvo-périnatal
7. Examen au spéculum
8. Toucher vaginal
9. Toucher rectal
10. Synthèse

Ce modèle est censé donner lieu à un rendez-vous d'une durée d'une demi-heure afin de favoriser l'émergence de la parole des femmes. Selon les recommandations officielles³³², « l'interrogatoire » (étape 1), doit, entre autres, porter sur l'âge, la profession, les habitudes de vie (notamment le tabagisme), les antécédents médicaux. Dans les faits, les femmes sont directement interrogées sur le (choix du) traitement (ici la contraception), peu de questions ouvertes sont posées (Fonquerne 2020, p. 70) et une phase intermédiaire entre l'habillage et le déshabillage est évitée (Guyard 2008, p. 155). Un resserrement autour de ***l'acte*** (l'examen) s'opère, au détriment de ***la parole*** (via une sélection, par les professionnel·le·s, des sujets abordés lors de l'interrogatoire), et amenant à des consultations plus courtes que celles préconisées. Les différentes étapes sont particulièrement significatives en termes d'assise des normes de genre : dans cette même littérature (Pélissier-Langbort 2001 citée par *Ibid.*, p. 140), il est précisé que l'examen peut être réalisé chez les femmes « vierges » (étape 7) et que l'étude de la pilosité (étape 3) vise à prévenir une pathologie. Dans le premier cas, le protocole légitime et naturalise la « virginité » qui relève pourtant d'une construction sociale (Winckler 2014). Dans le deuxième cas, les médecins prêteraient attention à la densité de la pilosité et aux parties du corps concernées. Par exemple, il peut être considéré comme pathologique qu'une femme présente une forte pilosité sur une partie du corps où le développement de ce caractère sexuel secondaire n'est pas attendu (notamment au niveau du dos) selon l'identité de genre présumée. Les deux cas traduisent donc une biologisation du genre.

³³² Service des recommandations professionnelles de l'Anaes, AFSSAPS et INPES, 2004, Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations. En ligne, consulté le 2 mars 2017. http://www.choisirscontraception.fr/pdf/contraception_recommandations_has.pdf

La plupart des étapes de ce protocole relève de l'examen gynécologique, que l'on peut lui-même découper en trois principales phases, correspondant aux étapes 4, 7 et 8 du protocole (Guyard 2008, p. 147) :

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. La palpation des seins2. L'examen au spéculum3. Le toucher pelvien/vaginal |
|---|

La troisième phase de l'examen gynécologique (le toucher vaginal) était réservée jusqu'au XVIII^{ème} siècle au suivi de grossesse et « pour l'expertise dans le contexte criminel » (Ibid., p. 150-151). L'examen gynécologique a donc été banalisé au fur et à mesure de sa technicisation, qui a en outre largement participé à le valoriser, après qu'il ait été longtemps redouté par les médecins. Aujourd'hui, l'examen représente une expression particulièrement significative des décalages entre le « travail prescrit » et le « travail réel » (Dujarier 2006, p. 61 et 71) ou entre les « normes officielles » et les « normes pratiques » (Olivier de Sardan 2003, p. 269), ici entre les recommandations officielles et les pratiques médicales individuelles.

Une place variable de l'examen selon les structures

La proportion d'examens réalisés dans les consultations observées diffère selon les structures investiguées. Le graphique³³³ ci-dessous rend compte de la fréquence de la pratique de l'examen en fonction du type d'établissement où se déroule la visite médicale. Sont ici pris en compte : les examens gynécologiques, qui se composent d'au moins une des trois phases précédemment mentionnées, les échographies et les examens cliniques³³⁴ afin de prendre en compte l'une des rares fois où n'était prise que la tension. S'agissant d'une enquête qualitative, les conversions en pourcentages permettent de mobiliser l'outil graphique pour une meilleure visualisation des résultats.

³³³ Merci à Sophie Collard et Héloïse Prévost pour l'aide qu'elles m'ont apportée dans la réalisation de ce graphique.

³³⁴ L'examen clinique comprend le relevé du poids, de la taille, de l'indice de masse corporelle (IMC) et de la tension artérielle.

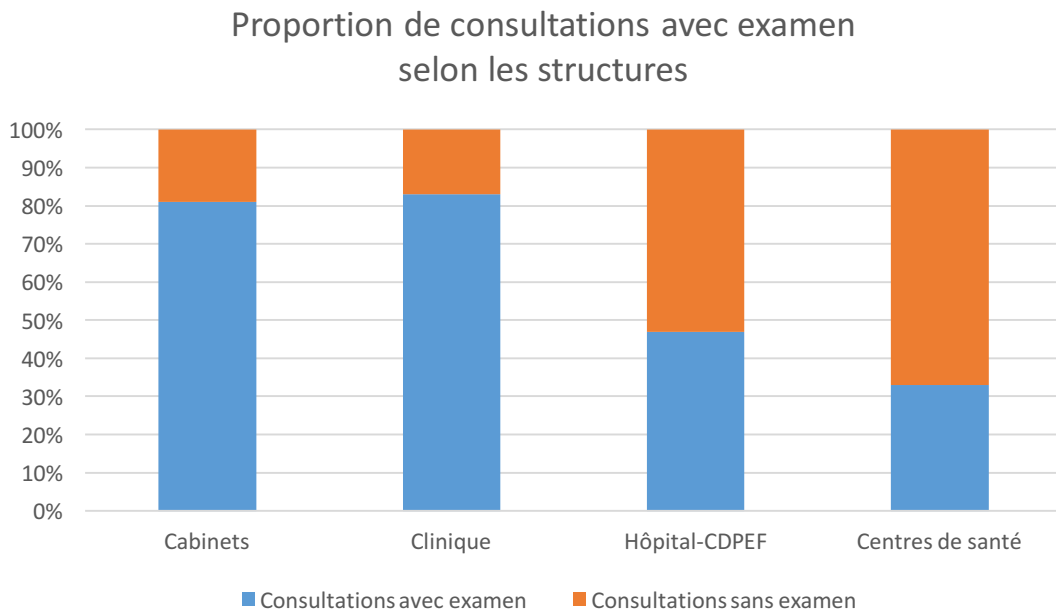


Figure 32 - Proportion de consultations avec examen selon les structures investiguées

Les examens sont plus fréquents en structures privées : en clinique avec plus des trois-quarts des consultations concernées (19 sur 23). De même, un peu plus des trois-quarts des consultations en cabinets ont également donné lieu à des examens (34 sur 42). Cette proportion s'amointrit en hôpital dans le cadre de consultations de CDPEF avec quasiment la moitié des consultations qui sont concernées (7 sur 15). Enfin, par contraste, en centres de santé les examens interviennent dans seulement un tiers des consultations (5 sur 15).

Les plus grandes disparités de durée des examens s'observent en cabinets. En effet, si la durée moyenne des examens dans ce type de structure est de sept minutes, celle-ci varie en fait de deux à dix-neuf minutes selon l'acte réalisé. De même, si les examens réalisés en hôpital (CDPEF) durent en moyenne deux minutes, ils peuvent atteindre quinze minutes lors d'une pose de DIU. Enfin, en moyenne la durée des examens en clinique et en centres de santé était respectivement de six et huit minutes.

Dans une moindre mesure, il semblerait que la rapidité de la survenue de l'étape de l'examen ait tendance à se corrélér à la proportion de consultations concernées par cet acte. Les structures qui réalisent le plus fréquemment des examens sont aussi celles dans lesquelles cette étape semble intervenir le plus rapidement : au bout de neuf minutes de consultation environ en cabinets et en clinique, et au bout de dix et onze minutes en hôpital et en centres de santé. Mais si l'on tient compte de la durée moyenne des consultations dans chacune des structures (*cf.* tableau n°13),

c'est finalement en centres de santé, où les consultations sont les plus longues, que l'examen interviendrait le plus rapidement : durant le premier tiers de la consultation, tandis qu'il ne surviendrait qu'à la moitié de la consultation en clinique ; les cabinets et l'hôpital étant en situation intermédiaire. C'est en fait surtout le motif de consultation donnant lieu à un examen qui renseigne à la fois sur le degré de médicalisation et les décalages avec les recommandations.

« L'HAS recommande les frottis tous les trois ans, moi je préfère tous les deux ans » : une survalorisation de « l'acte » selon les motifs de consultation ?

Selon les structures, les examens n'ont pas trait aux mêmes demandes. En hôpital (CDPEF), ils ont lieu le plus souvent lors des rendez-vous post-IVG. La moitié (3 sur 6) des consultations avec prescription/renouvellement de pilules comportaient un examen. Mais celui-ci semble moins lié à la prescription de contraception qu'à l'acte de l'IVG. En centres de santé, le recours à l'examen concerne les consultations pour motif de grossesses ou poses/retraits de DIU. Une seule prescription de pilule y a été observée et s'est accompagnée d'un retrait de DIU, sans autre examen. Ainsi, c'est en clinique et en cabinets que les examens semblent plus exclusivement liés à une prescription ou un renouvellement de pilules. En effet, les deux tiers de ces consultations se sont accompagnées d'un examen (une dizaine sur une quinzaine). Or, seul un examen clinique est nécessaire³³⁵ à la prescription de contraception et les frottis ne sont pas préconisés avant l'âge de 25 ans. L'extrait de journal de terrain suivant illustre ces décalages entre recommandations officielles (« travail prescrit ») et pratiques médicales individuelles (« travail réel »).

22 mars 2017, cabinet de ville

« L'HAS recommande les frottis tous les trois ans, moi je préfère tous les deux ans », explique la gynécologue [...] Entre deux consultations, cette même médecin dit avoir été confraternelle en ne critiquant pas les pratiques de ses confrères et consœurs, tout en les « recadrant » [selon les recommandations] face à une patiente âgée de 20 ans qui expliquait avoir déjà dû faire cinq frottis, dont le premier à 17 ans.

Dans un système de paiement à l'acte, la parole est grandement dévalorisée : des professionnel·le·s, rencontré·e·s dans le cadre de nos interventions en DU, expliquent par exemple avoir l'impression « de ne rien faire » s'ils n'examinent pas

³³⁵ HAS (2015), Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. En ligne, consulté le 23 août 2017. http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf

les patient·e·s. Aussi, à propos d'une « visite de courtoisie » d'une nouvelle patiente, une gynécologue travaillant en clinique (1^{er} mars 2017) en conclut que ces consultations « ne servent à rien, à part à voir [s]a tête », alors qu'elle a pourtant complété le dossier médical de la femme concernée. Presque paradoxalement, **la parole** est grandement mobilisée durant l'étape de la consultation incarnant **l'acte** : l'examen. Par une fonction de mise à distance (Guyard 2008, p. 147-151), notamment du caractère intrusif de l'action, les échanges portent sur des aspects non médicaux de la vie des professionnel·le·s et des femmes (leurs vacances ou leur activité professionnelle par exemple). Les différentes institutions médicales investiguées impliquent des conditions de travail spécifiques (par exemple ici différentes modalités de paiement) qui entraînent des scénarios de consultation plus ou moins adaptés aux recommandations officielles et plus ou moins enclins à l'investigation des corps des femmes.

Ainsi, des décalages s'observent entre le « travail réel » (un fréquent recours à l'examen pour une prescription contraceptive) et le « travail prescrit » (l'absence de préconisation d'un examen gynécologique pour une prescription contraceptive selon le protocole officiel). Même en consultant pour de la contraception (ici pour ne pas avoir d'enfant), le recours quasi-systématique à l'examen gynécologique, particulièrement en structures privées, participe d'une « asymétrie » « dans la surveillance sociale et le traitement médical des classes de sexe » (Ruault 2015, p. 35).

6.3.3 La contraception médicalisée : rappel à l'ordre médical et de genre

L'injonction à la contraception orale

Parallèlement au protocole médical recommandé et présenté plus haut, les observations de consultations menées auprès des gynécologues ont permis de repérer une autre modélisation séquentielle exposée dans l'encart ci-après. Ce schéma est une représentation simplifiée visant à appréhender les logiques sous-jacentes au déroulement des consultations gynécologiques. Une attention reste portée aux spécificités et à la perméabilité des dites étapes. De par le biais de l'enquête, la présentation de la chercheuse aux usagères, ainsi que le récapitulatif du parcours contraceptif de la femme, survenaient entre les deux premières étapes.

1. Accueil de la patiente en salle d'attente
2. Présentation de la chercheuse
3. Récapitulatif du parcours contraceptif
4. « Comment ça va ? » : question ouverte à destination des patientes déjà connues
5. Interrogatoire / Complément du dossier
6. Demandes de la patiente
7. Examen (toutes phases confondues)
8. Retour au dossier (synthèse)
9. Prescription(s)
10. Dépôt du frottis et sortie de la patiente

Le protocole standardisé préconisé se caractérise par son approche médicale (et *top-down*) à la différence de l'encart ci-dessus qui propose une vision plus englobante (et *bottom-up*) issue de l'empirie. Il s'agit alors de dévoiler les pratiques concrètes composant le scénario des consultations en considérant, d'une part, des étapes qui précèdent (étapes 1 et 2) et succèdent (étape 10) à la consultation-même, et, d'autre part, en ne prenant pas uniquement en compte les phases à caractère médical (étapes 1 et 2). Un premier décalage entre le protocole et les pratiques observées est également mis en lumière, à savoir que des étapes diffèrent selon des critères non médicaux : le degré de familiarité et la « proximité sociale » (Bretin et Kotobi 2016, p. 127) entre les médecins et les femmes. La question ouverte « comment ça va ? » (étape 4) introduisant le rendez-vous est uniquement adressée aux femmes connues des professionnel·le·s, alors même que le protocole formel a été pensé pour favoriser la parole de toutes les patientes. En outre, lors d'une consultation en clinique (8 mars 2017), une patiente dermatologue conseille (pour soigner un eczéma) la gynécologue qu'elle vient consulter : du fait de la profession de l'usagère, les échanges sont horizontaux et les temps de parole équitables.

Durant la phase d'observations exploratoires, ici en clinique, le complément du dossier (étape 5) et les demandes de la femme (étape 6) sont traité·e·s conjointement. Découper les différentes séquences observées permet surtout de saisir les redondances communes à chacune des consultations, par exemple en termes de rapport à l'espace et de proximité des corps. Dans le cadre de la consultation de Laura (24 ans, Bac +2, chargée de gestion immobilière), usagère de contraception orale, gynécologue et patiente, préalablement séparées par un bureau, ne se rencontrent dans l'espace qu'au moment de l'examen gynécologique. Une certaine distance corporelle est de mise, accentuée par le port d'une blouse blanche par la gynécologue, marquant littéralement le rapport hiérarchique (Knibiehler 2016, p. 77) avec un « corps médical » (Adam, Herzlich et de Singly 2007, p. 19) et le rôle d'expert qu'il incarne (Azcué et Mathieu 2017, p. 97). Pourtant, en consultant pour accéder à un

moyen de gérer sa fécondité, Laura (au même titre que l'ensemble des femmes concernées) est *a priori* en bonne santé.

Sur les cinquante-sept consultations (soit plus de la moitié des quatre-vingt-quinze consultations observées) ayant traité de contraception, il a été question de pilules pour une vingtaine d'entre elles, parmi lesquelles une quinzaine ont abouti à une prescription ou un renouvellement. C'est en hôpital (CDPEF), dans le cadre de consultations pré et post-IVG, que la question de la contraception et plus particulièrement des pilules semble la plus récurrente puisque sur les quinze consultations observées, le sujet de la contraception a été abordé chaque fois, à l'exception d'une seule consultation. La pilule contraceptive a été abordée dans treize des quatorze consultations ayant consacré un temps à la contraception. C'est également dans cette structure que les prescriptions et renouvellements de pilules étaient les plus fréquents, dans un peu moins de la moitié de ces consultations. En effet, après une IVG, la contraception des femmes est (re)médicalisée et la pilule reste la méthode la plus prescrite, y compris chez la moitié des femmes pour lesquelles la grossesse non prévue est attribuée à un oubli ou à un arrêt temporaire de pilules (Mathieu et Ruault 2014; Moreau, Desfrères et Bajos 2011). En cabinets et en clinique plus de la moitié des consultations ont abordé le thème de la contraception, parmi lesquelles plus de la moitié ont traité de pilules. Au final, un peu moins d'un quart des consultations dans ces structures ont fait l'objet d'une prescription ou d'un renouvellement de pilules. Enfin, moins de la moitié des consultations observées en centres de santé ont traité de contraception et il était question de pilules dans un tiers d'entre elles. Une seule prescription de pilule a été observée dans cette structure. La contraception orale revêt une place significative en consultations : centrale dans la « norme contraceptive », elle est particulièrement préconisée lorsqu'il s'agit de réorienter les femmes vers une « bonne » méthode de gestion de la fécondité (la pilule face à l'IVG).

Un accès inégal aux moyens de gestion de la fécondité selon les structures ? L'exemple de l'IVG en hôpital, dans le cadre de consultations de CDPEF

Des consultations spécifiquement dédiées à l'IVG, ici menées en hôpital dans le cadre de consultations de CDPEF, permettent de mettre au jour encore un autre schéma séquentiel. Les étapes mentionnées entre parenthèses dans l'encart ci-dessous désignent celles qui ne sont pas systématiques :

Pré-IVG	Post-IVG
1. Accueil de la patiente	1. Accueil de la patiente
2. (Demande(s) de la patiente)	2. Ressenti et vécu de l'IVG
3. Question de la contraception	3. Question de la contraception
4. Choix de l'IVG	4. Examen
5. (Examen)	5. Prescriptions
6. Prescriptions et informations	6. Sortie de la patiente
7. Retour au secrétariat et sortie de la patiente	

Les consultations pré-IVG étaient toujours plus longues que les post-IVG car elles incluent les explications de l'acte. Lors des consultations pré-IVG, l'étape 2 n'est pas toujours clairement identifiable puisque, contrairement aux consultations gynécologiques précédemment mentionnées, la particularité de ces consultations était d'avoir le même objet (la demande d'IVG). L'étape 3 dédiée à la question de la contraception permet à la fois de savoir : si une méthode contraceptive était utilisée et si oui laquelle au moment où la femme est tombée enceinte ; potentiellement ce qui n'allait pas avec l'usage de cette méthode ; et éventuellement le prochain moyen contraceptif envisagé.

L'étape (4) du choix de la méthode d'IVG revêt au moins trois dimensions : il s'agit d'abord d'identifier l'état du choix de la femme (est-elle informée ? Est-elle sûre de sa décision et laquelle est-elle ?). Ensuite, si la grossesse ne dépasse pas sept semaines, la femme peut choisir le type d'intervention qu'elle souhaite : médicamenteuse ou par aspiration, avec anesthésie locale ou générale pour cette dernière. Entre sept et neuf semaines, la méthode médicamenteuse doit être réalisée en structure médicale. Au-delà, l'intervention est chirurgicale et passé dix semaines l'anesthésie est générale. Dans un contexte de remise en question permanente (Delphy 2004)³³⁶ et de stigmatisation de l'IVG (Divay 2004; Hassoun 2011; Mathieu et Ruault 2014), les médecins (généralistes et gynécologues) indiquent parfois « bidouiller » pour « faire passer des IVG », d'autant que les consignes relatives aux nombres de semaines et à la méthode d'IVG peuvent varier d'une structure à une autre, comme le montre l'extrait de journal de terrain à suivre :

³³⁶ Qui se traduit notamment par : des délais changeants et des tentatives de restrictions d'accès via un durcissement des conditions ; la clause de conscience ; de la désinformation (des sites anti IVG par exemple), etc.

3 avril 2018, hôpital

Après la consultation, je demande à la médecin généraliste pourquoi la patiente n'a pas eu le choix entre l'anesthésie locale et générale. Elle précise que les patientes ne disposent plus de ce choix après dix semaines de grossesse. Au fil de la discussion elle indique que ce n'est pas le nombre de semaines qui entre en jeu mais bien les représentations, notamment des chirurgiens qui pensent que les femmes ne veulent pas entendre « l'embryon se faire aspirer » et « passer dans le tuyau ». Après dix semaines, les patientes n'ont donc plus le choix de leur anesthésie pour des raisons autres que médicales. Elle dit que dans cet hôpital il est difficile de « faire accepter » l'anesthésie locale pour l'IVG. Pourtant, précise-t-elle, chez le dentiste aussi on entend le bruit de l'aspiration...

Cette même médecin confiera également que dans une autre structure il est arrivé que les praticien·ne·s demandent aux patientes d'IVG d'avancer les frais alors que, du fait du tiers payant, cela ne leur « change rien » d'être payé·e·s dans l'immédiateté.

L'accès à l'IVG ne dépend donc pas uniquement de consignes médicales mais repose aussi sur des perceptions (ici des chirurgiens) relevant du registre moral (*Ibid.*). En outre, la variabilité des pratiques selon les structures expose inégalement les usagères à l'accès à l'interruption volontaire de grossesse, selon l'établissement dans lequel elles se rendent. En affirmant qu'« il est difficile de faire accepter » l'anesthésie locale dans l'hôpital dans lequel elle travaille et en dénonçant des inégalités de prise en charge des frais, la praticienne suggère, en miroir, des possibilités plus favorables à l'acte dans d'autres centres de soin.

L'étape (6) de la prescription s'effectue en parallèle de la transmission de diverses informations (remise d'un prospectus informatif sur l'IVG, possibilité de consulter « le Planning »³³⁷). Si certaines étapes sont communes à chaque consultation observée, les consignes arbitraires constatées jusqu'ici semblent également inhérentes au nombre d'IVG réalisées par les femmes.

Du degré d'injonction à la contraception selon le nombre d'IVG ?

Lors des consultations post-IVG, le début de l'étape 2 (consacrée au ressenti et au vécu de l'IVG par la femme) est souvent marqué par une question (ouverte ou fermée) de la part de la médecin : « Comment ça [l'IVG] s'est passé ? », « Ça vous a fait mal ? » Bien que l'étape suivante (3) dédiée à la contraception dure parfois moins d'une minute, elle vise à (re)médicaliser le parcours des femmes (Moreau, Desfrères

³³⁷ La confusion entre l'association du Planning Familial et les centres de planification est transmise par la praticienne aux patientes.

et Bajos 2011) et à les rediriger vers la « norme contraceptive » (Bajos et Ferrand 2006; Bajos et Ferrand 2004), selon laquelle la pratique abortive doit rester exceptionnelle, idéalement unique et de dernier recours. Par opposition, les techniques contraceptives peuvent faire l'objet d'un usage fréquent (Mathieu 2016, p. 137). En effet, la particularité des prescriptions post-IVG (étape 5) est qu'elles comprennent plus systématiquement une contraception d'urgence que l'on peut interpréter comme étant à la fois dûe aux risques de grossesse non prévue accolés à un changement ou une mise en place d'une nouvelle méthode contraceptive, mais aussi à la prévention d'avortements itératifs³³⁸ (Ibid., p. 124-126). Or, d'une part, la distinction entre contraception et IVG est historiquement récente et s'entend dans un contexte de « culture de la contraception » caractéristique des pays occidentaux³³⁹ (Claro 2016a; Claro 2016b). D'autre part, le stigmate de la « récurrence » culpabilise les femmes concernées en empruntant au champ lexical pénal (Mathieu et Ruault 2014, p. 123). C'est ainsi que les professionnel·le·s redirigent les (pluri-)avortées vers une méthode contraceptive médicalisée, en privilégiant la contraception orale ou celles de longs cours de type DIU (Mathieu 2016, p. 158). Le(s) (multiples) recours à l'IVG influent donc sur les pratiques prescriptives qui limitent les choix contraceptifs des femmes :

³³⁸ Les avortements itératifs désignent un recours à l'acte répété par une même femme au cours de sa vie. S'ils peuvent correspondre soit à au moins trois IVG, soit à deux IVG réalisées à moins de deux ans d'intervalle, cette appréhension reste peu représentative de l'expérience des femmes. L'usage de l'IVG est majoritairement unique et « lorsque les femmes y ont recours plus d'une fois, c'est généralement une unique autre fois et ce, après plusieurs années d'intervalle » (Mathieu 2016, p. 126).

³³⁹ Par contraste, les pays communistes se distinguent avec une « culture de l'avortement ».

6 mars 2018, hôpital

La médecin s'adressant à l'usagère : « Rien n'est gratuit, mais certaines [pilules] sont remboursées. [...] Sinon tout le reste est pris en charge, c'est-à-dire qu'on aime bien que vous partiez avec une contraception ».

3 avril 2018, hôpital

3^{ème} consultation de la journée

Lors d'une consultation pré-IVG, la médecin explique à la patiente (20 ans), venue pour un deuxième avortement, le fonctionnement du DIU au cuivre et qu'il est possible de le mettre au moment de l'IVG. La jeune femme préférerait attendre car elle trouve que cela fait beaucoup d'interventions en un jour (IVG et pose de DIU). La professionnelle argumente qu'en combinant les deux interventions la pose de DIU pourrait se faire sous anesthésie et ne serait pas douloureuse. Et d'ajouter : « vous repartez avec une contraception... et puis ça fait deux IVG. » La praticienne lui fait la démonstration de la pose du DIU mais la patiente n'est pas convaincue, elle fait la grimace. La médecin lui prescrit quand même et lui dit d'y réfléchir.

4^{ème} consultation

La patiente dit qu'elle ne s'attendait pas à cette grossesse, qu'elle a parlé de contraception « au Planning » et qu'elle doit y retourner pour en choisir une.

La médecin : « Non, vous sortez avec [une méthode de contraception]. »

Des consultations pré et post-IVG ont également été observées en centres de santé. Si la chronologie des étapes variait peu, le temps dédié aux explications, la répartition de la parole et l'attention accordée aux ressentis des femmes étaient plus importants. Par opposition à une pratique morcelant les corps des femmes par organes selon les spécialités médicales, les soignant·e·s de ces établissements optent pour une approche de santé globale en tenant compte du vécu des femmes et se montrent alors moins enclin·e·s à émettre un jugement de valeurs ou à stigmatiser un recours à l'IVG :

27 avril 2018, centre de santé

Lors d'une consultation pré-IVG la professionnelle de santé demande si la patiente a des questions, des inquiétudes. La femme répond que non à part qu'elle veut savoir si elle peut consommer de l'alcool à une fête le week-end à venir, parce que « faudrait pas que ça [l'IVG] gâche la vie non plus ». La praticienne explique le processus physiologique induit par les différents comprimés à ingérer pour l'IVG et ajoute : « la question c'est juste de savoir comment vous vous sentez de prendre ce comprimé un lendemain de fête car ça va être fatiguant ». Sans inviter la patiente à remettre son projet de fête en question, elle indique qu'en prévention d'éventuels vomissements (dus à l'alcool) il vaut mieux faire fondre les comprimés dans la bouche plutôt que de les avaler.

Dans cette structure, la transmission d'informations est plus transversale à chaque étape, tandis qu'elle se concentre surtout autour de l'étape 6 (prescriptions et informations) des consultations pré-IVG en hôpital et donc en fin de consultations. Cette approche, différente de celle des autres structures, se traduit notamment par des étapes moins saccadées et donc moins évidentes à discerner. La contraception est donc moins appréhendée en termes médicaux exclusifs (de risques d'IST et d'IVG) qu'au regard de l'ensemble du mode de vie des femmes concernées.

La variable de la structure d'exercice permet ainsi de mettre au jour différents scénarios de consultation, plus ou moins établis selon les recommandations officielles et qui impactent inégalement les choix et les usages contraceptifs des femmes.

L'explicitation de la méthodologie peut finalement se faire au service des résultats de l'enquête. Les contextes d'enquête et d'entretiens (Beaud et Weber 2003) participent à l'amorce d'une mise au jour d'une typologie (Becker 2002; Schnapper 2012) de pratiques prescriptrices (caractérisée et développée dans le chapitre final). Si la plupart des étapes du protocole médical relève de l'examen gynécologique, celui-ci est préconisé par les recommandations officielles selon les situations. Or, pour une même demande (de contraception, d'IVG), les usagères ne sont pas confrontées aux examens avec la même intensité selon les structures fréquentées. En effet, les examens sont surtout le fait des structures privées, et des demandes d'IVG en hôpital (dont les consignes relatives à cet acte varient qui plus est d'un établissement à un autre). Des décalages s'observent donc entre le « travail prescrit » et le « travail réel », selon des critères non médicaux, tels que : des perceptions morales ; le degré de familiarité et de « proximité sociale » entre femmes et professionnel·le·s ; ou encore la modalité de paiement, pouvant encourager *Pacte* (l'examen, pas toujours recommandé) au

détriment de *la parole* (censée émerger durant le protocole). Les caractéristiques structurelles (Le Feuvre 2008) des différents établissements entraînent donc des scénarios (ou « scripts » (Le Feuvre et Lapeyre 2005)) singuliers de consultations, qui amènent à mobiliser inégalement à la fois les recommandations officielles et l'investigation des corps des femmes. Par conséquent, les motifs de consultation ou le nombre d'IVG influent moins le recours aux examens et l'accès aux différentes méthodes contraceptives que ne le font les pratiques médicales.

En structures privées et en hôpital, la contraception orale apparaît particulièrement comme une matérialisation de la médicalisation et ses limites. Elle renvoie à des normes contraceptives (en faisant partie de la « norme contraceptive » et en apparaissant comme une « bonne » méthode au contraire de l'IVG) ; à des normes médicales (dominantes)³⁴⁰ ; et à des normes de genre (en termes d'investigation des corps et de responsabilité de gestion de la fécondité) que les étapes du protocole assoient.

Les centres de santé proposent, quant à eux, un scénario de consultation alternatif. Pour autant, les pratiques observées en termes de contraception semblent davantage compatibles avec les recommandations officielles, tout en reproduisant peu les injonctions contraceptives et de genre. La possibilité d'exercer en dehors d'un « ethos dominant » apparaît non seulement compatible avec le « travail prescrit », mais propose également une perspective émancipatrice pour les femmes qui consultent. D'ailleurs, chez les femmes recourant à l'auto-gynécologie, « l'auto-examen est présenté comme central dans les témoignages » justement « parce qu'il leur permet d'effectuer par elles-mêmes l'examen jugé central de la gynécologie médicale » dans un objectif d'empowerment (Koechlin 2019b, p. 114).

À l'image des échanges (plus ou moins équitables) entre médecins et patientes, la relation enquêtrice-enquêtée·e·s (Beaud 1996, p. 238) semble significativement induite selon le degré de proximité des caractéristiques objectives (Beaud et Weber 2003, p. 191-197) des actrices et acteurs. Que cela relève de l'initiative de la chercheuse ou de la perception des professionnel·le·s, je suis plus aisément identifiée aux groupes des usagères. Par conséquent, la relation d'enquête établie avec les professionnel·le·s est parfois similaire à celle caractérisant la relation médecins-patientes.

« Une fois cette consultation terminée, je dis à la gynécologue que la patiente m'a posé des questions sur la thèse pendant qu'elle était allée chercher le spéculum. Je me sens obligée de me justifier d'avoir parlé à la patiente pendant son absence car

³⁴⁰ Davantage développées dans le chapitre 11.

elle m'avait entendu à son retour et je ne veux pas qu'elle croit que j'ai posé des questions indiscrettes (bien que cela soit évident pour moi, elle m'avait précisé de ne pas le faire). Elle me dit que "c'est bien" qu'on ait discuté » (1^{er} mars 2017).

Le fait de se justifier de ne pas avoir dérogé à une règle implicite instaurée par la médecin témoigne d'une posture investie dans un rapport de pouvoir avec la gynécologue. Je me place moins comme une chercheuse face à une autre professionnelle que comme une « jeune femme », à l'image des patientes du même âge, face à une médecin faisant autorité. Selon les différents scénarios de consultations par structure d'exercice, il convient donc d'interroger ce que la chercheuse, et plus largement l'enquête, font au terrain, et vice versa.

CHAPITRE 7 – DE LA PRÉVENTION À LA COERCITION : POSTURES DÉONTOLOGIQUES ET RÉFLEXIVES DES PROFESSIONNEL·LE·S

S'il convenait de présenter le terrain et les enquêté·e·s afin de rendre compte des conditions de recueil des matériaux, dans cette logique il convient de considérer la place et la posture occupées par la chercheuse, présente, elle aussi, dans les structures étudiées. Ce chapitre propose donc d'aborder l'impact de la présence de la chercheuse en consultations. En effet, « Depuis que les vertus de l'observation directe ont imposé l'enquête de terrain comme la méthode permettant "seule d'accéder à certaines dimensions du social" (Fabre, 1992 : 43), les chercheur[·e]·s réfléchissent aux conditions de l'enquête et aux effets produits par la présence de l'ethnologue sur le terrain. » (Sarradon-Eck 2008, p. 4). Il s'agira de mettre la présentation de méthodes de travail au service de l'analyse des matériaux de terrain, tout en adoptant une posture réflexive. Une deuxième partie montrera qu'une approche féministe permet, d'une part, d'identifier et d'analyser des situations de violences gynécologiques ainsi que les mécanismes qui, en miroir, permettent de s'en prémunir, et, d'autre part, de penser les réactions adéquates face à ce type de situation³⁴¹.

En consultations en clinique, en hôpital et en cabinets libéraux, aucune patiente n'a (pu) refusé(r) ma présence. En centres de santé, au moins trois consultations n'ont pas été accessibles, que cela relève de la volonté des patientes ou de l'initiative des professionnel·le·s de santé. Plus que le statut des professionnel·le·s de santé, leur structure d'exercice et la politique de celle-ci semblent liées à la réflexivité qu'ils portent sur leur pratique. Avant même que les consultations ne commencent, les considérations déontologiques des professionnel·le·s quant à la présence de la chercheuse variait d'une structure et d'un·e professionnel·le à un·e autre, renseignant sur la posture éthique des praticien·ne·s. C'est ce que ce chapitre propose d'analyser en abordant les différentes phases de consultation, en s'intéressant successivement à l'entrée en consultation, à l'installation et la présentation de la chercheuse, à la place occupée, ainsi qu'à la posture adoptée, notamment en situation de violences gynécologiques.

³⁴¹ Une version synthétisée de cette deuxième partie, axée sur les violences gynécologiques en consultations de contraception, fera l'objet d'une publication dans la revue à comité de lecture *Santé Publique*.

7.1 D'une relation duelle à une reconfiguration tripartite

7.1.1 Imposer une tierce présence en consultation ?

Dans une volonté de tenir compte du « consentement des personnes à la recherche » (Sarradon-Eck 2008), que les deux parties (professionnel·le·s de santé et usagères) soient au courant de la présence d'une chercheuse ne suffit pas à garantir le consentement de ces dernières si leur avis n'est pas expressément sollicité sur cette question. Cela implique donc de se soucier de leur consentement en amont de chaque consultation. Or, en clinique, en hôpital et en cabinets libéraux, les professionnel·le·s informent plus de cette présence qu'ils ne sollicitent l'avis des femmes. On peut alors se demander dans quelle mesure les patientes peuvent accepter ou refuser cette présence puisque lorsque les professionnel·le·s de santé me présentent je suis le plus souvent déjà installée dans la salle de consultation, derrière le bureau du ou de la médecin et parfois vêtue d'une blouse blanche.

En centres de santé en revanche, cette question est considérée et une marche à suivre est établie avec les professionnel·le·s. Tenant compte de l'expérience des sessions d'observation déjà réalisées, je partage mes réflexions éthiques avec une des professionnelles d'un centre auprès de qui les prochaines observations vont être menées :

27 avril 2018

Sachant que cette professionnelle de santé est féministe et exerce une réflexivité sur sa pratique, je lui explique que lors de mes précédentes sessions d'observation les patientes n'avaient en fait pas vraiment le choix de ma présence. Nous convenons alors que je reste dans son bureau et qu'elle demande leur accord aux patientes dans la salle d'attente, hors de ma présence. Il est en effet plus facile de refuser la présence d'une tierce personne quand celle-ci n'est pas en face de nous.

Sans ignorer cette question éthique, certain·e·s médecins décident néanmoins de la reléguer à d'autres professionnel·le·s, en situation hiérarchique inférieure, considérant peut-être que cet égard n'est pas de leur ressort : « Un obstétricien me dit qu'on demandera aux secrétaires de prévenir les femmes de ma présence » (10 mai 2017). La présence de la chercheuse peut ici ajouter une part de « sale boulot » au professionnel accompagné. Pour un obstétricien, habitué aux tâches « techniques », « parler avec les patientes » relève d'un prestige moindre (Zolesio 2012b) et peut s'apparenter à une « corvée » (Arborio 1995).

L'ensemble des professionnel·le·s qui m'accueille en observations se soucie du fait que je puisse surtout assister à des consultations portant sur de la contraception, prenant soin de regarder leur planning au moment de fixer nos prochaines rencontres. Cette précaution aura pu retarder certaines sessions d'observation, les professionnel·le·s attendant d'avoir une journée de consultations particulièrement axée sur de la contraception pour m'y convier. Cela m'aura permis de comprendre qu'il était important d'assister aussi à des consultations où il n'est nullement question de contraception pour saisir une manière plus générale de pratiquer le soin et pouvoir y situer les consultations relatives à de la contraception :

27 avril 2018

Nous avons mis un moment avant de convenir de cette journée d'observation car la praticienne voulait que je puisse assister uniquement à des consultations portant sur mon sujet de recherche. Je lui dis que je ne pense pas que ce soit possible, que pour mes autres journées d'observation j'ai assisté, entres autres consultations de contraception, à des suivis d'infertilité, de ménopause, de grossesse, etc. et que la contraception pouvait parfois être une question annexe dans une consultation qui ne lui était pas consacrée. Je lui dis que c'est justement ça qui est intéressant : voir la place que prend la contraception dans l'ensemble des consultations.

Il n'est en effet jamais exclusivement question de contraception, même dans une consultation prévue à cet effet. Cet argument réflexif partagé avec certain·e·s professionnel·le·s aura permis de débloquent des situations où le travail de terrain semblait stagner.

Ainsi, les propos des professionnel·le·s, parfois maladroits, voire relevant de la violence de genre (Hanmer et E. L. Reviewed work(s) 1977), pouvaient viser à me rassurer quant à la faisabilité de ces observations :

10 mai 2017, cabinet de ville

Il [l'obstétricien] ajoute que ses patientes ''sont sympas'' car en général quand les femmes viennent voir un homme comme gynéco « elles sont moins dans le truc de l'intimité même si ça reste intime et qu'il faut pas non plus quarante personnes dans la pièce » et que donc cela ne posera pas de problème qu'il y ait une « minette » [moi] présente à leur consultation.

L'enjeu était en effet à ce stade de l'enquête que les patientes acceptent la présence d'une chercheuse en consultation et cette forme de bienveillance des professionnel·le·s à mon égard a pu parfois impliquer une certaine collusion avec

elleux, faisant en sorte que les patientes ne s'y refusent pas. Tou·te·s les professionnel·le·s n'ont donc pas consacré une importance égale aux enjeux éthiques qu'implique cette enquête.

Deux premières sessions d'observation dans des structures différentes, un centre de santé et un hôpital, illustrent ces enjeux. Dans le premier cas, une sage-femme et moi nous retrouvons une demi-heure avant la première consultation et avons le temps d'appréhender le déroulement de la journée. La professionnelle me présente aussi davantage la structure : « La sage-femme vient me voir en salle d'attente. Nous montons dans la salle de réunion prendre une boisson chaude et elle me présente aux membres de l'équipe présent·e·s assis·e·s autour de la grande table » (27 avril 2018). Dans le second cas, la médecin travaille une demi-journée hebdomadaire dans la structure et enchaîne donc des consultations dans deux établissements différents. Cette professionnelle arrive souvent en retard. La première consultation observée commence sur les chapeaux de roues, nous n'avons pas le temps de nous y préparer (en regardant ensemble le planning, en réfléchissant comment présenter cette enquête par exemple). Ni la chercheuse ni l'enquête ne furent présentées. Effectivement, « lorsque le rythme de travail s'accélère [...] [la·]le médecin ne prend plus le temps de demander [à la·]au malade[/patient·e] son accord, imposant la présence [de la·]du chercheur[·e] comme un[·e] assistant[·e] ou un[·e] stagiaire. » (Sarradon-Eck 2008, p. 7).

L'écart d'implication réflexive des professionnel·le·s dans les diverses structures impacte donc l'approche de la consultation, à commencer par la manière de présenter la chercheuse et son enquête.

7.1.2 Présenter une chercheuse en sociologie... dans une consultation médicale

« Selon mon expérience et celle de beaucoup d'autres collègues, quelle que soit la manière dont on se présente, les acteurs [et actrices] attribuent leur propre sens à cette relation et le[s] chercheur[·e·s] n'[ont] pas toujours une marge de manœuvre satisfaisante », indique l'anthropologue et sage-femme Raquel Rico Berrocal, dont les enquêtées ont davantage retenue sa casquette de professionnelle de santé (Berrocal 2020). « Stagiaire » (selon le conjoint d'une patiente), « jeune collègue » (lors du port de la blouse blanche), « assistante » (selon une secrétaire), « étudiante » (selon des professionnel·le·s), « espion » (selon une professionnelle lorsqu'elle soutient des patient·e·s dans des démarches interdites en France), « intrus » (quand une enseignante médecin conclue ma présentation devant la classe d'internes observée),

tels sont au moins les six statuts que les enquêté·e·s m'ont prêtés. Faire le choix de l'observation c'est donc accepter un rôle social à endosser en tant qu'observatrice (Arborio, Fournier et Singly 2008, p. 27), celui-ci pouvant être attribué par « les acteurs[·trices] sociaux[·sociales] étudié[·e·s] » (Sarradon-Eck 2008). En effet, mener une réflexivité sur une tierce présence implique également de penser à sa présentation, ici auprès des patientes. Si les premières présentations étaient imprécises (oubli de mon prénom³⁴², sujet et discipline de recherche approximatif·ve·s)³⁴³, les professionnel·le·s de santé finissaient par user d'une formulation rodée pour me présenter aux patientes, souvent associée à la demande de leur accord/refus avant qu'elles n'entrent dans la salle de consultation. En clinique par exemple, une médecin me présentera d'abord comme « une jeune fille qui fait une thèse de socio sur la contraception, qui assiste aux consultations, mais pas aux examens » avant que cela devienne : « Leslie, qui fait une thèse de socio sur la contraception ».

En hôpital, lors de la première session d'observations la médecin ne m'a pas présentée au moment des premières consultations (qui commençaient sur les chapeaux de roues). Aussi, l'accord des patientes quant à ma présence n'a pas été demandé jusqu'à la septième consultation.

Si en centres de santé j'étais plus souvent présentée par mon prénom, il est également intéressant de noter que les professionnel·le·s de santé qualifiaient moins l'enquête par la thématique ou discipline de recherche, que par l'activité que cela impliquait : selon une sage-femme, je « regarde comment elle travaille ». C'est aussi ce qu'elle demandera de traduire aux interprètes pour les patientes non francophones, afin qu'elles puissent manifester leur (dés)accord. Il s'agissait également de définir cette activité par ce qu'elle ne serait pas, assurant par exemple aux femmes que je ne les ausculterai pas en « disant que je fais de la socio et que donc je ne "fai[s] pas de trucs physiques". » (27 avril 2018)

Les patientes et les professionnel·le·s de santé ne sont pas les seules personnes présentes dans les structures observées. Cela implique par exemple que la chercheuse soit identifiable pour les secrétaires ou les personnes travaillant plus généralement à

³⁴² Si des praticien·ne·s enquêté·e·s oubliaient régulièrement mon prénom, ce ne fut jamais le cas des secrétaires, qui notaient ma venue dans le calendrier informatisé.

³⁴³ En 2018, des professionnelles de santé sensibilisées à une approche féministe du soin avaient organisé une soirée d'échanges entre praticiennes et usagères de santé, autour de la question de l'examen gynécologique, à laquelle je participais. L'une des organisatrices m'interpella. Elle me reconnaît. La réciproque n'y est pas. Quelle ne fut pas ma gêne lorsqu'elle précise que nous avons fait un entretien chez elle. N'ayant pas suivie cette médecin en consultations et ne l'ayant donc pas vue en dehors de son domicile et ce depuis des semaines, il m'a été difficile de la reconnaître dans un tout autre contexte. Cela me permet de nuancer les approximations des médecins concernant une « invitée » non praticienne.

l'accueil. Si des secrétaires en clinique me percevaient comme une « assistante³⁴⁴ » des professionnel·le·s de santé (présente dans leur bureau, assise à côté d'eux, portant une blouse blanche), certaines situations impliquaient que je doive me présenter plus officiellement :

5 juin 2018, centre de santé

N'ayant pas eu l'autorisation d'assister à une consultation, je patiente en salle d'attente. Les personnes de l'accueil, deux hommes, se sont relayées. Le dernier arrivé demande au fur et à mesure à qui est le tour pour se présenter à l'accueil. Je suis assise sur une chaise juste en face de la porte de l'accueil qui se trouve à un mètre de moi. Voyant que je ne viens jamais dans l'accueil, l'homme me dit : ``vous venez s'il vous plait ?! Tu bouges pas, tu m'inquiètes``. Je lui explique que je me suis déjà présentée quand il y avait son collègue. Il me répond : ``oui mais moi je t'ai pas vu``. J'explique donc à nouveau pourquoi je suis là, que je suis tel·le professionnel·le dans ses consultations dans le cadre de ma thèse, mais uniquement quand les patientes sont d'accord. Il comprend alors que cela relève d'un ``cadre professionnel``.

Dans la plupart des structures, décider des créneaux d'observations n'impliquait pas nécessairement de prendre rendez-vous auprès du secrétariat ou de l'accueil. Cela n'était strictement le cas qu'en hôpital (car une seule personne pouvait accompagner les médecins : une interne ou la chercheuse). Par contraste, ce ne fut jamais le cas ni en centres de santé (les prises de rendez-vous s'effectuaient par SMS ou d'une session d'observations sur l'autre) ni en clinique (les prises de rendez-vous étaient effectuées d'une session d'observations sur l'autre). La situation est un peu plus nuancée en cabinets libéraux. Selon les professionnel·le·s de santé auprès de qui je travaillais, soit je devais téléphoner directement au secrétariat pour fixer la date de la prochaine session d'observations, soit les médecins et moi discussions des jours où je pouvais observer, avant de l'annoncer aux secrétaires qui notaient le rendez-vous dans le calendrier informatisé, au même titre que ceux des patientes.

Finalement, les occasions de me présenter par moi-même aux patientes étaient rares et cela était plus souvent le cas en centres de santé. Mais les professionnel·le·s (toutes structures confondues) se chargeaient toujours de présenter les raisons de ma présence. Les quelques fois où les patientes entraient dans les salles de consultation

³⁴⁴ « Je savais pas que vous aviez une assistante » dit une secrétaire à une gynécologue, en parlant de moi (1^{er} mars 2017).

avant les professionnel·le·s (occupé·e·s à être au secrétariat par exemple) constituaient ces quelques occasions.

Je n'ai finalement compris que tardivement les enjeux que constituaient la présentation de la chercheuse. Lors d'une première session d'observations auprès d'une gynécologue, celle-ci me demande comment me présentait sa collègue d'une autre structure. Ce qui interroge concerne en fait moins la présence d'une tierce personne que la discipline dans laquelle la recherche s'inscrit. En effet, l'enjeu sous-jacent est celui du secret médical lorsque la chercheuse n'est pas (future) personnel de santé. De ce fait, « elle m'explique que même si je dévoile ce qui se passe dans les consultations, on ne peut pas porter plainte contre moi ». *A contrario*, un gynécologue obstétricien me dira que je suis sous secret médical, « que rien ne doit sortir d'ici ». Je comprendrai plus tard que la gynécologue qui s'inquiétait de cette question a une patientèle qui compte quelques médecins. Ainsi, elle me présentait différemment à ses patientes issues du milieu (para)médical (y compris à une patiente secrétaire médicale), quand elle ne me demandait pas carrément de sortir du cabinet : « La prochaine consultation est pas intéressante, elle a 67 ans, elle connaît un médecin donc je vais te laisser aller dans l'autre cabinet, c'est pas de la contraception » (22 mars 2017). Ce cas de figure n'est arrivé qu'une seule fois, au début des observations, témoignant sans doute d'un temps d'adaptation nécessaire à la gynécologue quant à une présence inhabituelle. Effectivement, par la suite, le profil des patientes familières du milieu médical impacta seulement sa manière de me présenter, sans que cela nécessite que je sorte de la salle : face à une patiente ASH³⁴⁵ elle me présente par exemple comme une étudiante en médecine. « Plus tard, je lui dis qu'il ne faut donc pas que les patientes me posent de questions sur mes études. La gynécologue me dit de ne pas répondre dans ce cas et qu'elle s'en chargera » (22 mars 2017). Cela ne semblera en revanche pas inquiéter son collègue obstétricien qui, face à une patiente interne en médecine, « dit qu'il est aujourd'hui avec une jeune collègue qui fait une thèse en socio sur les gynécos » (18 mai 2017).

De même, en hôpital les professionnel·le·s me présentent comme : « Leslie qui fait une thèse sur la contraception », sans préciser la discipline, sous-entendant de fait que c'est en médecine. Le port de la blouse blanche venait renforcer l'ambiguïté de mon statut : « Elle [la médecin] me donne une blouse car "c'est mieux". Elle dira que je fais une thèse en médecine. Je demande : "c'est mieux ? ", elle répond : "je ne sais pas..." » (hôpital, 20 février 2018).

Si le port de la blouse blanche ne suffit pas à être astreinte au secret médical, elle semble signifier une légitimité à le partager et, plus largement, à être présente en

³⁴⁵ Agent des services hospitaliers.

consultations : « certain[·e]s généralistes n'ont accepté la présence de l'observateur[·trice] qu'à la condition qu'i[el] soit aussi médecin, accréditant l'idée que seul[·e]s les médecins sont lié[·e]s par le secret professionnel et respectent des règles déontologiques. Un[·e] généraliste participant à l'enquête a présenté l'ethnologue comme "une stagiaire", d'autres ont fait valoir son statut de médecin (lorsque c'était le cas). Dans un cabinet, les praticien[·ne]s ont demandé à l'ethnologue de porter une blouse comme e[ll]e[ux]-mêmes, maintenant une ambiguïté riche de sens sur le statut du[·de la] chercheur[·e] : sa présence ne pouvant être acceptée qu'à la condition que l'ethnologue soit assimilé[·e] au corps médical et autorisé[·e] ainsi à "partager le secret". » (*Ibid.*, p. 12). Il s'agissait donc pour les médecins de mieux me fondre dans leur groupe social étudié. Mais cette ambiguïté pouvait semer une confusion chez les patientes, manifestée dans les moments plus informels ou lorsque la·le professionnel·le s'absentait :

Hôpital

6 mars 2018

Nous (une médecin généraliste, la patiente et moi) sortons de la salle de consultation et allons voir les infirmières. En marchant dans le couloir, la patiente me demande si je suis à [nom d'un quartier composé d'une université de médecine]. Je réponds que je suis à l'Université du Mirail à Toulouse. Elle dit : « Ah je pensais que c'était [ma recherche] plus en médecine ». Moi : « non, c'est plus en socio... », nuancant en me souvenant des enjeux soulevés par les médecins.

3 avril 2018

J'attends dans la salle d'attente pour observer la première consultation de ce jour. La médecin entre et appelle la première patiente. Elle me voit et me dit de venir aussi. Je n'ai pas encore de blouse blanche et m'apparente donc à une usagère. Cela crée une confusion chez cette première patiente qui demande si elle vient aussi.

Dans ce contexte, une interne et moi-même étions confondues. Lorsqu'au secrétariat « je me présente comme étant "Leslie Fonquerne, qui fait une thèse sur la contraception et qui doit suivre la Dr X dans ses consultations", la secrétaire me dit que c'était bien noté, mais que ce n'était pas le bon prénom. Ce n'est pas le mien mais celui de l'interne qui figure sur le cahier des rendez-vous, car je viens les jours où elle n'y est pas. La Dr X accueille une seule personne à la fois » (6 mars 2018). Il arrivera d'ailleurs à cette médecin de me présenter aux patientes avec le prénom de l'interne. Environ un mois plus tard, lorsque je m'annonce au secrétariat, j'aperçois la feuille des rendez-vous et constate à nouveau que c'est le prénom de l'interne et non le mien

qui y figure. La secrétaire me dit que cela indique à la médecin qu'il y a une « stagiaire » qui l'accompagne ce jour-là. Le prénom renseigné désigne donc deux personnes différentes, dont les raisons de la présence sont elles aussi bien distinctes, mais sont réduites à un statut.

Si l'enjeu du secret médical impliquait pour les médecins de me présenter comme une étudiante en médecine, voire comme une collègue, il s'agissait aussi de minimiser l'impact de ma présence et de conserver l'autorité médicale, dans une relation habituellement duelle (Sarradon-Eck 2008). Par exemple, une gynécologue, avec qui j'ai le moins d'écart d'âge, me présente comme tel en accolant toujours le préfixe « petite » : « petite étudiante », « petite collègue », ou le plus souvent « la miss » ; surnom qu'elle donnait également aux jeunes patientes ainsi qu'à une usagère voilée. Un autre exemple est celui d'une médecin généraliste qui, en me présentant rapidement, mime en l'air un revers de main, comme pour signifier que cette information n'a pas grande importance. Enfin, un gynécologue obstétricien usait de l'âgisme et du paternalisme (Quéré 2016) : « Je te tutoie, tu es trop jeune. Ça te dérange pas ? ». Pourtant, il semblerait que cela ne suffise pas à le rassurer, devant également manier l'humour, puisqu'à chaque fois qu'il présente cette recherche, s'en suit une réflexion ironique :

18 et 24 mai 2017, cabinet de ville

Le gynécologue me présente comme faisant « une thèse sur les gynécologues pour savoir s'ils sont gentils ». [...] Il dit que je fais une thèse « pour savoir si les gynécos servent à quelque chose ». [...] Le gynécologue : « elle fait une thèse sur les meilleurs des gynécos, c'est ça hein ? » [...] Le gynécologue répond que je suis en socio « pour écrire des bouquins et dire qu'il travaille pas bien ».

L'« humour contre soi » permet, en effet, de « devancer la critique que d'autres pourraient formuler » et ainsi conserver un certain « contrôle » (Zolesio 2012b, p. 92).

En France, les médecins ont l'habitude de travailler seul·e·s, sans « surveillance »³⁴⁶. Un gynécologue s'insurgera d'ailleurs du fait que ces confrères états-uniens « ne sont pas seuls pendant les consultations ». Cela semble perçu comme une entrave à leur autorité, qu'il faudrait préserver. On peut y voir aussi une certaine crainte d'une évaluation, d'un jugement ou d'un contrôle de leurs pratiques médicales.

³⁴⁶ Sur le terrain, iels échangent sur leurs pratiques *via* le chat sur l'ordinateur, principalement entre deux rendez-vous et, plus largement lors d'évènements scientifiques, mais bien plus rarement lors des consultations, où iels exercent seul·e·s.

De ce fait, certain·e·s professionnel·le·s préfèrent être observé·e·s par un·e chercheur·e non médecin, mais se confrontent dans ce cas à un regard critique porté sur l'asymétrie de la relation médecins-patient·e·s, voire l'abus de pouvoir ; participant au désenchantement de cette même relation (Sarradon-Eck 2008, p. 16). Ainsi, qu'elle soit issue ou non du monde médical, la présence d'une personne observatrice bouscule le cadre habituel des consultations et ce dès le début de celles-ci, en orientant l'entrée en matière.

7.1.3 Démarrer une consultation... biaisée à des fins prescriptrices ?

Si des approches sociologique ou anthropologique³⁴⁷ tendent à considérer l'impact des chercheur·e·s sur leurs terrains comme étant minime³⁴⁸ (les enquêté·e·s ne changeant pas le cours de leur vie en présence de ceux-ci), d'autres reconnaissent les « perturbations créées par l'observation » (Devereux, 1980 : 363 cité par Sarradon-Eck 2008, p. 4). En effet, ma présence semblait quelque peu influencer certains moments de consultations, à commencer par le premier sujet abordé par les professionnel·le·s en clinique et en cabinets libéraux, parfois indépendamment de l'objet de la venue des femmes. Les consultations pouvaient démarrer comme suit : « Le gynécologue : “On va faire travailler notre jeune collègue [moi]”, en demandant les anciens contraceptifs de la patiente, en disant que c'est une parenthèse pour moi » (24 mai 2017).

Ces digressions de la part des professionnel·le·s n'avaient sans doute pas comme but exclusif l'avancée de ma thèse, supposant que ma présence pouvait être instrumentalisée à des fins prescriptives : « Pour cette dernière consultation la patiente ne venait pas du tout pour de la contraception. La gynécologue en aurait-elle parlé si je n'étais pas là ? L'usagère est repartie avec une ordonnance de macro pilule » (clinique, 8 mars 2017). De même, cette même gynécologue, adepte des prescriptions de DIU au cuivre, prétextera (peut-être sincèrement) ma présence pour parler de ce moyen contraceptif : « ” Je sais plus si on avait discuté du DIU ou pas. C'est plus pour Leslie” » (clinique, 1er mars 2017). Une autre médecin me prendra également à partie alors qu'elle insistera auprès d'une patiente sur le fait qu'il ne faut pas avoir de risque de grossesse avant de poser un implant, elle dira l'expliquer « aussi pour moi » (cabinet de ville, 19 avril 2017).

³⁴⁷ Comme cela a pu être le cas en formation d'anthropologie sociale et historique.

³⁴⁸ Cela est en effet parfois le cas : une patiente dit ne pas me reconnaître et ne pas se souvenir que j'étais déjà là à sa précédente consultation.

Finalement, outre le fait de présenter la chercheuse comme membre du corps médical, c'est par surcroît dès le début de la consultation que ma présence se fait le relai d'une relation asymétrique entre professionnel·le·s de santé et patientes : « La gynécologue, devant la patiente et s'adressant à moi : "Je vais vous raconter son histoire". Je représente une occasion de plus pour que la gynécologue parle à la place de la patiente » (8 mars 2017).

Si à travers le discours guidant le déroulement de la consultation la chercheuse peut se retrouver partie prenante dans cette relation de pouvoir, c'est aussi la place physiquement occupée qui venait le plus souvent renforcer davantage cette asymétrie.

7.1.4 Encombrante et inconfortable ? La place de la chercheuse

Si la présentation façonne le statut d'observatrice face aux patientes, il en va de même quant à la place occupée par la chercheuse dans les salles de consultation et selon leur disposition. La comparaison de la disposition des salles de consultation dans les différentes structures permet de mettre en avant divers enjeux : ceux de l'installation (de la chercheuse) et de sa (re)négociation, qui semblent éminemment liés au port de la blouse blanche ; et ceux de la séparation des espaces de consultation et d'auscultation. La méthode mobilisée ici emprunte à celle d'une écologie du lieu adoptée en arts appliqués préconisant une exploration et une redéfinition du site investi. L'objectif est d'en souligner des traits de caractère, notamment en sélectionnant certains « morceaux » pour en faire un « paysage dialectique », afin de prendre en considération diverses dimensions du site (Barrès 2012) : politique par exemple.

L'installation et le port de la blouse

L'installation et le port de la blouse blanche n'ont fait l'objet que de peu de négociations. En effet, les professionnel·le·s de santé prenaient l'initiative de me dire où je devais m'asseoir et si je devais porter une blouse. La possibilité d'accéder à un tel terrain ayant nécessité une importante préparation et ayant été faisable suite à de multiples négociations en entretiens ou par mails, je ne remettais pas en question les initiatives des praticien·ne·s de santé de peur qu'ils décident de mettre fin aux observations à tout moment. C'est ainsi que, inconsciemment durant la plus grande partie de l'enquête, je leur ai laissé autorité. Je n'ai en revanche jamais vraiment craint qu'une usagère clôturât subitement un entretien, même lorsque nous avions des points de vue divergents. Cela témoigne des postures différentes adoptées selon les rapports

de pouvoir dans lesquels je m'impliquais, comme l'illustre cet extrait de journal de terrain :

1^{er} mars 2017, clinique

La gynécologue : « vous allez vous mettre... [petit silence] »
 – Moi : « où vous voulez ». Elle m'indique alors un tabouret à côté d'elle, vers le bout de son bureau, derrière l'imprimante [voir schéma ci-dessous]. Je suis coincée entre le mur et l'imprimante mais l'orientation de l'ordinateur permet à la gynécologue, la patiente et moi-même de voir l'écran. Je m'appuierai quelques fois sur le mur juste derrière le tabouret pour soulager mon dos durant ces cinq heures d'observation. Je pousserai mes jambes à chaque fois qu'elle récupérera une ordonnance imprimée, excepté les fois où je lui passerai les papiers. Je la gêne pour scanner. Lorsque la gynécologue a sorti pour une énième fois des élastiques du tiroir, elle les a finalement laissés sur le bureau pour ne plus me « gêner » en les prenant, pour accrocher une feuille pliée autour du tube du frottis.

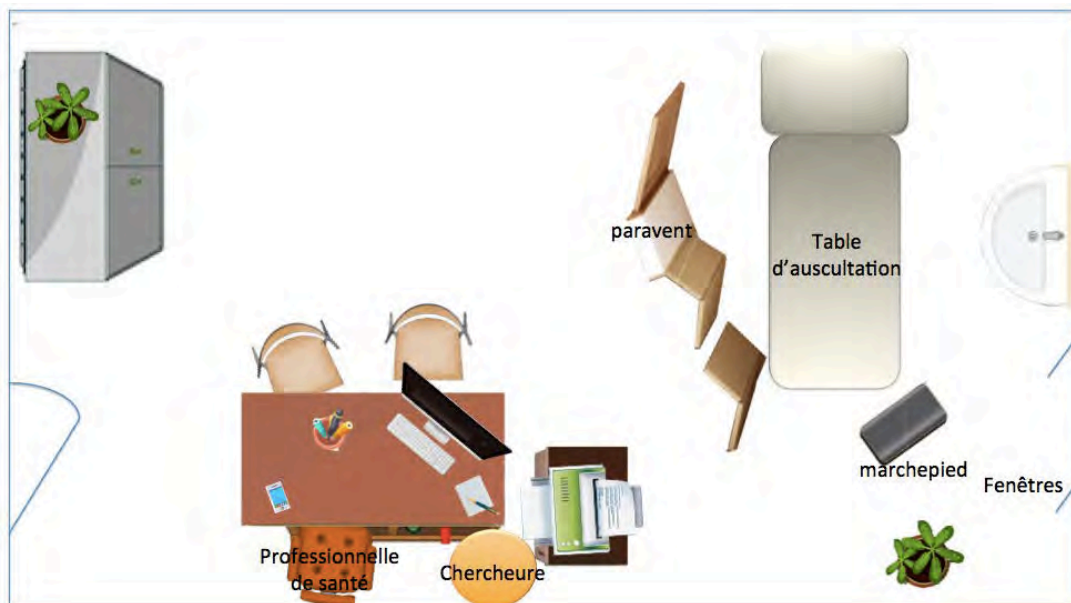


Figure 33 - Schéma d'une salle de consultation en clinique

Si en clinique, en hôpital et en cabinets libéraux j'étais systématiquement installée du même côté du bureau que les médecins, l'installation était moins bipartite en centres de santé puisque les professionnel·le·s ont suggéré que je me mette en bout de bureau, les patientes et les praticien·ne·s étant de part et d'autre de celui-ci. Dans le premier cas, « l'intrus » que représente la chercheuse vient peu remettre en question une « relation habituellement duelle » (Sarradon-Eck 2008). Dans le second, la

configuration des échanges était, par contraste, triangulaire. La possibilité de dialogue est différente en ce qu'elle ne laisse pas présupposer que la chercheuse est (littéralement) du côté des professionnel·le·s et non des usagères. Aussi, tout comme le personnel des centres de santé, je ne portais pas de blouse blanche. Le non port de ce vêtement médical, marqueur hiérarchique (Adam, Herzlich et de Singly 2007; Azcué et Mathieu 2017), vient renforcer l'idée d'une absence de bipartition inégale. *A contrario*, je devais porter une blouse beaucoup plus systématiquement en clinique, en hôpital et en cabinets libéraux.

Les principales négociations opérées concernant ces observations sont qu'elles aient pu avoir lieu et que les dates et créneaux horaires aient pu être discuté·e·s. Tout comme en clinique, les observations menées en cabinets se sont déroulées en étant positionnée entre la·le médecin et divers objets (imprimante, mur, poubelle...). Si je n'ai pas négocié un changement de place (par exemple en essayant de me mettre à côté des usagères et sans blouse) de peur que cela compromette totalement l'acceptation de ma présence, j'ai cependant interrogé l'inconfort physique dans lequel je me trouvais et qui semble avoir été entendu par les enquêté·e·s : « Je prends une chaise au lieu du tabouret. L'obstétricien me demande si je ne veux pas plutôt le tabouret et me dit finalement que je serai mieux sur la chaise. Je remets la blouse blanche » (extrait de journal de terrain, 18 mai 2017).

En revanche, la plus jeune gynécologue de la structure (avec qui j'ai le moins d'écart d'âge) ne me donne pas de blouse, supposant que cela serve à préserver son autorité en consultations, tout comme les « petits » surnoms qu'elle m'attribuait, n'étant plus la seule personne derrière son bureau face aux femmes :

22 mars 2017

Elle ne m'a pas donné de blouse et m'a dit d'aller chercher un tabouret ou une chaise dans le cabinet d'à côté. Ayant fait l'expérience des premières observations dans une autre structure, je sais que je vais passer des heures assise pour observer et je me souviens que le tabouret est très inconfortable. Je choisis donc une chaise, la plus petite pour ne pas encombrer... Elle me dit qu'elle me mettra à côté d'elle, l'espace dédié à l'auscultation m'étant ainsi caché par un mur [voir le schéma ci-après]. [...] La gynécologue m'indique que je pourrai lui passer les papiers imprimés.

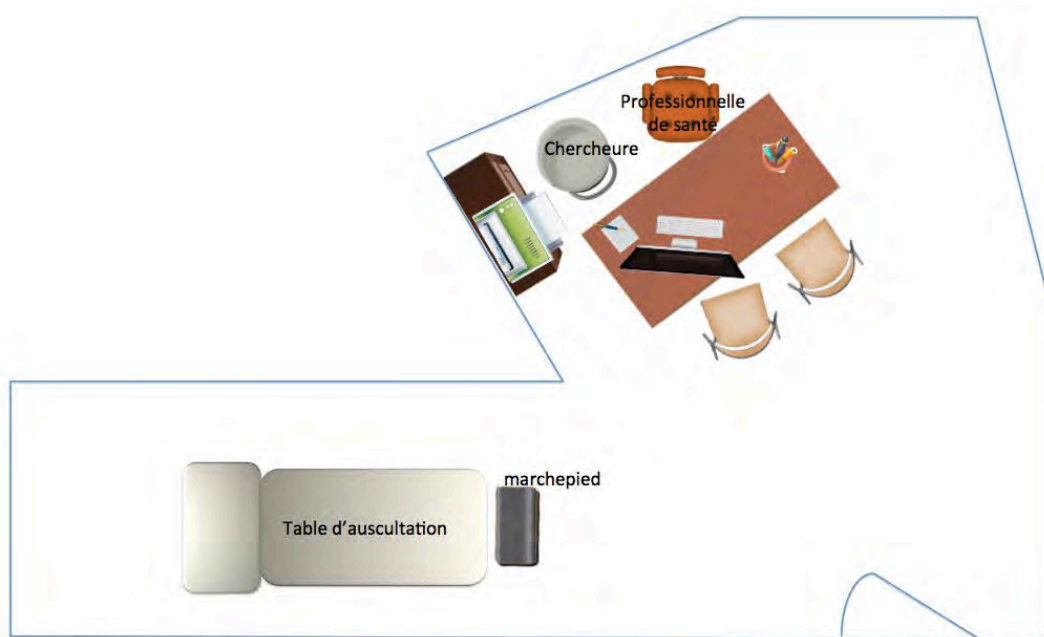


Figure 34 - Schéma d'une salle de consultation en cabinet libéral de ville

En hôpital, je suis également installée d'office sur un tabouret, « comme l'interne », me précisent les professionnel·le·s³⁴⁹. Cette assise, distincte de celle des médecins, peut signifier qu'une tierce personne est tolérée dans cette relation habituellement duelle, mais qu'elle ne réalise pas le principal travail exercé par les praticien·ne·s. Dans un centre de santé, une sage-femme me proposera directement une chaise (la deuxième prévue, pour les accompagnant·e·s des patientes), me disant que je prendrai le tabouret seulement si deux personnes viennent en consultation et légitimant ainsi ma présence. Mais une fois installée, la chercheure peut-elle et doit-elle avoir accès à l'ensemble de la consultation ?

³⁴⁹ La seule fois où un médecin m'a remplacé le tabouret par une des chaises destinées aux patientes faisait suite à un malaise ressenti après avoir entendu une pose de DIU douloureuse pour l'usagère et détaillée par la médecin, qui expliquait les actes médicaux à la patiente en même temps qu'elle les réalisait (3 avril 2018).

Enjeux éthiques de matérialité et de séparation des espaces de consultation et d'auscultation

4 décembre 2017

Ambre (étudiante en anthropologie) décrit le cabinet de gynécologie comme étant « horrible », « froid » et un endroit qu'elle « déteste ». Dans la salle d'attente, des posters « sur le cancer et les enfants » sont affichés. Dans le cabinet, « la partie où on discute » et le coin auscultation sont séparé·e·s par un mur et une porte coulissante qui reste ouverte. Il y a « des petites marches » pour monter sur la table. Elle se sent vulnérable. Elle décrit le spéculum comme étant une « machine pour le frottis », une « machine qu'on tourne ». Elle pense se rappeler être complètement nue sur la table. Elle dit que ses souvenirs chez les gynécologues sont « flous » : « J'efface tout ça », précise-t-elle.

Lorsque les entretiens menés auprès des professionnel·le·s de santé se déroulaient sur leur lieu de travail, la méthode de l'entretien pouvait se coupler à celle de l'observation de la structure. Dans le cabinet de ville d'un médecin généraliste interrogé (5 décembre 2017), la salle dédiée à l'auscultation, incluse dans la pièce de consultation, est délimitée par une porte. Les matériaux des sols marquent également cette séparation car si la salle de consultation est recouverte de moquette, le sol de la pièce d'auscultation est, quant à lui, fait de carrelage. Ce constat, et celui fait par Ambre dans l'extrait de journal de terrain ci-dessus, témoignent de la froideur des pièces dédiées aux examens. La matérialité des lieux impacte le vécu des expériences d'auscultation : des usagères, mais également des professionnel·le·s. Une sage-femme travaillant en cabinet libéral conscientise l'importance du matériel utilisé et observe l'usage qu'en font les patientes pour ajuster sa pratique médicale :

21 décembre 2017

La sage-femme a deux fauteuils dans son cabinet : un proche de la table d'auscultation et un autre plus éloigné. Quand les patientes se déshabillent, elle observe sur quel fauteuil elles posent leurs habits. Aussi, des femmes enlèvent directement leurs sous-vêtements, tandis que d'autres s'assoient sur la table en les conservant sur elles, retardant ainsi le moment de l'examen.

La table d'auscultation ne comporte pas d'étriers, les femmes ne sont donc jamais « les jambes en l'air suspendues ». Durant les auscultations, la sage-femme s'assoit sur la table, une jambe posée sur un tabouret, tandis que l'autre jambe sert d'appui à l'usagère. De cette manière, elle sait « où elles en sont » : elle « sent » si elles stressent et si la patiente est prête à l'examen, selon si sa jambe est ou non appuyée sur la sienne.

Durant les observations, si je n'avais pas accès à l'espace dédié à l'auscultation grâce à un paravent en clinique, à un mur dans un cabinet, c'est cette fois-ci un rideau, en hôpital, qui délimite ces deux parties, comme le montre le schéma ci-dessous.



Figure 35 - Schéma d'une salle de consultation en hôpital

Il m'est donc impossible de voir les auscultations dans ces trois premiers cas et cela n'était de toute façon, pour des raisons éthiques, pas envisageable autrement. De plus, cela aurait été inutile, les étapes de l'examen étant identifiables grâce aux conversations et aux bruits : celui du tensiomètre par exemple. Étant donné que la mobilisation de tous les sens (y compris l'ouïe donc) différencie le fait d'observer de celui de simplement regarder, cela représentait une occasion de focaliser l'attention sur d'autres éléments que ceux simplement accessibles par la vue (Arborio, Fournier et Singly 2008).

La comparaison de la disposition des salles de consultation dans un centre de santé et un cabinet de ville va maintenant démontrer que c'est moins l'absence de séparation entre l'espace de consultation et d'auscultation que la considération déontologique du·de la professionnel·le de santé qui participe ou non à favoriser une situation éthique. En effet, aucune des deux salles comparées ici ne dispose de séparation physique entre les espaces mentionnés. Dans les deux structures, le premier est matérialisé par le bureau et le second par la table d'auscultation :

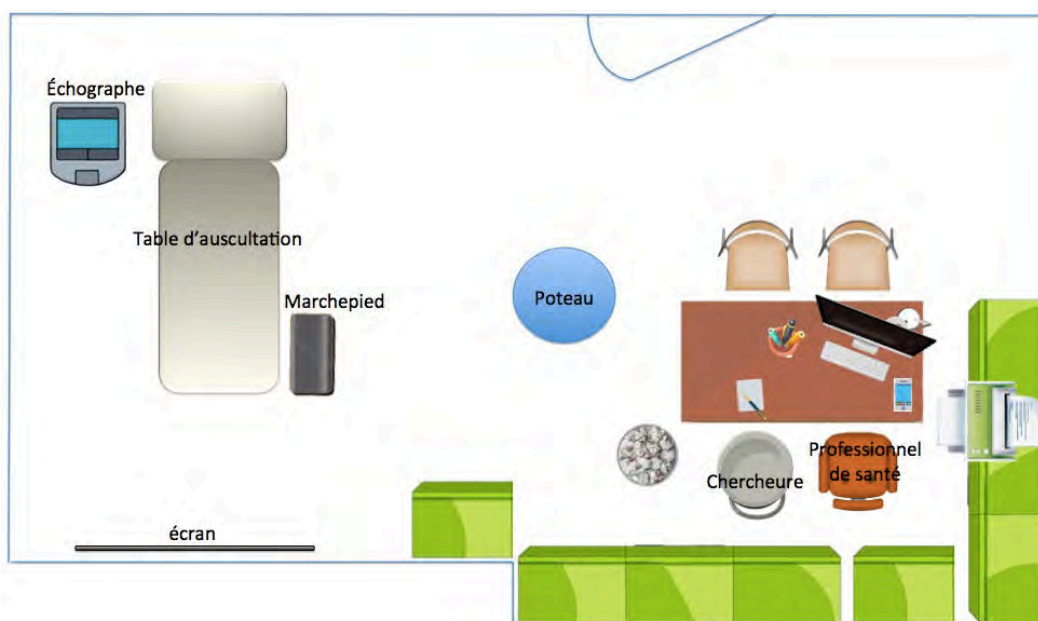


Figure 36 - Schéma d'une salle de consultation en cabinet libéral de ville

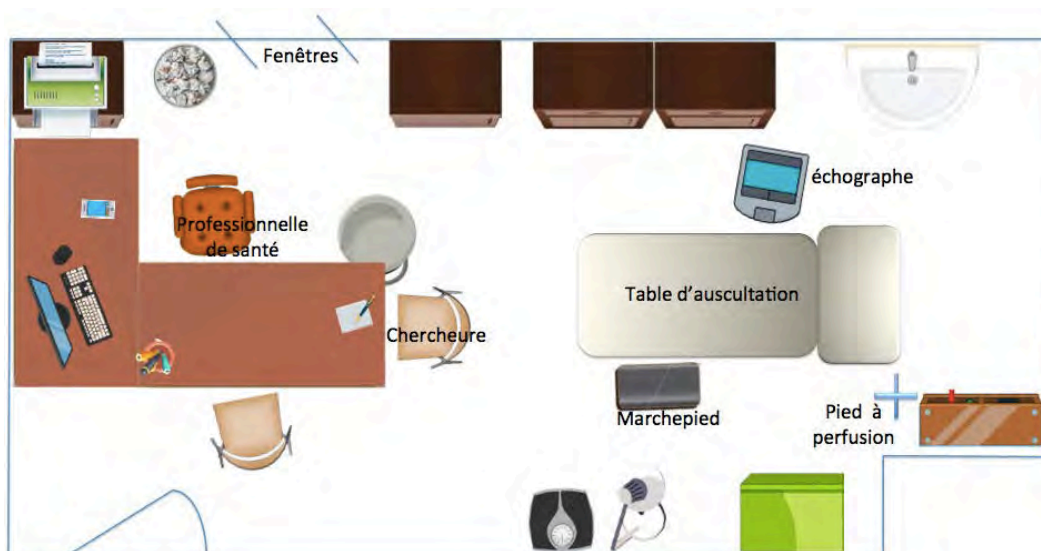


Figure 37 - Schéma d'une salle de consultation en centre de santé

Le cabinet de ville pris en exemple ici est le seul de la structure à ne pas disposer de séparation physique entre les deux espaces étudiés. Cela interroge d'autant plus qu'il s'agit du cabinet le plus grand que j'ai pu observer dans cet établissement et le plus équipé technologiquement (disposant d'un échographe, d'un grand écran mural). Il est occupé par un gynécologue (homme) obstétricien. Lorsque je lui demande où il veut que je m'installe, il n'y a visiblement pas réfléchi et cette étape se déroule dans la

précipitation. Dans une même logique, quand je lui indique ne pas regarder durant les examens, il ne semble pas s'interroger sur le consentement des patientes quant à la présence (visuelle) d'une tierce personne et me répond : « Bah, tu sais à quoi ça ressemble » (18 mai 2017). Il me répétera également que ma présence « passe » parce que je suis « une femme » : n'étant pas en médecine, il pense qu'un homme ne serait pas si bien accueilli par les patientes. Mais ont-elles vraiment le choix ? Rien n'est moins sûr étant donné qu'il ne leur est que rarement donné à comprendre que je ne suis pas issu du monde médical. Elles cèdent donc plus qu'elles ne consentent (Mathieu 1991b) puisqu'elles ne disposent pas de toutes les informations nécessaires pour pouvoir faire un choix éclairé.

Excepté un équipement technologique moindre (absence d'écran, ordinateur plus ancien), on retrouve en centre de santé une disposition similaire de la salle. Je supposais jusqu'ici que cette dernière était cruciale pour le respect de l'intimité des patientes et informe donc les professionnel·le·s de santé du centre que je sortirai au moment des auscultations. Or, il n'a pas été nécessaire qu'il en soit toujours ainsi. D'une part, il était toujours demandé aux femmes (soit par les praticien·ne·s, soit par la chercheure) s'il fallait que je sorte³⁵⁰. D'autre part, même si la patiente répondait négativement, je restais tournée face au bureau. Étant assise au bout de celui-ci (disposition triangulaire des actrices), la table d'auscultation se trouve juste derrière moi, comme le montre le schéma ci-dessus.

Ainsi, c'est moins l'absence de séparation entre les espaces de consultation et d'auscultation que la réflexivité menée sur cette question qui participe à en faire un espace exempt de tout risque de violences médicales, et plus particulièrement gynécologiques.

7.2 Les violences gynécologiques, au sein du *continuum* des violences de genre

« J'ai failli lui dire : "et moi je vous ai maltraité ?!" Je lui aurais mis des claques. » (Une gynécologue en parlant d'une patiente, cabinet de ville, 19 avril 2017)

Les violences médicales et gynécologiques s'appréhendent à la fois en termes d'analyse et de méthodologie. D'une part, elles constituent évidemment des matériaux

³⁵⁰ Ce qui n'était pas le cas dans la structure précédente où le consentement n'était demandé qu'en début de consultation, la patiente ne sachant pas forcément si elle allait être auscultée.

de terrain. D'autre part, elles questionnent particulièrement la posture de la chercheuse, au moins pour deux raisons. La première est qu'elles impliquent une réaction en tant que chercheuse féministe (Clair 2016b). Ensuite, il s'avère que tout comme les femmes usagères, ce n'est pas nécessairement sur le moment que je conscientisais assister à une situation de violences, trop préoccupée à noter frénétiquement ce que j'observais. Une prise de conscience fut instantanée dès lors que des médecins m'instrumentalisaient, devenant relai de ces situations. Il en découle ce choix d'écriture d'imbriquer l'étude des violences gynécologiques à une partie particulièrement centrée sur la réflexivité.

7.2.1 Des violences « sexistes » aux violences gynécologiques

Des violences institutionnelles

En 2013, la prise en charge des femmes victimes de violences sexuelles a été intégrée à la formation initiale des études de médecine³⁵¹, afin de généraliser le repérage des violences par le questionnement systématique³⁵². En France, « la crise de la pilule » a favorisé la remise en question de la place centrale de la contraception orale au sein de « la norme contraceptive » (Bajos et Ferrand 2004) et des inconvénients inhérents à l'usage de ce moyen contraceptif. Cette remise en question s'inscrit dans une dynamique plus large de visibilisation des biais de la médicalisation, voire des violences médicales, à l'œuvre depuis le début des années 2010 : de la part de professionnel·le·s (de santé³⁵³, juriste³⁵⁴, journalistes³⁵⁵, vidéaste³⁵⁶), de collectifs féministes³⁵⁷, mais aussi d'usagères de contraception³⁵⁸. Fin 2017, Marlène Schiappa³⁵⁹ saisissait le HCE pour « objectiver le phénomène des violences gynécologiques » et y

³⁵¹ Une seule des professionnelles de santé accompagnées en observations a suivi cette formation.

³⁵² (Ministère des affaires sociales et de la santé 2016, p. 11)

³⁵³ (Winckler 2016)

³⁵⁴ (Lahaye 2016)

³⁵⁵ (Déchalotte, Teste, et France Culture 2015; Vandekerkhove 2015)

³⁵⁶ (Faure 2018)

³⁵⁷ (Gyn&co 2013 ; Je n'ai pas consenti 2015 ; PayetonGyneco 2017)

³⁵⁸ (#payetonuterus 2014 ; #mypillstory 2016)

³⁵⁹ Secrétaire d'État chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations.

répondre le cas échéant³⁶⁰. Mi 2018 paraissait le rapport demandé, interprétant ces situations comme des « actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical » plutôt qu'en termes de véritables violences gynécologiques.

Le suivi gynécologique régulier représente 74 % des consultations (DREES 2009 citée par Ruault 2015, p. 37). Si certaines études mentionnent que 60 % des femmes en France se rendent régulièrement en consultation gynécologique, malgré le côté « désagréable » qu'elles lui reconnaissent par ailleurs (Guyard 2008), il semblerait que ce chiffre, déjà significatif, soit sous-estimé. Si l'on se base sur les résultats de l'enquête FECOND de 2010, c'est « 90 % des femmes de 15 à 49 ans interrogées [qui] déclarent avoir un·e gynécologue ou un·e médecin faisant office de gynécologue pour leur contraception ou leur suivi gynécologique » (Koechlin 2021, p. 9). En effet, « Dans les pays riches, les femmes des classes moyennes et supérieures ont intériorisé l'obligation de consulter régulièrement un·e gynécologue, indépendamment d'un problème de santé » (Vuille 2021, p. 335). Les « maltraitements gynécologiques » concernant toutes les classes sociales et les générations (Claro 2019, p. 298), la légitimité de ce suivi importun est notamment transmise de manière matrilineaire, comme le montrent les récits croisés de Laura et sa mère Christine :

« J'ai vu la gynéco pour la première fois de ma vie à vingt-et-un an [...] pour me contrôler parce qu'on me disait qu'à cet âge-là quand même c'était grave [de ne pas avoir encore vu de gynécologue], j'avais eu des rapports déjà. » (Laura, 24 ans, chargée de gestion immobilière, 27 février 2014)

« Avant, elle [Laura] avait la trouille et après elle m'a dit que voilà ça l'avait dégouté. Comme je pense beaucoup de jeunes filles. C'est pas très agréable. La première fois je pense que c'est un peu... ce spéculum ça peut choquer, ça peut faire peur. » (Christine, 51 ans, fonctionnaire, mère de Laura, 6 octobre 2016)

Les femmes sont éduquées et socialisées à l'intrusion, voire au risque de violence, des examens gynécologiques (et obstétriques) tout au long de leur vie sexuelle et reproductive, comme en témoigne cet échange, toujours avec Christine :

Leslie : Et qu'est-ce qu'elle te disait Laura de ses ressentis [par rapport aux rendez-vous gynécologiques] ?

Christine : Ça l'a dégouté. Elle se sentait salie, enfin dégoutée.

Leslie : Au moment de l'auscultation ?

Christine : Et après aussi. Maintenant je pense que ça lui a passé.

Leslie : Et toi tu lui répondais quoi à ça ?

³⁶⁰ (Direction générale de la cohésion sociale, Service des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes 2017)

Christine : Que c'est naturel. Enfin tout le monde y passe, elle s'habituera. De toute façon c'est normal qu'au début elle soit comme ça. Et qu'après ça passe, comme tout le monde. C'est une habitude.

Leslie : Toi tu t'es habituée ?

Christine : À y aller ? Ben oui. À partir du moment où t'as un enfant ça change. Juste avant d'en avoir t'es un peu pudique mais une fois que t'en a eu un, tu l'es plus pudique. Avec les médecins je parle. T'as tellement... quand tu vas accoucher t'es tellement toujours à la merci des médecins, des infirmières qui vont contrôler ci, contrôler là, que bon. Après t'es moins gênée devant un médecin. (6 octobre 2016)

La rhétorique du caractère « désagréable mais obligé » de la consultation (et de l'examen en filigrane) ainsi que la normalisation des douleurs (Koechlin 2021) semblent également conscientisées par les professionnel·le·s qui nomment rarement explicitement l'examen, usant plutôt de formulations détournées : « je vous embête » ; « je vais vous faire des misères » ; « on va passer à côté ».

Les violences médicales et gynécologiques (selon le domaine concerné) peuvent revêtir de multiples formes³⁶¹, ici non exhaustives : négation des souffrances³⁶² (physiques ou morales), sexisme, infantilisation, favoritisation d'un sentiment de honte chez les patientes, jugement, demande de justification, culpabilisation, sentiment d'infériorité accentué par la position gynécologique, paternalisme médical (Quéré 2016), rétention d'informations, absence de consentement³⁶³, examens intempestifs, discriminations (selon l'identité de genre, le poids, l'orientation sexuelle, les origines sociales ou ethniques, le statut sérologique). Si les violences médicales et gynécologiques résultent de perceptions non médicales, elles sont légitimées en ce qu'elles s'exercent au sein de l'institution médicale et relèvent donc de violences institutionnalisées (Hanmer et E. L. Reviewed work(s) 1977). Ces violences apparaissent donc à la fois comme « légales » et « illégitimes » (Dorlin 2017, p. 125). Les violences médicales et gynécologiques sont alors entendues comme un ensemble d'attitudes (actes ou propos) injustifiées effectuées sans le consentement des patientes (Lahaye 2018, p. 179 et 187).

³⁶¹ (Vandekerkhove 2015)

³⁶² Parler de « souffrances » plutôt que de « douleurs » permet de ne pas renvoyer qu'à un ressenti physique mais d'étendre la prise en compte aux malaises d'ordre plus psychologique (comme un état dépressif).

³⁶³ Appuyé par la loi Kouchner de 2002 relative aux droits des malades, notamment au choix éclairé, et à la qualité du système de santé.

Choisir, est-ce consentir ?

L'absence de consentement est le nœud qui constitue toutes formes de violence. Si le code de déontologie médicale ne définit pas le consentement, il indique qu'il « doit être recherché dans tous les cas » et que « lorsque [la·]le malade refuse [...] le traitement proposé, [la·]le médecin doit respecter ce refus après avoir informé [les patient·e·s] de ses conséquences »³⁶⁴. Mais ces informations concernent surtout les risques liés au refus du traitement (et non à ses effets indésirables par exemple). Le consentement médical implique donc moins de décider que d'accepter ou refuser un traitement proposé (Fainzang 2012, p. 6).

En médecine, le terme de consentement libre et éclairé implique d'une part, que les patient·e·s ne soient pas contraint·e·s dans leur choix. D'autre part, les informations nécessaires doivent être fournies, afin de garantir la qualité de la santé sexuelle et reproductive (Bruce 1990 citée par López Gómez, León, et El equipo del proyecto Calidad SSR 2019, p. 2). Il s'agit d'être en « capacité de pouvoir décider des actes médicaux sur sa personne en connaissance de cause » (Grino 2014, p. 14). La médicalisation de la contraception suppose donc une responsabilité des prescripteurs et prescriptrices quant aux informations fournies aux patientes (Baulieu, Héritier et Leridon 1999, p. 75). En effet, le terme de consentement annihile trop souvent toute responsabilité de celles et ceux censé·e·s le garantir (Clair 2016b) et culpabilisant, en miroir, les personnes qui ne s'en seraient pas saisi. Or, médecins et patientes sont dans un état de conscientisation inégal : si les premières cèdent à l'autorité médicale, elles n'y consentent pas pour autant (Mathieu 1991b). En outre, le consentement à un acte médical n'empêche pas un traitement dégradant (El Kotni 2018, p. 51). Le consentement ne peut donc ni se présumer, ni être tacite (Winckler 2016). Dès lors que les patientes se présentent en consultations, leur consentement aux traitements ou aux examens n'est donc pas acquis.

7.2.2 La rétention d'information en contexte de culture du viol : violence médicale ordinaire ?

À la fin des années 1960, le constat d'un risque accru de caillots dans le sang potentiellement mortels amena à l'insertion d'une notice pour la contraception orale, la première du genre, rendue obligatoire par la FDA³⁶⁵ (Watkins 2016). Les pilules représentent donc un cas précurseur de lutte pour le consentement éclairé avec l'apparition de leurs notices dès 1970 aux États-Unis et qui se répandra pour tous les

³⁶⁴ (Ordre National des Médecins - Conseil national de l'ordre 2019)

³⁶⁵ Food and Drug Administration.

médicaments (Grino 2014, p. 14). Pourtant, la rétention d'informations est la forme de violence médicale la plus couramment constatée sur le terrain (identifiée dans l'ensemble des expériences relatées en entretiens par les dix-sept jeunes femmes usagères suivies). Aussi, la rétention d'informations semble être une compagne constante de l'ensemble des étapes du processus de consultation médicale (de la prise de rendez-vous médicaux, aux auscultations, en passant par la présentation du panel contraceptif). En effet, elle se retrouve dès la prise de rendez-vous lorsque les professionnel·le·s de santé s'abstiennent d'indiquer aux patientes qu'il n'est pas nécessaire de revenir en consultation pour avoir un renouvellement d'ordonnance de pilules. Dans un contexte de rétributions à l'acte (Ventola 2014), des praticien·ne·s incitent les femmes à consulter plus de fois que nécessaire. Cyrielle (manipulatrice en électroradiologie médicale, 2014), habituée aux rendez-vous tous les six mois « trouve ça trop ». Les jeunes femmes peuvent, en ce sens, faire face à une forme de « chantage à l'ordonnance » (Winckler 2016, p. 129) :

« [...] elle me donne toujours six plaquettes pour six mois donc au bout de six mois je suis tout le temps obligée d'aller la voir, elle me donne pas la pilule pour un an. Au moins elle sait que je reviens tous les six mois et là elle me pose quelques questions, je me mets en sous-vêtements, on prend le poids, elle regarde et tout. » (Dévi, technicienne de gestion du personnel, 14 novembre 2016)

Au moment de la présentation du panel contraceptif, elle entrave le choix libre et éclairé de la prescription. Camille et Manon en témoignent :

« En fait j'ai l'impression que justement on nous laisse pas trop le choix. Enfin c'est pas qu'on nous laisse pas trop le choix c'est qu'on nous expose pas trop les autres moyens de contraception à part tout ce qui est préservatif, pilule et stérilet. » (Camille, 24 ans, conseillère en insertion professionnelle, 10 avril 2014)

« [...] dans un sens j'étais libre mais dans un autre sens j'étais restreinte par ma méconnaissance parce qu'elle [sa gynécologue] m'a pas proposé d'autres trucs [moyens contraceptifs]. » (Manon, étudiante en information-communication, 20 mars 2014)

Enfin, dès lors que la rétention d'informations concerne aussi les auscultations ; via des examens gynécologiques non justifiés, parfois douloureux, et réalisés sans explications ; elle est à appréhender en contexte de culture du viol (« rape culture »). « Rape culture can broadly be defined as a socio-cultural context in which an aggressive male sexuality is eroticized and seen as a 'healthy,' 'normal' and 'desired' part of sexual relations (Herman, 1978). A rape culture is one in which sexual assault is not only seen as inevitable in some contexts, but desirable and excusable as well (Mendes, 2015) » (Keller, Mendes et Ringrose 2018, p. 23). La culture du viol

correspond à la banalisation diffuse, à l'acceptation culturelle (les rendant invisibles) et à la justification des violences sexuelles. Elle est un ensemble de croyances rendant acceptables les violences qui en découlent. Dès le XIX^{ème} siècle, les médecins considèrent que les hommes ont plus d'appétit sexuel que les femmes, et qu'en ce sens, « La sexualité des femmes est "conduite" par l'homme dont elle dépend » (Hasdeu et Gardey 2015, p. 76). La sexualité des femmes est « conjugalo-affective », tandis que celle des hommes est perçue comme « naturelle » (Bajos et al. 2008, p. 560). Ou encore, le désir des hommes est actif, tandis que celui des femmes serait « réactif » (Thomé 2019). Cette perception reste présente chez les professionnel·le·s de santé, notamment selon les logiques d'une norme pénétrative (Villani et Andro 2010) « pénovaginale » (Thomé 2019) ou dite « pénétration vaginale pénile » (Andro et al. 2010, p. 7). En entretien, une gynécologue postule :

« Non mais y a pas d'érection chez la femme. [Je fais une grimace sous-entendant qu'il se passe quelque chose de semblable]. Si, y a... On va trier : y a une érection ça s'appelle la lubrification, c'est le même phénomène hein, mais je pense que la sexualité des femmes est moins fragile que la sexualité des hommes. [...] Donc, c'est pour ça que si y a pas d'érection, y a pas d'acte sexuel. » (28 mai 2018, cabinet libéral)

La culture du viol se manifeste sous différentes formes³⁶⁶ et la culpabilisation des victimes de violences sexuelles (« women provoking rape » by « signals »), la minimisation voire la négation de ces violences, ainsi que la présomption du consentement, en sont symptomatiques (Keller, Mendes et Ringrose 2018, p. 23-24). Dans le cadre d'une auscultation gynécologique, cela se manifeste lorsqu'un·e professionnel·le de santé assimile un acte médical à une pratique sexuelle (par exemple en faisant une analogie entre l'usage du spéculum et un coït) ou lorsqu'une auscultation est pratiquée sans le consentement de la patiente. Lors de l'observation d'une consultation, un obstétricien (cabinet de ville, 2017) déclarait que « c'est une habitude que les femmes fassent confiance au médecin » et qu'il est donc « inutile de demander » le consentement des patientes, qui « ne sont pas à une sonde près ». Par contraste, les usagères suivies dans le cadre de cette enquête reconnaissent l'information comme condition essentielle au bon déroulement d'une auscultation, comme l'illustrent les propos de Laura (chargée de gestion immobilière, 3 juillet 2016) : « elle [la gynécologue] m'examinait sans m'expliquer, pour moi c'était pas

³⁶⁶ « rape culture is manifested in a number of ways : rape and sexual assault, [...] rape jokes, sexual [and street] harassment [and assault], cat-calling, sexualized 'banter'; the routine policing of women's bodies, dress, appearance, and code of conduct; the re-direction of blame from the perpetrator in an assault to the victim; and impunity for perpetrators » (Keller, Mendes et Ringrose 2018, p. 24)

possible en fait, sauf qu'elle m'a dit : "écoutez c'est pas la première fois", donc je lui ai clairement expliqué aussi que si elle m'expliquait pas on arrêtaît là. Donc elle a fini par m'expliquer, c'était très froid, ça s'est très mal passé ». Dans cette situation, Laura déclarait par ailleurs avoir « l'impression d'être violée ». Les examens intempestifs peuvent impacter durablement la sexualité des femmes. En entretien, une gynécologue déclarait que « même avec une baisse de libido des femmes, on peut avoir des rapports [sexuels]. On peut mettre de l'encens... » (cabinet de ville, 15 mars 2017). Durant les observations (cabinet de ville, 19 avril 2017), cette même médecin conseillait un·e sexologue et l'autohypnose à une patiente qui confiait avoir un « blocage », c'est-à-dire ne plus avoir de rapport sexuel, depuis un frottis douloureux. En lui conseillant un·e sexologue et l'autohypnose, la gynécologue reléguait à une dimension individuelle un problème pourtant d'ordre systémique (la culture du viol) et institutionnel (les violences médicales) (Hanmer et E. L. Reviewed work(s) 1977).

7.2.3 La consultation de contraception orale, favorable au risque de violences médicales ? Étude de cas d'une consultation gynécologique

La méthode de l'étude de cas permet, d'une part, d'identifier les différentes formes de violences auxquelles les patientes sont confrontées. Elle montre, d'autre part, que l'utilisation de contraception orale implique un suivi médical régulier, exposant d'autant plus les usagères au risque de violences médicales et gynécologiques. L'étude de cas proposée ici est basée sur la reconstitution d'une consultation gynécologique observée en cabinet de ville le 22 mars 2017, dont le motif de consultation était la contraception orale. Le tableau ci-dessous présente une retranscription des échanges entre une gynécologue (blanche, âgée d'une trentaine d'années) et une patiente (blanche, âgée d'une vingtaine d'années), usagère de contraception orale.

<i>Tableau 15 - Étude de cas d'une consultation gynécologique en cabinet de ville : place des violences médicales en consultation de contraception orale</i>	
DIALOGUE	VIOLENCES
<p>Gynécologue : « Que puis-je faire pour vous ? » Patiente : « Je viens parler contraception. » Gynécologue : « Dites-moi. » Patiente : « C'est la quatrième pilule que je change en deux ans. Là j'ai Claréal[®] et elle ne me va pas du tout. Je l'ai depuis six mois et elle me provoque de l'acné, elle me fait les cheveux gras, et elle m'a fait prendre 5kg. »</p>	

<p>Gynécologue : « La contraception donne faim mais ne fait pas grossir. C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! C'est une pilule qui vous enlève les règles [car prise en continu], c'est un point positif ça. Qu'est-ce que vous aviez avant cette pilule ? »</p> <p>Patient : « J'avais changé de pilule parce que la précédente me donnait mal au ventre. J'ai testé Leeloo[®], Adépal[®], Daily[®] ... »</p> <p>Gynécologue : « C'est que des [pilules de] deuxième génération, c'est pas terrible pour l'acné [C'est en fait une précédente pilule qui provoquait de l'acné...]. »</p> <p>Patient : « Je voulais un stérilet pour ne plus avoir d'hormones. Et parce que je fume. »</p> <p>Gynécologue : « Oui Claréal[®] effectivement c'est une pilule pour les fumeuses. Si on récapitule : vous avez des règles douloureuses [la patiente a simplement parlé de maux de ventre], vous êtes sujette à l'acné et à la prise de poids. Donc il faut une contraception si possible sans règles, la moins dosée possible. Donc je vais vous dire la contraception qu'il y a sur le marché. En contraception sans hormones il y a le stérilet au cuivre mais il n'enlèvera pas les règles douloureuses. En contraception œstroprogestative vous avez des pilules mais qui ne sont pas remboursées. Et en contraception progestative vous avez l'implant, qui est le contraceptif le plus puissant mais qui n'est pas terrible contre l'acné. Vous avez aussi le stérilet hormonal. Je peux vous montrer les deux types de stérilets. Vous voyez, ce sont des bijoux pour utérus. Bon, en vrai ils ne sont pas colorés comme ça. Mais contre l'acné le mieux ce sont les pilules œstroprogestatives de troisième et quatrième générations. Vous pouvez enchaîner les plaquettes, sans prendre les comprimés placebo pour éviter les règles. »</p> <p>Patient : « Ça pose pas de problème d'enchaîner les plaquettes comme ça ? »</p> <p>Gynécologue : « Non, on s'en fiche de ça, on parle en termes d'hormones. Sinon, il y a la pilule Zoely[®] qui est à base d'œstradiol de cactus, d'œstradiol naturel donc. Je pense que j'ai envie d'essayer la Zoely[®] chez vous. »</p> <p>Patient : « Après la pilule me fait des baisses de libido. »</p>	<p>Négation des souffrances et culpabilisation : condamnation du manque de contrôle de soi. Favorisation, en miroir, de « l'autocontrôle » d'un « contrôle disciplinaire » des corps (Jarty et Fournier 2019).</p> <p>Perception négative des règles (Oudshoorn 1993) non évoquée par la patiente.</p> <p>Rétention d'informations lors de la présentation du panel contraceptif. En France le panel contraceptif se compose d'une dizaine de méthodes. Or, ici, seules trois méthodes contraceptives sont présentées (pilules, DIU, implant), exclusivement médicalisées (Ventola 2014, p. 2)</p> <p>Logique strictement médicale imposée au détriment d'un « pluralisme thérapeutique » (Mulot 2014) plus inclusif des demandes de la patiente.</p> <p>Pression sur le choix.</p>
---	---

<p>Gynécologue : « C'est pas le premier problème ça. »</p> <p>Patiente : « Mais c'est pour ça qu'on prend la pilule... [pour pouvoir avoir des rapports sexuels] »</p> <p>Gynécologue : « Toutes les pilules font baisser la libido. On se l'essaye trois mois ? Parce qu'il faut que je gère trois problèmes en même temps : les règles, l'acné, le poids. [...] »</p> <p>Ah je vous mets la pilule du lendemain aussi. »</p> <p>Patiente : « Du coup j'enchaîne direct l'ancienne plaquette avec la nouvelle ? »</p> <p>Gynécologue : « Oui et il vous faut mettre un préservatif entre les deux pendant dix jours parce que c'est durant les switches de contraception qu'on fait le plus de bêtises. Prenez-là à heure fixe, quand vous vous lavez les dents. Et en cas d'oubli donc, vous prenez le comprimé oublié, vous prenez la pilule du lendemain, vous mettez le préservatif pendant dix jours. C'est la triple protection. Est-ce que vous voulez faire une sérologie ? Vous êtes en couple depuis longtemps ? »</p> <p>Patiente : « Quatre ans. »</p> <p>Gynécologue : « Ok donc pas besoin. On regarde les seins ? »</p> <p>Patiente : « Euh, j'ai eu une mycose aussi récemment. »</p> <p>Gynécologue : « Ah oui la contraception ça joue sur les mycoses. Prenez des probiotiques par la bouche. Je vous colle sur la balance puis on regarde le col et les seins. »</p> <p><i>Pendant que la patiente monte sur la balance :</i></p> <p>Gynécologue : « Vous êtes migraineuse ? »</p> <p>Patiente : « Oui, beaucoup. »</p> <p>Gynécologue : « Attention cette pilule peut donner des migraines. »</p> <p>Patiente : « 65 kg. »</p>	<p>Négation de souffrance. Hiérarchisation des effets indésirables.</p> <p>Désinformation : une prise de pilule n'implique pas fatalement une baisse de libido.</p> <p>Pression sur le choix.</p> <p>« Je gère » : « altérisation sanitaire » (Mulot 2014, p. 40) de l'usagère</p> <p>Absence de discussions autour de la contraception d'urgence.</p> <p>Hétéronormativité coercitive (analogie entre relations non installées et risque d'infections sexuellement transmissibles) et politique de prévention des risques (jeunesse sexuelle associée aux risques infectieux).</p> <p>Hiérarchisation des orientations et pratiques sexuelles : évidence de l'hétéronormativité monogamique comme norme (Bajos et al. 2008, p. 554).</p> <p>Absence d'explications pour l'examen.</p> <p>Fatalisme des effets indésirables, sans qu'une autre méthode contraceptive ne soit envisagée.</p> <p>Langage paternaliste, incompatible avec le consentement des femmes (Quéré 2016).</p> <p>Présomption de consentement aux examens.</p> <p>Malgré cela, aucun autre moyen contraceptif n'est envisagé.</p>
---	--

<p>Gynécologue : « Vous avez pris 3kg. C'est compliqué cette contraception, hein ? »</p> <p>Patiente : « Oui... »</p> <p>Gynécologue : « Il faut essayer et pas perdre patience. Je vous libère miss, à dans trois mois sauf si migraine. Vous fumez pas vous ? »</p> <p>Patiente : « Si. [La patiente l'a déjà signalé] »</p> <p>Gynécologue : « Ah non c'est interdit ! Si vous voulez qu'on vous aide, il faut nous aider aussi. Il y a un risque avec cette pilule. Je préfère que vous ayez de l'acné plutôt qu'une embolie. »</p> <p>Patiente : « Oui, moi aussi... »</p> <p>Gynécologue : « Pas plus de cinq cigarettes par jour. Vous connaissez quelqu'un qui fait de l'hypnose ? Vous allez voir un de mes collègues. Sinon ce sera un stérilet au cuivre ou une contraception œstroprogestative toute votre vie. Je le note, c'est notre contrat. Sinon on repasse à Claréal® et plein de boutons. Vous partez là, vous l'appellez. »</p>	<p>Culpabilisation à la prise de poids.</p> <p>« Miss » : langage paternaliste</p> <p>Jugement et culpabilisation.</p> <p>Information incomplète sur la compatibilité entre prise de contraception orale et tabagisme : selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé³⁶⁷ le risque survient dès lors que la patiente a plus de trente-cinq ans, fume plus de quinze cigarettes par jour et présente des antécédents de risques cardio-vasculaires.</p> <p>La patiente n'a jamais exprimé son envie d'arrêter de fumer. Le discours par la peur est inefficace car lorsque les praticien·ne·s exagèrent le risque tabac-pilule, les femmes vont sacrifier la pilule plutôt que le tabac (Gelly 2006).</p> <p>« Sinon [...] » : menace, punition, culpabilisation.</p> <p>« Je le note » + ordre : langage paternaliste.</p> <p>« c'est notre contrat » : modèle de relations de soin « contractuel », selon lequel la « réussite du protocole » est basée sur la « responsabilité » et « l'obéissance » des patient·e·s (Mulot 2014, p. 55 et 58).</p>
---	--

Lors de cette consultation, en une vingtaine de minutes, la patiente a été confrontée à pas moins de huit formes de violence gynécologique différentes (négation des souffrances, culpabilisation, jugement, impositions, rétention d'informations et désinformations, hétéronormativité coercitive, paternalisme médical), qui plus est répétées. En faisant pression sur les décisions de la patiente, la gynécologue use de ces violences comme formes d'autorité. Elle favorise alors la dépendance de la jeune

³⁶⁷ HAS, 2013, *Évaluation des pratiques professionnelles en matière de prescription de contraceptifs œstroprogestatifs de 3ème et 4ème générations depuis 2012.*, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-09/13e_version_contraception_cardiop1-220713.pdf, 2013, consulté le 8 juin 2017.

femme au détriment de toute libération sur la question contraceptive, comme le voudrait pourtant une posture soignante éthique (Winckler 2017a).

L'observation d'autres consultations a permis d'identifier différents outils permettant de tendre vers cette approche. Mobiliser un « pluralisme thérapeutique » (Mulot 2014) permet de se prémunir de l'imposition d'une logique allopathique exclusive. À ce titre, le personnel de centres de santé s'inspire de la naturopathie :

« Face à une patiente de 14 ans ayant des douleurs de règles (non pathologiques), la professionnelle commence par lui expliquer la cause de ces maux : durant cette phase du cycle, "le foie travaille beaucoup" pour "casser" les hormones. L'adolescente boit des tisanes pour se soulager. La praticienne lui demande alors le goût de celles qu'elle préfère pour lui exposer les plantes aux vertus appropriées (la mélisse pour la digestion, la camomille en cas de ventre crispé...) » (Extrait de journal de terrain, 2018)

Reconnaître et expliquer quelques appréhensions ou douleurs que ce soit contrebalance le risque de négation des souffrances. Lors d'une consultation, également observée dans un centre de santé (2018), au moment où une praticienne s'apprêtait à prendre la tension d'une patiente, cette dernière prévenait : « J'ai jamais aimé ça, je sais pas pourquoi ». Ce à quoi la professionnelle répondait : « Parce que ça serre » et indiquait que « normalement [elle] ne doi[t] pas faire mal ».

Pour prendre un dernier exemple, face à la rétention d'informations, sortir d'explications orales brèves et exclusives favorise une présentation complète du panel contraceptif (Fonquerne 2020). Cela revient à mobiliser divers supports explicatifs (schémas, carte ou ordonnance récapitulant les explications par écrit, moyens contraceptifs factices par exemple). L'encart ci-après confronte deux postures soignantes distinctes en structures publiques dans des situations pourtant similaires : des consultations de contraception qui impliquent un frottis. Dans le premier cas (en hôpital) la professionnelle de santé n'indique ni le nom du nouveau moyen contraceptif à la patiente, ni quel prélèvement elle effectue. Dans le deuxième cas (en centre de santé), la professionnelle pallie une situation semblable en illustrant ces explications grâce à un document de démonstration.

3 avril 2018, hôpital

Face aux questions de la professionnelle, la patiente dit ne pas savoir si on lui a fait un frottis : « Sauf si on me l'a fait à l'écho, je sais pas », indique-t-elle. Rien ne lui a été expliqué. Une fois habillée, la femme demande : « ce prélèvement c'est pourquoi ? » La médecin ne dit que maintenant que c'est pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Elle lui fait une ordonnance pour le DIU Mirena®. À aucun moment elle ne lui a dit le nom du stérilet ou comment elle l'a choisi.

27 avril 2018, centre de santé

La patiente s'est rendue compte que dans une autre structure on lui a fait un dépistage sans l'en informer. Elle a eu une infection sous DIU et on lui a fait un frottis sans le lui expliquer. La praticienne donne alors un exemple de résultat de frottis en prenant soin de plier la feuille pour cacher le nom de la patiente à qui appartiennent ces résultats. Elle explique que le prélèvement du frottis sera étalé sur une lame, que l'analyse prend du temps. Quand elle demande la date des dernières règles, elle précise en quoi c'est important : pour interpréter le frottis. Elle explique aussi qu'il existe 200 papillomavirus et qu'il faut surtout surveiller le n°16 et le n°18. À la fin de cette consultation, la patiente dira : « Cool, c'est bien d'avoir tout compris ».

La situation en hôpital montre que la pratique de la rétention d'informations, ici lors d'un frottis, vaut également pour la prescription de contraception. Présomption de consentement et rétention d'informations étant deux formes des violences étudiées, celles-ci peuvent donc se cumuler et, surtout, s'entremêler.

7.2.4 Les violences médicales et gynécologiques au sein d'un continuum

Les différentes formes de violences gynécologiques et médicales sont à appréhender à travers leur imbrication. L'ensemble des usagères décrivent des situations de violences : allant de la rétention d'informations, jusqu'à avoir « l'impression d'être violée » (comme l'indiquait Laura). Il apparaît alors pertinent d'envisager ces formes de violence comme faisant partie d'un même *continuum* (Hanmer et E. L. Reviewed work(s) 1977; Kelly 2013). Constitué de deux pôles (allant du rappel à l'ordre à la mort) ponctués par toutes sortes de comportements (dont le viol), il témoigne d'une violence subtile et diffuse (Hanmer et E. L. Reviewed work(s) 1977). En effet, la présomption de consentement est une porte ouverte sur l'ensemble des violences médicales et gynécologiques, leurs

auteur·e·s présumant que les patientes consentent à recevoir des propos, parfois conjointement : jugeant, discriminants ou encore niant les expériences de leur vécu. À propos d'une patiente ayant changé de partenaire depuis sa dernière consultation, une gynécologue (observations en clinique, 8 mars 2017) la qualifie, sous couvert d'humour, de « femme à hommes ». Elle la rappelle ainsi à l'ordre de genre hétéronormatif selon lequel la relation monogamique installée, qui plus est pour une femme, représente le modèle hégémonique (Bajos et al. 2008, p. 554). Du reste, la « plaisanterie [...] représente la forme de pression la plus subtile et se situe à l'un des extrêmes du *continuum* de la violence » (Hanmer et E. L. Reviewed work(s) 1977, p. 72). Un obstétricien (observations en cabinet de ville, 25 mai 2017) renvoie également les patientes à la « norme contraceptive », jugeant tout choix contraceptif extérieur à celle-ci comme le fait d'« hystériques, qui arrivent en disant qu'aucune pilule ou DIU ne va » et « dans ce cas je dis qu'il ne reste plus rien d'efficace ». Ici le jugement se couple à la rétention d'informations, entravant alors toute possibilité pour les patientes d'accéder à un choix libre et éclairé.

Le jugement implique une catégorisation des « bonnes » et « mauvaises » pratiques selon un registre relevant moins du médical que de la morale. Elia (infirmière, 20 septembre 2016), indique en entretien : « Ma première gynéco, c'était une femme qui m'a fait énormément de réflexions assez désagréables : que mes enfants auraient un palace dans mon ventre tellement mes hanches sont larges ». Et d'ajouter que la médecin lui rétorquait qu'elle « devrait pourtant savoir » que « c'est pas bien » d'être en « surpoids », « étant donné [qu'elle est] infirmière ». Ici, la médecin mobilise des logiques grossophobes, sous couvert d'invocation de la « fonction apostolique » (Balint 1997 cité par Gelly 2006, p. 216) du fait de la profession d'Élia. La prise de poids ou le « surpoids », faisant l'objet d'une discrimination, s'accompagnent également d'une responsabilisation et d'une culpabilisation des femmes. Ce processus invisibilise l'inadaptabilité de la contraception orale chez certaines d'entre elles et amène les professionnel·le·s usant de ces logiques à nier les souffrances mentionnées par les usagères, comme l'illustrent les propos de Fanny :

« Du coup on avait pris rendez-vous chez le gynéco, il m'a, pas limite insultée mais presque, euh on n'y est plus jamais retournées avec ma mère parce qu'en fait je voulais plus prendre la pilule parce que j'avais trop grossi avec et tout et donc il disait que j'étais une adolescente superficielle entre guillemets, que je voulais faire ça [arrêter l'usage de contraception orale] que pour mon poids ». (Fanny, étudiante infirmière, 20 janvier 2014)

Les préoccupations des femmes quant aux dits effets sont peu prises au sérieux (Le Guen et al. 2021). Face aux usagères se plaignant des effets de la contraception orale sur leur poids, des médecins minimisent cette éventualité : en rétorquant qu'« une

pilule ne fait prendre que un kilo, [qu']il y a forcément d'autres facteurs si on prend plus de un kilo » (selon une généraliste, hôpital, 20 février 2018) ; ou en « psychologisant » (Fainzang 2006) les expériences des femmes en reléguant leurs ressentis à leur imagination. À ce titre, un obstétricien (cabinet de ville, 18 mai 2017) indique que « le risque [que la contraception orale fasse grossir] est de moins de 5 % », que c'est donc « dans la tête » des patientes. Ce type de négation peut également valoir pour la santé mentale des femmes, à l'image de l'expérience de Cyrielle : « Je lui ai dit que Varnoline® me rendait dépressive. Elle [la gynécologue] m'a dit : "Beuh ! Mais c'est la première fois que j'entends ça !" ».

Les propos des patientes ne valant pas comme preuves de leurs propres expériences, des professionnel·le·s de santé cherchent à objectiver les souffrances énoncées : « Ce qui m'arrive de faire, assez souvent, c'est quand elles en ont assez de la pilule, [...] je leur propose d'arrêter la pilule pendant deux, trois cycles, d'utiliser le préservatif et si ça va bien, si elles se sentent bien comme ça... parce que souvent elles arrivent en disant : "je la supporte plus, j'ai ci, j'ai ça" [...]. Donc comme ça, ça nous permet de faire la part des choses entre des signes objectifs ou pas », explique une gynécologue en entretien (clinique, 20 février 2017).

Légitimées sous couvert d'autorité institutionnelle et revêtant l'apparence de conseils, les violences médicales et gynécologiques ne sont pas toujours évidentes à déceler. En outre, dans la pratique, une situation peut devenir violente en quelques minutes : « La gynécologue annonce : "On va faire par étape si vous voulez" et propose à la patiente de remettre le haut avant d'enlever le bas. Mais un peu plus tard, c'est finalement alors que la patiente est encore nue que la médecin lui prend la tension et lui dit de se peser » (clinique, 1er mars 2017). En permettant une comparaison des pratiques médicales, le recours au « nomadisme médical » (*Ibid.*) apparaît comme un outil de conscientisation de ces violences, à l'image de l'expérience d'Élia :

« Je pensais être informée assez du peu que je savais et finalement je me suis rendue compte à quel point, ou est-ce que c'est avec les années et mon nouveau gynéco qui, lui, par contre, m'a expliqué énormément de choses. [...] Il a utilisé des mots simples, c'était super. Je me rappelle pas ma réponse d'avant [lors d'un précédent entretien] mais peut-être que c'est ça qui a fait que maintenant je me suis rendue compte qu'on est pas assez informée parce-que avec les informations que j'ai eu de mon gynéco actuel je me suis rendue compte qu'avant j'étais pas si informée que ça. Moi, maintenant, actuellement, je pense qu'avant j'étais pas assez informée. Mais du coup comme tu me dis que j'ai dit ça avant c'est que peut-être avant je pensais être assez informée du peu que je savais. Parce que je savais pas qu'il y avait tous ces trucs [contraceptifs] à côté. [...] Et en fait, je me rends compte que j'étais pas assez informée avant et que je me suis retrouvée dans une situation un peu embarrassante, un peu difficile [une IVG]. » (Élia, 24 ans, infirmière)

L'exemple d'Élia montre combien la rétention d'informations permet de maintenir les usagères dans une situation de dépendance vis-à-vis du corps médical. Pourtant, cette forme de violence appliquée au panel contraceptif visant à favoriser les « bonnes » pratiques (l'usage de moyens de contraception médicalisés), ne participe nullement à éviter celles perçues comme étant « mauvaises » (PIVG).

Ces situations de violence interrogent également le positionnement de la chercheuse. « Faire du terrain en féministe » nécessite effectivement de tenir compte de sa posture de témoin et d'intervenir le cas échéant (Clair 2016b).

7.2.5 Une féministe témoin de violences gynécologiques

La chercheuse joue de multiples rôles révélateurs des difficultés des actrices·acteurs rencontrés sur le terrain et endosse à ce titre de multiples identités. Une place neutre est alors illusoire, voire même nécessaire à éviter (Mulot 2010). En tant que chercheuse, assister à des situations violentes interpelle d'un point de vue éthique, questionnant la posture à adopter dans ces moments. La notion d'enquête implique de « dévoiler des aspects de la réalité » et d'« en rendre justice » (Arborio, Fournier et Singly 2008, p. 43-44). En s'inscrivant de plus dans une approche féministe, il s'agit le cas échéant d'intervenir en solidarité avec la victime (Clair 2016b). Si cette posture n'était pas évidente dès le début du travail de terrain, cela devenait plus aisé au fil de lectures exposant les épistémologies féministes et de l'expérience du terrain.

N'étant pas déjà certaine que les patientes consentaient systématiquement à ma présence, un gynécologue obstétricien avait en plus l'habitude de me solliciter durant les consultations, présupposant l'accord des patientes. Lors d'une auscultation, il me dira de venir me mettre à côté de la femme concernée, allongée demi-nue sur la table d'examen, pour voir l'échographie de son DIU. Face à cette situation qui était une première, je n'ai rien su faire d'autre que de tenter de refuser la proposition du gynécologue tout en cherchant une réponse dans le regard de la patiente.

Lors d'une autre échographie, ce même médecin m'interpelle : « Tu peux t'approcher ». À la patiente : « ça vous dérange pas ? » ». J'ai cette fois-ci prétexté y voir très bien depuis la place que j'occupais. Cette réponse devait couper court à cette situation peu éthique, car même s'il s'agissait de voir l'écran relié à l'échographe et non l'anatomie de la patiente, je ne cherchais surtout pas à « y voir très bien ».

Étudiant les violences obstétricales au Mexique également grâce à une approche féministe, Mounia El Kotni se retrouvait dans des situations semblables : « Lors d'une autre contraction, l'infirmier effectue un toucher vaginal et insiste pour nous montrer

les cheveux du bébé, à quelques centimètres à l'intérieur du vagin d'Ana, qui crie encore une fois sa douleur et qu'elle "ne peut pas". Ce geste est effectué sans le consentement d'Ana. » (El Kotni 2018, p. 47)

En consultation, la présomption de consentement peut impacter jusqu'à trois personnes : la patiente, la chercheuse et un·e éventuel·le accompagnant·e :

« La patiente est venue en consultation avec son bébé, allongé dans une poussette. Le gynécologue me dit : "tu sens que tu vas avoir droit à la poussette pendant ce rendez-vous ?". Il prend le bébé sans demander à la femme, marche avec lui dans les bras, s'assoit, tape à une main sur l'ordinateur en tenant le nouveau-né de l'autre. Il me le tend pour me le mettre dans les bras. Je rétorque en disant que j'ai peur de le faire tomber, mais il ne se ravise pas. » (24 mai 2017)

Il arrive tout de même que des tentatives de protestation féministe ne passent pas inaperçues, à la fois auprès des médecins dans les moments d'entre-deux consultations, et auprès des patientes lorsque la·le médecin s'absentait.

Dans le premier cas, une gynécologue se défendra de mes propos en lisant à voix haute, par-dessus la mienne, la phrase qu'elle tape à l'ordinateur, à un moment où, selon elle, je « défends les patientes ». Aussi, alors que nous parlons du stress des patientes lors de l'auscultation, « je demande à la gynécologue s'il lui arrive de leur proposer un miroir, de se mettre le spéculum elles-mêmes ou de les laisser se faire le frottis. Elle dit que les deux dernières options ne sont pas possibles et me donne l'exemple d'une patiente qui s'évanouirait³⁶⁸. Elle me dit en revanche être d'accord pour que les patientes utilisent elles-mêmes la sonde et trouve l'idée du miroir intéressante » (19 avril 2017).

Dans le cas où je me retrouve seule face à une patiente, il m'est par exemple arrivé d'intervenir afin de tenter de pallier une absence d'information lorsqu'une usagère me faisait part de sa lourde charge contraceptive :

« Le gynécologue sort. La patiente, installée sur la table d'auscultation me demande sur quoi je fais ma thèse plus précisément. Lui expliquant que je travaille sur la contraception orale, elle réagit : "c'est l'horreur, j'en peux plus. Ça serait bien que la pilule pour homme avance". Je lui parle alors du slip thermique et elle me dit qu'elle se renseignera. Je lui dis de ne pas en parler à ce gynécologue. » (18 mai 2017)

³⁶⁸ Cet argument est réfutable. D'une part, parce que ces pratiques sont au cœur du *self-help*. D'autre part, car un acte dispensé par un·e professionnel·le·s de santé ne protège en rien les femmes d'un éventuel malaise.

Ces moments constituent un matériau précieux, s'apparentant à des récits de consultation³⁶⁹ (qui n'ont pas pu être explicitement menés). Ils donnent à voir des retours de la part des patientes et des médecins sur une consultation qui a été réalisée ou qui est en cours. Ils permettent, dans une moindre mesure, de croiser les expériences de chacun·e et de se rendre compte des vécus et des attentes différencié·e·s de part et d'autre.

Les violences médicales et gynécologiques peuvent être appréhendées comme des violences de genre. Le *continuum* de la violence de genre représente un moyen d'encadrer le comportement (ici gynécologique, contraceptif et sexuel) des femmes et relève dès lors d'une forme de contrôle social (Hanmer et E. L. Reviewed work(s) 1977). D'une part, bien que ces violences ne soient pas uniquement perpétrées par des médecins hommes, les femmes se font dans ce cas « le relai des institutions qui les oppriment » et de la « domination masculine ». Cela se retrouve particulièrement « dans le regard que peut porter le personnel de santé féminin sur les jeunes filles demandant une méthode contraceptive » (Andro et Desgrées du Loû 2009, p. 10). Il n'est donc pas inhabituel que les femmes médecins témoignent de peu d'homophilie (Guyard 2002). D'autre part, les femmes sont principalement impactées par ces violences en ce qu'elles subissent une « oppression spécifique » au sein de l'interaction gynécologique (Quéré 2016, p. 36). Par ailleurs, au Mexique, certains États ont inclus les violences obstétricales dans leurs lois contre la violence de genre et prévoient des sanctions (trois ans d'emprisonnement et une amende) le cas échéant (El Kotni 2018, p. 39).

Identifier les consultations empreintes de violences implique, en miroir, de repérer celles qui en sont dépourvues et permet ainsi de mettre au jour les mécanismes favorisant une approche médicale non violente. Afin de favoriser ce type de posture soignante éthique, une recommandation pourrait alors être de (ou se former à) mener les consultations médicales selon les quatre principes en bioéthique, que sont : l'autonomie, la bienfaisance, la non malfaisance et la justice (Winckler 2017a).

Finalement, un sentiment de trahison accompagne ce travail de terrain, à la fois envers les patientes lorsque je me retrouve impuissante face à des situations de violence et à la fois envers les médecins, loin de connaître toutes les dimensions de

³⁶⁹ Il s'agit de revoir séparément la·le professionnel·le de santé et la patiente après une consultation et de recueillir leurs retours sur cette dernière.

cette recherche. En effet, « La trahison recouvre diverses réalités : sur le terrain, l'enquêteur-trice est susceptible de se faire voyeur[-euse], de trahir les intérêts des enquêté-e-s au moment de publiciser la recherche, d'instrumentaliser leur affection, de rompre le contrat de confiance obtenu parfois de haute lutte au cours de l'enquête, de parler à la place d'autrui ou de tordre la réalité dans son compte rendu » (Clair 2016b, p. 72). Si la posture de la chercheuse est donc mise à l'épreuve du terrain, les considérations déontologiques des professionnel·le·s face à une tierce présence renseignent quant à elles sur l'éthique générale de leur pratique de soin. Une faible réflexivité menée quant à la présence d'une chercheuse en consultation semble aller de pair avec un paternalisme médical, à la fois envers la chercheuse et les patientes, et pouvant favoriser un risque de violence gynécologique. En revanche, les professionnel·le·s attentif·ve·s à cette question, et l'ayant par ailleurs travaillé avec la chercheuse, étaient peu enclin·e·s à instaurer des situations de ce type.

Ce chapitre aura en outre permis d'en apprendre davantage sur (les conditions de) l'investissement de la chercheuse sur le terrain et permet de qualifier plus précisément le type d'observations mené. Si ces dernières permettent d'avoir accès à des informations autrement inaccessibles que par une méthode empirique, je ne participe que trop rarement aux consultations au même titre que les actrices·acteurs observé·e·s pour que cela suffise à qualifier définitivement ces observations de participantes. Si la participation observante est une « expression utilisée par certain·e·s anthropologues de la santé pour rendre compte de leurs interventions comme acteurs/trices à part entière sur le terrain étudié » (Rechtman et Fassin 2007 : 11-12 cités par Kraus 2017, p. 116), il ne semblerait alors pas plus adéquat de s'en revendiquer. En effet, la participation n'est pas prépondérante³⁷⁰ à l'observation, exceptés dans les moments qui convoquent l'éthique de la chercheuse. Ceux-ci sont particulièrement intéressants en ce qu'ils mettent en évidence le caractère évolutif du statut d'observatrice, réajustable selon les situations et la posture adoptée. Ces brefs moments de participation observante ont pour spécificité d'amener à prendre conscience des effets de l'enquête et du fait que l'observatrice altère ce qu'elle observe et que ces altérations font partie de l'étude, voire des résultats de celle-ci. Cela est particulièrement le cas dans le cadre de recherches engagées (Soulé 2007) et il conviendra de garder cette posture en tête pour la poursuite des analyses.

³⁷⁰ Sur son terrain en Afrique de l'Ouest portant sur les missions chirurgicales, les médecins ont parfois demandé à Cynthia Kraus de parler avec les parent·e·s ou les patient·e·s pour les aider à comprendre leur point de vue (Kraus 2017, p. 117). Une telle implication (ici un rôle semblable à celui de médiatrice) n'a pas été requise dans la cadre de ce terrain de thèse.

Cette deuxième partie aura particulièrement permis d'étoffer les pistes de résultats relatives à l'impact des différentes pratiques médicales sur l'accès à l'information et à la prescription contraceptives (*cf.* chapitres 4, 6 et 7). En ayant parallèlement questionné l'implication de l'entourage (*cf.* chapitre 5), la suite du manuscrit invite à imbriquer les résultats relatifs aux différents groupes d'enquêté·e·s. Cette deuxième partie a également montré que les résultats dépendent du positionnement de la chercheuse et de la réflexivité de l'ensemble des actrices et acteurs qui investissent le terrain étudié. En présentant à la fois les expériences contraceptives (*cf.* chapitre 5) et médicales (*cf.* chapitres 4 et 6) principalement de manière distincte, cette partie met au jour les décalages entre les attentes des usagères et des professionnel·le·s de santé, et montre les conséquences, parfois violentes, que cela peut entraîner, en croisant davantage par la suite les expériences des deux groupes d'enquêté·e·s (*cf.* chapitre 7).

Ces écarts de vécus d'expérience sont des éléments essentiels de compréhension pour espérer répondre à la problématique, d'une part, en ce qu'ils constituent une contradiction (Lemieux 2012) et, d'autre part, en ce qu'ils traduisent des intérêts différents, voire divergents, dans l'usage (pour les usagères) et la prescription (pour les professionnel·le·s de santé) de contraception orale.

La troisième partie est, quant à elle, essentiellement consacrée à l'exposition des ultimes résultats de l'enquête et a vocation à répondre, de manière plus approfondie, à la problématisation.

3^{ÈME} PARTIE -

EFFETS DE « LA CRISE » ? (RE)CONFIGURATIONS DES INTERACTIONS ET DES PRATIQUES (INTER)INDIVIDUELLES

Cette troisième partie est composée des quatre derniers chapitres et présente la suite des résultats. L'objectif est de tendre encore davantage vers une réponse à la problématique. Pour ce faire, les chapitres 8 et 9 seront consacrés à l'analyse de l'implication de l'entourage des usagères (respectivement les mères et les partenaires) dans leurs parcours contraceptifs. Les entretiens réalisés auprès des mères et des partenaires constitueront donc les principaux matériaux utilisés.

Le chapitre 10 présente les (re)configurations des pratiques contraceptives et médicales suite à « la crise de la pilule » et appréhende celle-ci au regard d'un contexte plus large, favorable à la remise en question de l'autorité médicale, en prêtant ainsi toujours attention à articuler les différents niveaux d'analyse.

Le chapitre 11 propose une ultime étape dans la gradation de l'analyse. Il appréhende les pratiques contraceptives et médicales en contexte néolibéral (faisant écho au premier chapitre), encourageant le contrôle de soi du côté des usagères (*via* la mobilisation des nouvelles technologies). Du côté des professionnel·le·s de santé, suite aux résultats présentés dans les chapitres 3 (1^{ère} partie), 6 et 7 (2^{ème} partie), une typologie des différentes pratiques de soin est établie, notamment basée sur le degré de « rentabilité aux patientes » (selon les dires de certain·e·s praticien·ne·s). Trois types de pratiques pourront être établis, dont les caractéristiques seront détaillées à partir de plusieurs variables.

L'analyse par codifications thématiques mobilisée dans cette partie permettra d'élaborer des tableaux présentant les perceptions de chaque méthode contraceptive par l'ensemble des groupes d'enquêté·e·s : par les usagères et leur entourage en fin de chapitre 9 et par les professionnel·le·s de santé en fin de chapitre 10. Le but étant de situer l'appréhension de la contraception orale par l'ensemble des enquêté·e·s, au regard du panel contraceptif, et de dégager certaines normes médicales et de genre.

CHAPITRE 8 – LA PILULE EN HÉRITAGE : TRANSMISSIONS HISTORIQUES ET MATRILINÉAIRES

Dans le cadre d'un choix et d'un usage contraceptif, les utilisatrices ne sont pas uniquement confrontées aux professionnel·le·s de santé, mais également à des actrices et acteurs extérieur·e·s au monde médical et particulièrement à leur entourage. Les mères apparaissent comme initiatrices significatives au monde gynécologique et contraceptif (Amsellem-Mainguy 2007; Guyard 2008). L'objectif de ce chapitre est alors d'interroger la place des mères dans les parcours gynécologiques et contraceptifs de leurs filles, ainsi que les négociations (avec les jeunes femmes et les professionnel·le·s) que cela induit. L'on prêtera ainsi attention à considérer tant les avantages que les limites de cette implication.

Trois parties structurent le chapitre. Un premier temps sera consacré à l'implication des mères au moment du premier rendez-vous gynécologique (pouvant se corréliser à une première prescription de contraception orale). Ce temps biographique sera appréhendé comme un rite à la fois pour les filles (rite de passage) et pour les mères (rite de passation), visant à rassurer les secondes au moins autant que les premières. Les rôles sexués des parent·e·s (dans l'éducation à la sexualité et à la contraception de leurs enfants) ainsi que des enfants (à travers leurs usages contraceptifs) seront questionnés dans un deuxième temps. Enfin, l'implication des mères auprès des filles sera interrogée au regard de l'héritage de la deuxième vague féministe. D'une part, contrairement à leurs mères, les jeunes usagères ont toujours connu l'accès à la contraception. D'autre part, il semble que cette implication intergénérationnelle soit récente.

Pour ce faire, les entretiens menés auprès des mères et des jeunes femmes usagères constitueront les principaux matériaux de terrain mobilisés. Des extraits de journal de terrain ainsi que les entretiens réalisés avec les partenaires et les professionnel·le·s de santé seront exploités dans une moindre mesure. Les paroles des jeunes femmes seront régulièrement confrontées à celles de leurs mères. Les récits croisés semblent en effet particulièrement appropriés au regard des objectifs de ce chapitre.

8.1 « C'est pas son médecin à elle qu'elle allait voir, c'était celui de sa maman » : accompagner les filles pour rassurer les mères

« La figure de la mère » se révèle être une « représentante incontournable de la surveillance » de la sexualité de sa/ses fille(s) (Clair 2010, p. 322). Les sept mères ont joué un rôle dans la prise de pilules de leurs filles (parfois celui d'initiatrice) et légitiment la norme du schéma contraceptif français (préservatif, pilule, DIU) (Gautier, Kersaudy-Rahib et Lydié 2010). Elles rassuraient également un certain pouvoir médical en ne proposant à leurs filles que des médecins (pas de sage-femme) travaillant en structures libérales et avec une approche allopathique (Aiach et Fassin 1992), excluant donc les formes alternatives de médecine, que ce soit en termes de structures (comme les centres de planification), d'approche de soin (comme la naturopathie), ou encore de pratiques (par exemple l'auto-auscultation).

Les mères font partie des ressources privilégiées pour les usagères. Elles peuvent, tout d'abord, être à l'origine de la prise de pilule de leurs filles (pour 5 usagères) et le sont le plus souvent comme personne initiatrice exclusive. Les mères les plus investies sont celles présentées par les usagères comme étant non pratiquantes ; ce qui exclut les mères d'Emma (protestante), des sœurs Dévi et Vaani (hindouiste) et de Lisa et Rosa (musulmanes). *A minima*, les mères orientent leurs filles vers un·e médecin (c'est le cas de la mère d'Elia et de Montserrat, mère d'Ambre, 69 ans, anthropologue). À cela peut s'ajouter d'autres formes d'investissement. Si Stéphanie (mère de Manon, 53 ans, retraitée de l'armée de l'air) a déjà accompagné Manon en rendez-vous gynécologique, c'est également le cas de Michelle (mère de Cyrielle, 47 ans, gérante d'une agence immobilière), Yvonne (mère d'Andréa, 63 ans, manutentionnaire retraitée), Béatrice (mère d'Eva, 56 ans, ATSEM) et Christine (mère de Laura, 51 ans, fonctionnaire) qui ont déjà été à l'initiative des prises de rendez-vous de leurs filles. Michelle et Béatrice déclarent aussi avoir veillé à ce que les examens (notamment les analyses sanguines) soient réalisés et se préoccupaient de savoir si la prise de pilule était toujours compatible avec ces résultats. Le deuxième investissement le plus fréquent est l'achat de la contraception orale de leurs filles. Christine et Michelle déclarent avoir acheté régulièrement la pilule de leurs filles, ce qui est également le cas de Béatrice qui se chargeait en outre de renouveler l'ordonnance de pilule d'Eva lors de ses propres rendez-vous chez leur médecin commun. Yvonne s'impliquait de la même manière tout en alertant Andréa sur la fin imminente de sa plaquette à renouveler prochainement et se rendait de surcroît disponible pour les achats de contraception d'urgence. Michelle, Christine et Yvonne déclarent également avoir joué un rôle dans le rappel de l'ingestion quotidienne de la

pilule de leurs filles, particulièrement au début de son utilisation. Christine et Yvonne précisent qu'elles savent où est rangé ce moyen contraceptif. En s'impliquant dans « la ritualisation de la prise de contraception » de leurs filles, les mères les « rappellent » ainsi « à l'ordre de leur vertu » (Clair 2010, p. 328).

Pour les jeunes femmes (particulièrement celles étant non pratiquantes), les mères apparaissent comme personnes ressources incontournables et elles ne remettent pas en question ce modèle plutôt naturalisant : « Bon j'aime pas lui parler directement de mes trucs à moi, mais au final c'est ma mère, donc je finis toujours par lui en parler un peu », déclare par exemple Ambre (étudiante en anthropologie). La famille contemporaine étant à la fois productrice et consommatrice de soins, une grande partie des premiers savoirs contraceptifs et gynécologiques est donc transmise de manière matrilineaire. Le contexte néolibéral et l'individualisation qu'il implique invitent à penser simultanément l'épanouissement personnel et la responsabilité individuelle. La possibilité de choix contraceptifs, les rappels médiatiques sur les questions de santé, font que les parent·e·s sont conscient·e·s de leurs responsabilités. Les mères sont à la fois actrices de prévention, de soins, et de normes, sans nécessairement en mesurer l'impact (Amsellem-Mainguy 2006). L'implication des mères représente, certes, une ressource en termes d'informations pour les jeunes femmes, mais la limite est qu'elles peinent à sortir de la norme reproduite par leurs mères tant elles se fient à celle-ci (*Ibid.*). Considérées comme profanes par les membres du corps médical, elles sont vues comme expertes par leurs filles (*Ibid.*, p. 58). Des biais et des avantages pour les usagères résultent donc de ces implications.

8.1.1 Un rite de passation : médicaliser la sexualité des filles

En étant à l'origine de la prise de pilule pour cinq usagères et en étant le plus souvent une personne initiatrice exclusive, les mères peuvent renforcer la « norme contraceptive » selon laquelle la pilule est au centre du panel contraceptif : « Ma mère aussi elle m'a dit "ça serait bien que tu prennes la pilule". Tout le monde te dit qu'il faut que tu la prennes », déclare Ambre (étudiante en anthropologie). La majorité des usagères (9) a (eu) un·e gynécologue en commun avec leurs mères, dont sept ont déjà été accompagnées de leurs mères lors d'un (premier) rendez-vous gynécologique (pas nécessairement effectué auprès d'un·e spécialiste, comme vu dans le chapitre 5). Dès lors, « la consultation chez le[·la] gynécologue et la prise de pilule sont toujours associées à une confession à la mère » (Clair 2010, p. 327), ici à l'annonce d'un premier rapport sexuel (passé ou imminent) :

« Oh tout simplement, quand elle a voulu avoir des rapports, je l'ai amenée chez le docteur. Le généraliste qui lui a marqué la pilule. C'est elle qui m'a demandé. Elle avait

euh 16 ans par là. C'est le moment où elle a connu [son premier copain]. » (Christine, mère de Laura, fonctionnaire, 6 octobre 2016)

« Aussitôt qu'elle m'a dit qu'elle voulait avoir des rapports on a tout de suite pris des précautions. [...] quand elle est sortie avec un garçon on a peut-être dû lui dire : "pensez à prendre des précautions, on va aller chez la gynéco ensemble" » (Béatrice, mère d'Eva, ATSEM, 10 janvier 2017)

« Le jour où elle m'a annoncé qu'elle avait un copain j'ai dû lui dire de se protéger et de voir un médecin ou un gynéco » (Stéphanie, mère de Manon, retraitée de l'armée de l'air, 20 mars 2018).

Le premier rendez-vous gynécologique, impulsé par les mères, accompagne l'entrée des jeunes femmes dans la sexualité. En effet, la prise du premier rendez-vous gynécologique est articulé autour d'un temps biographique précis : le premier rapport sexuel (sous-entendu pénétratif). La surveillance des mères se porte donc sur le corps pénétré des filles et s'inscrit dans un rituel (*Ibid.*, p. 322). Dans ses travaux, Yvonne Verdier montre que différentes figures de femmes sont sollicitées selon les périodes de la vie. Elle révèle ainsi que lorsque les jeunes femmes passent chez la couturière, elles en apprennent en réalité moins sur la couture que sur la sexualité. L'on peut ici faire une analogie entre la figure de la couturière et de la gynécologue (bien que l'objectif de la rencontre soit plus explicite avec la figure de cette professionnelle de santé). Il n'en reste pas moins que ce premier rendez-vous fait office de rite de passage dans la construction sociale de l'identité féminine : les jeunes filles deviendraient des femmes. Ces dernières ayant « pour fonction d'aménager les étapes qui conduisent de la naissance à la mort » (Verdier 1997, p. 80), les mères interviennent ainsi dans l'entrée à la sexualité de leurs filles. Les récits croisés d'Yvonne (la mère) et Andréa (la fille) sont en ce sens tout aussi éclairants :

« Moi je leur avais dit : "dès que vous sentez que vous allez avoir des rapports ou quoi que ce soit vous venez me voir". Je suis très ouverte avec mes filles. On se raconte tout. C'est moi-même qui les ai envoyées voir un gynécologue, donc on y est allées ensemble pour la première fois puisque tant qu'il y avait pas de rapports le gynécologue voulait pas la voir. En principe c'est ça, tant qu'elles ont pas eu de rapport sexuel le gynéco il touche rien, il regarde rien. Bon ben premier rapport c'était avec des préservatifs hein bien sûr et donc aussitôt j'ai pris rendez-vous avec le gynécologue que j'avais, que j'ai eu ici depuis des années » (Yvonne, mère d'Andréa, manutentionnaire retraitée, 12 juin 2018)

« [...] on va dire que j'ai perdu ma virginité j'avais 18 ans, ben direct après je suis allée voir le gynéco. J'ai vu le fameux gynéco qui m'a mise au monde. Il était très accueillant. On était tous ses bébés. [...] il avait dit à ma mère "dès que vos filles elles

ont un rapport sexuel on leur fait le frottis' ». (Andréa, conseillère de vente, 23 février 2018).

Empruntée au champ lexical des fleurs (« avoir perdu sa fleur »), la « perte de la virginité » reste une étape significative dans la construction de l'identité des femmes (Verdier 1997), bien que son appréhension soit aujourd'hui critiquable, en renvoyant à la norme de la sexualité pénétrative pénovaginale et en relevant davantage du mythe que de la réalité médicale (Winckler 2014).

Le moment du (premier) rendez-vous gynécologique fait aussi office de rappel des normes (sexuelles et de genre) par ailleurs empreintes d'injonctions contradictoires : l'usagère doit échapper à la fois au stigmat de la « vierge » et de la « putain » (Clair 2016a) : « ça peut tomber très vite dans je me mets en couple à 15 ans, sans épanouissement. Aller à droite à gauche n'est pas terrible non plus, il faut un juste milieu [...] Il y a aussi la pression de coucher avec quelqu'un », déclare Montserrat (mère d'Ambre, anthropologue, 6 avril 2018), tout en indiquant au cours de ce même entretien que la gynécologue qu'elle a conseillée à sa fille était étonnée que celle-ci n'ait pas encore eu de rapports sexuels à 17 ans.

Les mères endossent et transmettent un rôle de gestionnaire de la santé de la famille (Amsellem-Mainguy 2006), sans nécessairement conscientiser la charge mentale que cela représente :

Yvonne : Moi je gère tout le monde, que ce soit en gynécologie, que ce soit en dentiste, c'est moi qui prends les rendez-vous pour tout le monde, même si elles sont plus avec moi, c'est moi qui gère. Elles me disent : "maman si tu as cinq minutes si tu peux prendre" et puis comme on y va à peu près en même temps les unes et les autres, donc on a à peu près les rendez-vous en même temps. Aujourd'hui, parce qu'il [le gynécologue] est décédé, donc il a fallu qu'elles s'en prennent un autre, donc elle l'a pris plus près de chez elle. Mais sinon, oui, jusqu'à aujourd'hui c'est moi qui me chargeais de prendre les rendez-vous et comme ça on arrivait toujours à se trouver l'une ou l'autre en même temps en rendez-vous. Puis lui il était content de nous voir puisque c'est lui qui les avait accouchées donc il était tout content de suivre ses petites filles, qui sont grandes maintenant.

Leslie : C'est du travail de gérer tous ces rendez-vous.

Yvonne : Oh non, non, non, les rendez-vous je les note comme si c'était pour moi, je leur donne les dates et tout aux filles mais je les note, je me mets une alerte à moi pour leur faire penser qu'elles ont gynécologue ou qu'elles ont dentiste ou quoi que ce soit. Non c'est pas... non c'est très bien comme ça. (Yvonne, mère d'Andréa, manutentionnaire retraitée, 12 juin 2018)

« L'imbrication intime entre tâche et relation, dans les soins quotidiens à un[e] jeune enfant par exemple, contribue à rendre ce travail invisible aux yeux mêmes de la plupart des mères. La bonne mère est celle qui fait face avec le sourire sans (trop)

montrer la charge quotidienne qu'elle assume. » (Cresson 2006, p. 12). Ainsi, les mères peuvent également contrôler le lieu et la fréquence des rendez-vous de leurs filles, parfois au détriment des souhaits et des besoins de la principale intéressée : « Ma mère elle me prend rendez-vous tous les six mois [chez la gynécologue], moi je trouve ça trop », confie Cyrielle (manipulatrice en électroradiologie médicale).

Elles transmettent alors à leurs filles une socialisation au suivi gynécologique (Guyard 2008; Koechlin 2021), et plus largement, médical. Stéphanie indique « [être] pour aller régulièrement faire contrôler tout : gynécologue, dermatologue, ophtalmo », considérant qu'« Il ne faut pas attendre d'avoir un problème pour aller voir un spécialiste » et « l'inculque » à sa fille Manon. Et d'ajouter : « Moi je la tiens au courant de ce que je fais : j'ai plus de 50 ans donc j'ai la mammographie. Le dermato pour les grains de beauté. Ophtalmo pour les problèmes de vue. Donc Manon est assez à cheval dessus aussi. » (Stéphanie, retraitée de l'armée de l'air, 20 mars 2018). Les mères inculquent alors à leurs filles un « autocontrôle disciplinaire » (Jarty et Fournier 2019) de leurs corps.

Des gynécologues travaillant en cliniques indiquent que les mères connaissent mieux les antécédents médicaux familiaux que leurs filles. Lorsqu'elles les accompagnent en consultation, les mères peuvent alors représenter une ressource à la fois pour leurs filles (le temps de se socialiser aux attendus de la consultation) et pour les professionnel·le·s (à qui elles apportent les informations médicales nécessaires). Les mères prennent non seulement part à un rite de passage (pour leurs filles), mais jouent également un rôle dans la passation dans la consultation gynécologique en relayant les filles et les gynécologues (l'exemple le plus frappant étant sans doute que le médecin qui a accouché Yvonne d'Andréa suit désormais la jeune femme). En étant assignées aux soins profanes dans la famille, les femmes réalisent en fait un travail complémentaire à celui des professionnel·le·s de santé (Cresson 2006).

8.1.2 Médecins de famille : de la (omni)présence maternelle à la fragilité du secret médical

Les mères ont le réflexe d'amener leurs filles chez le médecin traitant de la famille ou chez leur propre gynécologue. Ici le·la médecin de famille fait figure d'autorité, la qualité de la prise en charge se révélant secondaire : « Sauf que ma mère elle est tombée enceinte sous cette pilule donc elle était pas convaincue de cette pilule mais bon elle croit la gynécologue, parce que c'est la sienne, c'est celle de ma grand-mère, de mes tantes », explique Aurore (étudiante en service social). Pourtant, la·le médecin des unes, ne convient pas nécessairement aux autres, comme le montre le récit de Michelle (mère de Cyrielle, gérante d'une agence immobilière) :

« Y a pas eu en tout cas une approche pour Cyrielle vis-à-vis de ce spécialiste [une gynécologue] sur le côté premier contact etc., y a pas eu du tout le même ressenti que moi j'avais eu avec cette personne, que je trouve chaleureuse, qui met vraiment en confiance. J'ai eu l'impression que, et même peut-être que Cyrielle a abordé ce sujet [en entretien], c'est pas passé. Et donc après, comme j'ai dit à Cyrielle, rien ne l'empêchait de trouver elle-même la personne qui lui allait, qui lui correspondait, en prenant auprès de ses amies peut-être des adresses. [...] Dans mon souvenir ça s'est pas super bien passé parce qu'elle était très angoissée, normal, et que moi j'avais adopté une position, comment dire, j'essayais justement de pas en rajouter en lui montrant mes propres inquiétudes ou angoisses et en même temps j'étais confiante aussi par rapport à la situation, [...] j'étais assez sereine on va dire. [...] Et cette position justement, je sais pas c'est marrant parce que Cyrielle peut-être dans son excès d'angoisse, elle avait envie que je sois peut-être aussi dans le même état qu'elle, alors que justement ce jour-là je présentais une position plutôt apaisée [rire]. [...] Et le rendez-vous justement avec la spécialiste, ben pareil, je crois qu'elle avait insisté pour lui dire que c'était pas la peine qu'elle s'inquiète, [...] et je crois que ça a été le point de départ où elle s'est dit je veux pas la même gynéco que moi. [...] Donc en y repensant, effectivement, peut-être que justement Cyrielle, et elle a dû me l'exprimer, c'est pas son médecin à elle qu'elle allait voir, c'était celui de sa maman. » (24 janvier 2017).

Les ressentis divergents entre mère et fille vis-à-vis d'une même professionnelle traduisent des attendus distincts. Par conséquent, les jeunes femmes peuvent manifester la volonté de s'émanciper du schéma médical proposé par leurs mères (« c'est pas son médecin à elle qu'elle allait voir, c'était celui de sa maman »), qui calquent leurs propres attentes sur les parcours de leurs filles. Les professionnel·le·s de santé confirment non seulement le fait que les mères accompagnent les filles (et parfois inversement), mais identifient également la projection des attentes des premières sur les parcours contraceptifs des secondes :

« Ce qui me choquait à un moment donné, enfin ça dépend des moments, c'est quand une mère venait avec sa fille. Je trouve qu'il y a une espèce de... que la fille elle a le droit d'avoir son petit jardin secret, son intimité, je trouvais que c'était quand même un peu intrusif mais bon elles avaient un peu l'habitude de fonctionner comme ça. [...] Mais quand c'est la mère qui met la pilule sur le tapis je reconnais que je suis presque gênée parce que j'ai envie de dire à la fille ben "est-ce que t'as déjà eu des rapports, comment ça se passe avec ton copain". Je trouve que la mère elle pourrait être plus discrète. Après je me dis qu'elles doivent faire pareil : les filles sont au courant de ce que fait la mère, ce qui est pas forcément très bien. » (Un médecin généraliste, cabinet libéral, 2 mars 2017)

Il est intéressant de poursuivre ici en confrontant les paroles de Michelle à celles de sa fille Cyrielle qui, d'une part, confirment le ressenti de la mère en question et, d'autre part, témoignent de l'impact d'un contact difficile avec un·e soignant·e (celle de sa mère avant d'être la sienne) sur son parcours contraceptif :

« [...] le rapport que j'ai avec ma gynéco, clairement il faut que je change. Parce que elle est... je peux pas. Et du coup elle en a jamais parlé non plus [des autres moyens contraceptifs] [...] En fait c'est la gynéco de ma mère à la base et je la trouve très conne. [...] Je trouve qu'elle soigne mal ma mère en fait. [...] Mais tu vois quand j'avais parlé pour mon sein, quand j'avais dit que j'ai mal, elle m'avait dit : "mais non y a rien. Mais par précaution je vais quand même vous prescrire un échographie". Et à l'échographie ils m'avaient trouvé un truc. Donc j'ai dit non mais elle se fout de ma gueule, elle est complètement incompétente. [...] Je pense que je vais avoir des enfants d'ici cinq ans donc normalement d'ici cinq ans j'arrête ma pilule et après je pense que je réfléchirais au stérilet. Je reste sur ce modèle vieux où après les enfants tu mets un stérilet. C'est con parce que je suis sûre que si j'avais un gynéco qui me donnerait confiance au stérilet maintenant, je dirais "bon ben ok on le fait". Sauf que voilà j'ai pas de suivi gynéco qui fait que je pourrais penser à une autre contraception. » (14 octobre 2016)

Mères et filles sont dans des étapes distinctes de leurs parcours biographiques et ont donc des besoins différents. Si, en ayant atteint le nombre d'enfant souhaité et en étant dans un âge plus avancé, Michelle approuve l'approche de sa médecin, Cyrielle, quant à elle, manifeste son désir d'être informée sur les différentes méthodes contraceptives et d'avoir une gynécologue impliquée dans un suivi approfondi et sur la durée. Le statut des mères accompagnantes met donc en évidence des tensions entre les intérêts des mères et des filles : « Il y a des conflits quand la mère a pris rendez-vous et que la fille ne voulait pas venir ou la fille demande à la mère de venir mais que la mère trouve la fille trop jeune », explique une gynécologue (cabinet libéral, 8 mars 2018).

Les professionnel·le·s de santé ont parfois du mal à identifier les motivations des accompagnant·e·s en consultations qu'ils qualifient comme n'étant « pas toujours claires », oscillant entre soutien et contrôle des principales intéressées.

Les mères peuvent représenter un soutien matériel d'accès aux soins. En ce sens, les professionnel·le·s de centres de santé expliquent que les filles résidant en territoire rural dépendent davantage de leurs mères qui les conduisent en rendez-vous médical, mais insistent sur le secret médical et affirment, à ce titre, recevoir les usagères seules à un moment de la consultation, notamment pour pouvoir dépister d'éventuelles violences. À d'autres moments de la consultation, iels n'excluent pas d'autres accompagnant·e·s (amies, interprètes) qui peuvent représenter des ressources pour la principale intéressée venue consulter.

Les gynécologues et généralistes enquêté·e·s travaillant en cabinet libéral perçoivent, quant à elleux, davantage la compagnie des mères comme une intrusion et indiquent gérer difficilement cette présence, à la fois du fait d'un vide dans la formation médicale à ce sujet (comme cela sera explicité plus tard) et des « caractéristiques

structurelles » (Le Feuvre 2008, p. 268-269) du lieu d'exercice (rémunéré·e·s au nombre de consultations et donc de patientes, iels n'ont pas intérêt à « se mettre les mères à dos »). Par contraste, une médecin travaillant en CDPEF (relevant d'un système de soin public) explique : « On est pas en libéral [le salaire ne dépend pas du nombre de patient·e·s] donc c'est pas grave si on se les [les mères] met à dos, mais il vaut mieux pas pour l'intérêt des jeunes femmes » (17 janvier 2018). Par ailleurs, ces deux groupes de médecins (généralistes et gynécologues en libéral) montrent que les mères projettent des attentes (en termes de normes contraceptive, sexuelle et de genre) ainsi que leurs propres peurs sur leurs filles, qui ne sont pas toujours pertinentes médicalement : « j'hallucine quand des mères veulent des DIU pour leurs filles de 15 ou 16 ans. Mais est-ce qu'il y a déjà eu des rapports ? » s'interroge une gynécologue dès notre première rencontre, avant même qu'un entretien ou une séance d'observation ne soit fixé·e (extrait de journal de terrain, cabinet de ville, 8 mars 2017). L'éducation à la sexualité est en effet empreinte de « panique morale » (Amsellem-Mainguy et Vuattoux 2019, p. 86), c'est-à-dire que la prévention se base sur les craintes des adultes à l'égard de la jeunesse (en termes de GNP, d'IST, etc.). Pour les mères, l'usage par leurs filles d'un moyen de contraception de long cours est synonyme de permission d'avoir une vie sexuelle. Mais, parallèlement, elles veulent s'assurer que celles-ci aient les moyens de se contracepter par l'usage d'une pilule. Face à la crainte que leurs filles soient exposées à un risque de GNP ou à la possibilité d'une vie sexuelle débridée, elles projettent sur elles des injonctions contradictoires : être contraceptées, mais à moyen terme et en privilégiant une méthode dont l'efficacité repose sur l'observance (pilule plutôt que LARC). Si, de cette manière, les mères projettent un futur projet de grossesse sur leurs filles (*via* l'emploi préférentiel d'une méthode à court ou moyen terme), l'on peut aussi supposer qu'elles préservent leur réputation (Guyard 2008, p. 205) en s'assurant que leurs filles ne tombent pas enceintes avant un âge de maternité socialement acceptable selon la « norme procréative » (Bajos et Ferrand 2006). À partir de ce constat, bien que la compagnie des mères puisse représenter un soutien dans le cadre des premiers rendez-vous gynécologiques de leurs filles, leur présence en consultations vise surtout à se rassurer elles-mêmes.

Si l'on poursuit avec l'exemple de Michelle (mère de Cyrielle, gérante d'une agence immobilière), elle reconnaît : « Si, je suis peut-être intervenue [durant la consultation] parce que je pose des questions en général [rire]. Pour poser des questions c'est sûr parce que ça c'est plus fort que moi » (24 janvier 2017). Les mères peuvent alors empiéter sur l'espace discursif de la consultation (et par extension sur le parcours médical, sexuel et contraceptif) des jeunes femmes : « Y en a ouais, oui y a des jeunes filles qui viennent avec leur maman, des fois c'est, enfin souvent d'ailleurs

c'est la maman qui parle [petit rire] et qui dit : "voilà elle vient pour sa première pilule", enfin pour sa première contraception », indique une médecin généraliste (cabinet libéral, 10 novembre 2016). Les médecins doivent alors rassurer les mères (quant à la sexualité et la santé sexuelle de leurs filles), tout en s'assurant du consentement des filles (quant à la présence des mères). Une gynécologue indique demander aux filles si elles souhaitent que « la maman sorte » et précise : « C'est difficile quand elles [les filles] répondent "ça m'est égal". [...] C'est une passation et il faut rassurer les mères » (cabinet libéral, 8 mars 2018). La gynécologue opte alors pour un consensus en acceptant la présence des mères en consultations, mais en ne les faisant pas accéder à la salle d'examen.

Les recommandations préconisent en effet de recevoir à un moment donné les jeunes patientes sans leur(s) parent·e(s) : « L'adolescente sera reçue de préférence sans ses parents. Si l'adolescente est accompagnée par ses parents, proposer un temps de la consultation uniquement avec elle. L'entretien est confidentiel, ce dont l'adolescente doit être informée »³⁷¹. Si les praticien·ne·s indiquent plus aisément faire impérativement sortir de consultation les éducatrices·éducateurs et infirmier·e·s accompagnant·e·s (qui ne sont pas patient·e·s des structures consultées), iels éprouvent plus de difficultés face aux mères. Les professionnel·le·s mettent alors en place des stratégies pour gérer cette intrusion. Des sages-femmes adaptent leur manière de mener la consultation : en demandant aux mères de se boucher les oreilles lors de l'interrogatoire ou en montrant à la jeune femme une question écrite sur un support plutôt que de l'énoncer oralement. Les gynécologues, quant à elleux, prétextent, par exemple, un examen des seins (ou profitent de ce moment parfois nécessaire) pour faire sortir les mères :

« Alors j'avoue que ça je gère pas très bien. Je gère pas très bien parce que ça c'est une question de timing en général parce que les mères posent beaucoup beaucoup de questions et que je peux pas faire une double consult'. Donc après je fais un tarif étudiant. Donc en général je leur propose, alors déjà je les amène jamais à la première consultation sauf si y a un problème. Souvent les gamines elles viennent voir et elles sont tremblantes de peur, elles sont mortes de trouille donc en général elles viennent avec leur mère et je trouve que c'est là où moi je repère le lien entre la mère et la fille. Là aussi y a des liens super pathologiques. Et dans le cadre où les mères sont vraiment très envahissantes et que je sens qu'il y a du non dit, je les fais sortir en disant : "je vais examiner votre fille", en fait je les pèse et éventuellement pour donner une excuse j'examine les seins mais c'est tout. Ou tension et poids mais c'est tout. Je les fait sortir mais y en a qui sont... faut s'accrocher » (Une gynécologue, cabinet libéral, 7 décembre 2016).

³⁷¹ (HAS 2015b, p. 1)

Ces « scripts » (Bozon et Giami 1999; Le Feuvre et Lapeyre 2005) de consultation bricolés (consensus, examen moins pour raison médicale que stratégique) pallient l'absence d'apprentissage de la gestion des accompagnant·e·s en consultations dans la formation médicale. En entretiens, les professionnel·le·s se montrent quelque peu démuni·e·s face à l'appréhension des mères en consultations :

« Et ben quand j'étais mal... souvent c'était à la deuxième fois, la deuxième consultation, pour le renouvellement que je la [la mère] prenais pas. Souvent on se fait piéger, on n'est pas assez vigilant. Oui la plupart comprennent. » (Une généraliste, cabinet libéral, 2 mars 2017)

« Ouais. Je suis pas à l'aise à faire ça. C'est un travail à faire [...] Non, après... enfin, c'est vrai que c'est toujours un peu, oui un peu plus difficile de parler de sexualité quand il y a la maman à côté. Après bon on se dit que si la maman est là c'est qu'à priori elles en ont discuté toutes les deux, du fait qu'elle avait des relations sexuelles. Après c'est vrai que moi j'ai toujours du mal, mais ça c'est un défaut, à faire sortir les parents. Mais c'est vrai que c'est quelque chose idéalement c'est bien de le faire. Même pour une consultation banale avec un adolescent, pour un certificat de sport, lui demander s'il fume, s'il picole, c'est toujours bien de faire sortir les parents. Mais... voilà [petit rire]. » (Une généraliste, cabinet libéral, 10 novembre 2016)

Par conséquent, la fragilité du secret médical reste un biais important des consultations auprès des médecins de famille. S'il est donc courant que les usagères aient pour (souvent première) gynécologue celle·celui de leurs mères (même si celles-ci ne les accompagnent pas aux rendez-vous), au moins deux des jeunes interlocutrices ont changé de médecin car celle-ci divulguait des informations à propos d'elles à leurs mères. La gynécologue d'Elia a révélé à sa mère que sa fille fumait et la gynécologue d'Aurore a raconté à sa mère que sa fille avait une mycose et que celle-ci était due à un rapport non protégé, ce qui n'était en réalité pas le cas. À l'inverse, durant les observations en clinique, une patiente divulguait des informations à la gynécologue sur une autre patiente qui s'avérait être sa belle-sœur, également patiente de cette même praticienne. Pourtant, la confidentialité et les relations de confiance sont des éléments essentiels de qualité de santé sexuelle et reproductive (Bruce 1990 citée par López Gómez, León, et El equipo del proyecto Calidad SSR 2019).

8.2 « Histoires de filles », « affaires de femmes » : rôles sexués

8.2.1 Mères impliquées, pères délégués

Pour autant, il ne s'agit absolument pas de blâmer les mères. L'absence des pères dans l'éducation à la contraception est à questionner. Christine, la mère de Laura, et Montserrat, la mère d'Ambre, ont assumé seule l'éducation (donc y compris sexuelle) de leurs filles, les pères étant absents (temporairement ou définitivement). En outre, le rôle des parent·e·s dans l'éducation et celui des enfants dans la gestion de la contraception, est sexué. Les pères sont renvoyés à la compétence (tandis que les mères sont en miroir réduites à leur sexe) :

« Lui [le père] c'est la mécanique. Le reste c'est des histoires de filles. Il est pas obtus mais il va pas savoir. C'est une affaire de femmes. Moi je lui expliquerai pas la mécanique à Manon. » (Stéphanie, mère de Manon, retraitée de l'armée de l'air, 20 mars 2018)

Si les mères restent gestionnaires de la santé de la famille, les pères semblent plus enclins à s'occuper de leurs fils que de leurs filles et en termes de prévention d'IST plutôt que de GNP. À ce titre, Stéphanie (retraitée de l'armée de l'air) indique : « mon mari m'a dit "quand Manon aura l'âge tu t'en occuperas et moi je m'occuperai du fiston". » (20 mars 2018). Michel (partenaire d'Emma, 27 ans, dessinateur industriel) mentionne l'implication ponctuelle de son père au début de sa vie sexuelle et de son parcours contraceptif :

« Au début c'est mon père qui avait remarqué, moi j'avais même pas remarqué mais, lui avait remarqué que je plaisais à une fille par exemple, et il m'avait proposé donc un préservatif, mais vraiment en prévention, en discutant avec moi. Et après ma mère, la seule chose qu'elle a fait, elle m'a jamais donné de préservatif mais elle m'a dit "fais attention". [...] C'est mon père qui s'est tourné vers moi, lui il m'en a donné un, que je pense qu'un organisme lui avait donné. Il m'expliquait qu'il y avait même une date de validité, etc., que c'était important et tout. Il avait fait ça plus ou moins bien, à sa manière, mais bien quand même. C'est pas facile je pense pour le dire. » (8 octobre 2016)

De même, Béatrice (mère d'Eva, 56 ans) déléguait à son mari l'achat de préservatifs pour les enfants. Béatrice dit n'en avoir jamais utilisé *et donc* n'en avoir jamais parlé à ses filles. Ceci illustre l'impact des parcours contraceptifs des mères sur les informations qu'elles vont fournir à leurs filles. Tout comme les professionnel·le·s de santé (Roux, Ventola et Bajos 2017), les mères vont en effet avoir tendance à renvoyer les jeunes femmes vers les moyens contraceptifs qu'elles ont elles-mêmes déjà expérimentés :

« D’ailleurs pour te raconter une anecdote, ma fille aînée elle a été malade, bon y a quelques années et puis elle me dit “est-ce que vous pourrez aller me faire des courses ?” Bon on y va et donc je regarde la liste [...] elle me disait qu’il lui fallait du fromage, du machin, des préservatifs. Ah. Ah ben j’ai dit tiens en voilà une idée. Avec le fromage j’avais les préservatifs. Je me rappelle très bien avoir dit à [son mari] : “écoute, moi je ne suis pas très douée pour les préservatifs” [...] je n’en ai pas beaucoup utilisé. Je lui ai dit : “tu vas aller au rayon les acheter toi-même pour [leur fille aînée] parce que moi je n’y connais rien”. » (Béatrice, mère d’Eva, ATSEM, 10 janvier 2017)

Archibald (avocat), seul père interviewé (car présenté comme impliqué par sa fille Aurore) est aussi le seul parent se déclarant investi dans l’achat de préservatif pour sa fille (et l’a, y compris avec la mère de celle-ci, réapprovisionné régulièrement en contraception quand la famille vivait entre l’Inde et la France). « La meilleure contraception, pour le père de famille que je suis, c’est de dire “mettez un préservatif, parce qu’au moins en même temps ça protégera contre les maladies sexuellement transmissibles” », dit-il. Par ailleurs, il ne s’implique pas dans les rendez-vous gynécologiques d’Aurore : « Non. Et elle a pas souhaité. Ça c’est plutôt une histoire de femmes. » (12 janvier 2017). Il ne lui a pas conseillé de gynécologue, mais précise qu’il en connaissait un « du temps de [s]on ex » qu’il avait déjà accompagné en rendez-vous : « J’écoutais vaguement et j’avais rien à dire de plus ». Il n’a en outre lui-même jamais discuté de contraception avec un médecin (ce schéma se retrouvera chez les partenaires).

Pour autant, les mères ne sont pas nécessairement dispensées des tâches auxquelles s’adonnent parfois les pères, tandis que l’inverse ne se vérifie pas. En effet, les mères peuvent aussi éduquer l’ensemble de leurs enfants (filles et garçons) à la sexualité et la contraception, mais de manière différenciée. Les filles sont responsabilisées en termes de GNP et les garçons le sont face aux IST :

« Alors non, non. Je crois que c’est moi qui... si y avait quelqu’un à parler de tout ça je crois que c’était moi. Je suis très ouverte à tout donc pour eux [ses fils] je leur disais si t’as un soucis tu m’en parles ou voilà. Mais bon à première vue ils en ont pas eu, j’ai pas souvenir qu’ils en aient eu. On aborde rarement ce genre de discussion avec un garçon. Non c’est plus question de préservatif, rapports avec d’autres personnes, mais bon voilà on leur dit de faire attention, de prendre ce qu’il faut. Mais c’est tout. [...] Donc après je pense que si y en avait un qui avait eu un souci ou quoi que ce soit il m’en aurait parlé mais j’ai pas souvenir qu’il y en ait un qui m’ait dit quoi que ce soit. [...] Mais même pour les garçons, je sais que mes garçons n’aimaient pas aller chercher les préservatifs à la pharmacie, c’est moi qui allais le chercher ou qui leur prenais en magasin » (Yvonne, mère d’Andréa, manutentionnaire retraitée, 12 juin 2018)

Si Yvonne s'est impliquée dans l'achat de la contraception de ses fils, à l'exception des parent·e·s d'Aurore, les pères ne semblent pas acheter la contraception orale de leurs filles. Dans tous les cas, les filles sont dirigées chez les médecins pour prévenir toute GNP, tandis qu'en aucun cas les garçons ne sont invités à consulter, que ce soit face au risque d'IST ou à la responsabilité d'une GNP.

L'éducation à la sexualité et à la contraception est une tâche largement féminisée, y compris les rares fois où elle n'incombe pas aux mères. Lili, mère d'Emma et protestante pratiquante, ne pense pas qu'Emma ait discuté de contraception avec son père et délègue ce rôle à d'autres femmes de la famille : « Elles en ont peut-être discuté entre sœurs. Peut-être avec sa petite sœur qui se l'a fait prescrire » et à qui Lili a préconisé de se faire conseiller par Emma car « moi ça fait longtemps que je la prends plus [la pilule]. » (28 janvier 2018). Dans les familles pratiquantes, tout se passe comme si les sœurs palliaient le rôle des mères observé dans les autres familles, comme le montrent les extraits d'entretiens ci-après :

« Après ma mère, je sais pas si c'est parce que c'est sa mentalité, avec ses parents ça fonctionnait pas comme ça donc c'est vrai que elle quand je lui ai dit déjà que je prenais la pilule elle était pas trop d'accord parce que du coup ça voulait dire que j'avais des rapports sexuels avant d'être mariée [...] En fait c'est juste ma sœur au niveau de ma famille. Et moi j'en ai discuté avec ma petite sœur, qui est pas si petite que ça, qui a 23 ans. Je lui ai dit les moyens de contraception que je connais et la base oui le préservatif. Je lui ai parlé un peu de la pilule du lendemain au cas où. » (Dévi, technicienne en gestion du personnel, issue d'une famille hindouiste pratiquante, 14 novembre 2016)

« C'est ma sœur qui a eu un souci, elle a eu un copain aussi pareil et ils ont eu une... [...] elle a dû avorter. Et c'est vrai que sur le coup on s'est tous dit, moi et elle, parce que on avait pas vraiment parlé de ça avec notre mère, c'est pas trop dans, c'est un peu tabou, c'était un peu tabou pour nous. Donc on a appris toutes seules avec les événements » (Vaani, sans emploi, issue d'une famille hindouiste pratiquante, 30 juin 2016)

« Après c'est très tabou chez nous, ma famille est musulmane, donc parler de sexualité c'est très compliqué. Après j'ai une sœur avec qui je suis très très proche, donc au niveau de ça je lui ai posé beaucoup de questions. » (Lisa, assistante de gestion, 7 février 2018)

Les discussions sur la sexualité et la contraception se font surtout entre femmes et notamment entre mères et filles (mais aussi entre sœurs). Les filles ont plus tendance à parler aux parent·e·s que les garçons et les mères parlent plus de ces sujets avec leurs

filles que les pères, endossant le « rôle primordial donné aux femmes dans le champ de la santé » (Amsellem-Mainguy 2006, p. 53). Finalement, les hommes restent responsables uniquement en termes d'IST (les pères dans l'éducation de leurs fils et les fils avec l'usage du préservatif) tandis que si les femmes le sont davantage en termes de GNP (les mères par l'éducation de leurs filles et les filles par l'usage de la pilule), de façon naturalisante les mères peuvent aussi endosser l'ensemble de ces tâches. Mais si les mères se font relais entre leurs filles et le monde médical, elles peuvent également être une ressource pour contourner un pouvoir inhérent à celui-ci (comme vu avec l'exemple des ordonnances défaillantes dans le chapitre 5).

8.2.2 Mobiliser les mères pour contourner le pouvoir (para)médical ?

Bien que les mères remettent peu en question l'autorité (para)médicale en entretiens, elles peuvent constituer une ressource permettant aux jeunes femmes usagères d'échapper à celle du personnel de pharmacie, usant davantage de paternalisme médical envers les plus jeunes clientes.

Pharmaciennes et vendeuses en pharmacie déclarent que les mères accompagnent les usagères pour l'achat de leur pilule prioritairement lorsqu'il s'agit d'une première prescription. À l'image des premiers rendez-vous gynécologiques, les mères accompagnent également les filles dans cette nouvelle interaction durable : auprès du personnel de pharmacie. Si les vendeuses voient cela comme le gage d'une complicité entre mères et filles, les pharmaciennes mettent l'accent sur une caractéristique davantage systémique en indiquant que la clientèle en pharmacie est majoritairement féminine. Lors de la délivrance de ces primo-prescriptions, les mères viennent parfois seules (sans la principale intéressée). Or, pharmaciennes et vendeuses déclarent que c'est lors de la première prescription qu'elles donnent l'ensemble des informations concernant la contraception orale (relatives aux oublis et à la prise de contraception d'urgence par exemple). Les pharmaciennes distinguent également les femmes accompagnées par tranches d'âges : elles identifient les 15-20 ans comme étant peu accompagnées et l'interprètent comme le signe d'un éventuel usage contraceptif dans le secret, tandis que les 25-30 ans, qu'elles présentent comme étant le plus souvent seules, ne font pas l'objet de cette même perception. Les vendeuses déclarent que les mères posent beaucoup de questions lorsqu'elles viennent chercher la contraception orale de leurs filles (que ces dernières soient présentes ou non).

Néanmoins, les usagères mobilisent les mères dans le cadre des achats de contraception orale pour au moins trois raisons. D'abord, lorsque l'ordonnance est dépassée voire absente. Dans le cadre d'une conversation informelle (journal de terrain, 2 mars 2016), une des interlocutrices indique « envoyer » sa mère en officine

lorsque le personnel de pharmacie refuse de lui délivrer sa pilule. Ensuite, les mères sont sollicitées pour éviter l'âgisme en pharmacie visant les jeunes clientes, comme le suppose Michelle (mère de Cyrielle, gérante d'une agence immobilière), qui identifie son âge comme un passe-droit :

« Non [n'a pas l'ordonnance de sa fille], je demande à être dépannée. On me pose pas de question en général. Est-ce que c'est peut-être mon âge qui fait que... Après je sais qu'il y a pas mal de pharmacies où d'après Cyrielle c'est pas si évident que ça sans prescription d'avoir une pilule délivrée. De ce fait oui je me dis que ça doit être l'âge. Non je spécifie pas si c'est pour moi ou pour ma fille. Et ils me posent pas la question. Donc c'est marrant parce que du coup c'est vrai que pour des professionnels en pharmacie, c'est vrai qu'ils devraient quand même s'interroger pour qui ils délivrent quelque chose. Et même il me semble que c'était pas juste pour dépanner avec une plaquette, on m'a proposé la boîte de trois. » (24 janvier 2017)

Enfin, dans le cas où la pilule n'est pas remboursée, les mères peuvent être un soutien financier, parfois malgré elles, pour leurs filles :

« [...] ça lui arrivait quand même de me demander de l'acheter. Je la soupçonne, parce que celle-là elle est payante tu vois, de me demander souvent de l'acheter. Non non parce que faut quand même bien réfléchir à ça parce que à chaque fois j'y ai droit, mais tu vois je me demande. Ben Diane 35[°] elle était remboursée, mais celle qu'elle prend là elle est pas remboursée. Et c'est assez cher. Donc je la soupçonne, cette Eva. » (Béatrice, mère d'Eva, ATSEM, 10 janvier 2017)

De même, lorsqu'Aurore ne pouvait pas se procurer gratuitement sa pilule non remboursée en consultant en centre de planification³⁷², il arrivait que sa mère la lui achète. Finalement, l'implication des mères dans le parcours contraceptif de leurs filles contraste avec le vécu contraceptif qu'on pu avoir ces mêmes mères qui n'ont pas bénéficié de cette implication intergénérationnelle.

³⁷² Les centres de planification peuvent délivrer gratuitement des pilules (indépendamment de leur génération) selon leur stock disponible.

8.3 Elles ne sont « pas féministes, mais... » : des effets de génération

8.3.1 Une transmission matrilinéaire depuis la deuxième vague féministe ?

Une implication récente

La question des générations³⁷³ « est centrale pour comprendre le comportement des femmes » (Membrado 2006, p. 16), il s'agit donc de se focaliser sur les interactions entre les générations et les dynamiques dans les rapports sociaux d'âges (Bessin 2009, p. 13). Les sources des mères en matière de contraception sont plus réduites que celles de leurs filles puisqu'en cas de besoins d'informations elles se tourn(ai)ent soit vers un·e médecin soit vers des pairs (amies). L'on note ici un effet de générations (Baulieu, Héritier et Leridon 1999, p. 7-8) puisqu'elles ne citent pas leurs propres mères comme source d'informations, y compris au début de leur parcours contraceptif :

« Ben dans le temps je veux dire on parlait pas, ma mère me parlait pas de tout ça. Donc j'ai appris ça à l'école, plus ou moins. Donc après on apprend ça avec les copines, voilà. Donc on te dit faut faire comme ça, on avait pas Internet, on avait pas tout ça. [...] Après y avait le docteur aussi, dans le temps t'allais pas forcément voir un gynéco, t'allais voir le docteur de famille donc voilà. » (Yvonne, mère d'Andréa, 63 ans, manutentionnaire retraitée, 12 juin 2018)

« Enfin moi je veux dire j'en aurais jamais parlé à ma mère. [...] On était un peu démunies. Moi je m'étais toujours dit que ça j'en parlerai à ma fille. [...] Ça nous est arrivé avec Eva, elle me demandait des choses intimes, qu'elle avait besoin de savoir en renseignements, que moi jamais j'aurais demandé ça à ma mère. Et c'est bien que les choses aient changé et qu'on en discute. » (Béatrice, mère d'Eva, 56 ans, ATSEM, 10 janvier 2017)

« [...] on en parlait jamais avec ma mère, qu'avec les copines. » (Lili, mère d'Emma, 57 ans, fonctionnaire retraitée de La Poste et aide à domicile, 28 janvier 2018)

Stéphanie (mère de Manon, 53 ans, retraitée de l'armée de l'air) déclare également n'avoir jamais parlé de contraception ou de menstruations avec sa mère et s'être donc rendue dans un Planning Familial (identifié comme lieu particulièrement adapté en

³⁷³ « [...] le terme génération a d'une part une acception généalogique. Il désigne l'ensemble des parents appartenant au même rang de parenté : génération des parents, générations des grands-parents, ce que les ethnologues nomment "niveau générationnel" en les numérotant par rapport à Ego. Mais il désigne aussi l'ensemble des personnes d'un âge assez proche. » (Fine et al. 2009, p. 42)

cas de dialogue impossible avec la famille) : « J'ai été dans un Planning au début car on m'a jamais expliqué. Là on m'avait tout expliqué. Les parents n'étaient pas au courant, c'est confidentiel. Et ils donnaient la pilule. [...] J'ai connu ce Planning parce que j'ai cherché. [...] J'étais interne au lycée et le mercredi après-midi était libre et j'ai trouvé le Planning. Les parents l'ont jamais su ». Elle poursuit alors : « Je voulais pas qu'elle [sa fille Manon] vive ce que j'ai vécu, que comme moi elle l'apprenne à l'école » (20 mars 2018). Par conséquent, le lieu de rangement des plaquettes de pilule des mères était un endroit à usage individuel et non collectif : la table de chevet de leur chambre pour au moins trois d'entre elles (Yvonne, Béatrice et Christine). Entre temps, les mères ont vécu la démocratisation de l'accès à la contraception. Bien que leurs filles usagères privilégient aujourd'hui la mobilité en rangeant la pilule dans le sac à main, l'apprentissage peut également passer par le mimétisme. À ce titre, Stéphanie (mère de Manon, 53 ans, retraitée de l'armée de l'air) indique à propos de sa fille : « Dernièrement j'ai vu sa plaquette sur la table de nuit quand elle est venue. C'est comme chez moi ça traîne et comme ça on y pense » (20 mars 2018).

Montserrat, qui est par ailleurs la mère enquêtée la plus âgée (69 ans), indique n'avoir jamais parlé de contraception avec ses « copines » et avoir vécu « une adolescence qui n'a rien à voir avec celle qu'on vit maintenant. On n'en parlait pas, sauf les filles délurées » (6 avril 2018). Elle précise tout de même avoir « choisi » sa gynécologue en demandant à ses « copines ». Toutes les mères déclarent en effet avoir bénéficié, à défaut d'une transmission matrilinéaire, d'une transmission entre femmes (Amsellem-Mainguy 2006) et notamment entre paires. Michelle (mère de Cyrielle, 47 ans, gérante d'une agence immobilière) explique s'être « renseignée » auprès d'amies, Lili (mère d'Emma, 57 ans, fonctionnaire retraitée de La Poste) a consulté la gynécologue d'une « copine », Stéphanie (mère de Manon, 53 ans, retraitée de l'armée de l'air) confie qu'elle « tendait l'oreille » à l'école et a ainsi « entendu » les informations « par les copines » et Christine (mère de Laura, 51 ans, fonctionnaire) raconte :

« Alors j'en avais un [de gynécologue] moi quand j'habitais plus vers Toulouse. C'est ma cousine qui me l'avait conseillé et je le trouvais bien et d'ailleurs je l'avais gardé. [...] Et l'autre à [commune du Gers] parce que j'habitais pas loin. La femme. J'avais demandais à mon amie, [...] où elle allait elle, et elle m'avait dit qu'elle allait là, qu'elle était bien. Et j'ai été là. Et maintenant je suis retournée au mien, je préfère. » (6 octobre 2016)

Par contraste, Archibald (père d'Aurore, 49 ans, avocat), seul père rencontré, valorise l'aspect individuel de son éducation sexuelle et contraceptive en indiquant : « Je lis beaucoup, je suis abonné à *Sciences et Vie*. Y a Internet maintenant. J'ai fait une terminale C, scientifique » (12 janvier 2017).

La socialisation politique influe également sur les engagements et la transmission, notamment féministe (Masclat 2015). Aucune mère n'a déclaré d'engagement associatif et les implications politiques semblent également limitées : Christine (mère de Laura, 51 ans, fonctionnaire) qualifie la sphère politique de « bazar », Michelle (mère de Cyrielle, 47 ans, gérante d'une agence immobilière) indique ne pas avoir voté pendant des années. Lili (mère d'Emma, 57 ans, fonctionnaire retraitée de La Poste) explique en entretien ne « pas trop aimer les féministes ». Sa fille, Emma, est par ailleurs l'interlocutrice qui se montre la plus opposée à l'IVG. Seule Montserrat (mère d'Ambre, 69 ans, anthropologue) revendique un certain militantisme en indiquant participer à des manifestations et en se déclarant d'extrême gauche. Sa fille, Ambre, est d'ailleurs l'une des interlocutrices qui s'identifient comme féministes. Contrairement aux enfants des militantes de la deuxième vague féministe qui ont eu des expériences politiques et ont une « conscience de genre » (Varikas 1991 citée par *Ibid.*), les jeunes femmes interlocutrices sont peu politisées. Dans ce cas, c'est surtout les études réalisées dans les filières de sciences humaines et sociales qui permettent d'étudier le système genre qui participent d'une certaine conscientisation (*Ibid.*) (reconnue et déclarée par Ambre, Camille, Emma et Manon qui ont suivi ce type de cursus). Entre temps, les générations ont donc été marquées par la deuxième vague féministe, ayant notamment impulsé l'accès aux méthodes de gestion de la fécondité.

Le gros mot

Parmi les usagères, seules Ambre (étudiante en anthropologie, de culture catholique), qui se proclame ouvertement féministe, et Lisa (assistante de gestion, de culture musulmane), reconnaissent le féminisme comme réponse à un problème systémique : « Nous les femmes il faut qu'on se batte tout le temps de toute façon. Le combat il ne s'arrêtera jamais, que ce soit autour de la contraception ou d'autres choses. C'est comme ça, on est dans une société quand même patriarcale », déclare Lisa.

Les interlocutrices font globalement preuve de désinformation quant à l'appréhension du féminisme et sa nécessité. Elles sont peu renseignées sur les mouvements féministes, leur définition et leur histoire. La question du féminisme en entretien paraît sensible, elle crée des silences, des hésitations, des soupirs, les mots sont pesés avant d'oser proposer une réponse : Fanny souffle et « ne sais pas trop » ; Camille inspire et marque un silence le temps de la réflexion ; Eva ne se dit « pas féministe, mais... », témoignant que le terme féministe et ce qu'il renvoie restent perçus de manière péjorative (Tissot, Tissot et Delphy 2015). Le mot en lui-même est parfois évité. Dévi

(technicienne de gestion du personnel) ne parlerait pas du droit de se contracepter comme le résultat d'un combat féministe mais « plus comme pour avoir le droit d'avoir un contrôle ». Pour Elia (infirmière), le féminisme est discréditant, en témoigne sa réponse à une question concernant une éventuelle approche féministe de la part de son médecin : « Non j'ai ressenti un professionnalisme. Je sais pas quel est leur avis sur la question en tant que personne mais en tout cas en tant que professionnel ils n'ont pas l'autorisation et le droit de juger » (20 septembre 2016). La figure de l'homme et du médecin pourrait donc être séparées³⁷⁴ et pour la jeune femme, contrairement à la théorie des savoirs situés, toute approche qui ne serait pas féministe serait nécessairement plus neutre. Aurore (étudiante en service social) se rend compte : « en fait féministe maintenant en France c'est le terme péjoratif et presque une insulte. Moi je ne comprends pas, ça ne devrait pas » (20 juillet 2016).

Pour ces jeunes femmes, le féminisme est un concept « flou » (pour reprendre un terme employé par Eva). Laura reconnaît : « Je suis toujours pas trop au courant au sujet de combat féministe [...] Je me suis jamais vraiment posé la question d'où ça [les pilules] venait. ». *Idem* pour Aurore : « Je ne m'y connais pas assez pour me décréter féministe ». Pour Rosa, cela ne fait pas sens d'être féministe car elle n'a pas connaissance de l'interdiction dont la contraception a fait l'objet en France (entre 1920 et 1967) :

« C'est juste de ne pas tomber enceinte. C'est pas que je ne suis pas trop féministe, mais je ne trouve pas de sens à être féministe. Comment t'expliquer. C'est devenu un combat et ce n'est pas censé être un combat. Je ne comprends même pas le but et le sens de ce combat. Je suis pour la cause des femmes, que les femmes soient égales à l'homme mais se battre avec les hommes pour ça c'est n'importe quoi.

[Je reformule ma question en parlant du combat pour la légalisation de la pilule.]

Pourquoi, c'était pas légal ?! En France ?! Depuis quand ? Je ne connais pas cette histoire, je savais pas. Honnêtement je la prends pour me protéger et ne pas tomber enceinte. C'est tout. » (Rosa, étudiante en management, 4 février 2018)

Si avant la légalisation de la contraception les mères n'étaient pas des ressources pour les usagères, les jeunes interlocutrices n'ont, au contraire, pas vécu l'absence de l'assise de la contraception (médicalisée) et peuvent avoir, en ce sens, du mal à percevoir l'utilité du féminisme.

³⁷⁴ Les propos d'Elia sont antérieurs au mouvement Me Too (2017) et au resurgissement de la question de la séparation de l'homme et de son statut professionnel (par exemple artiste), notamment lorsque Roman Polanski (accusé d'agressions sexuelles et de viols, entre autres sur mineure, partiellement condamné) est sacré meilleur réalisateur aux Césars 2020. Pour autant, ils traduisent une logique bien ancrée selon laquelle la soi-disant neutralité (et donc la légitimité) serait du côté des dominants, au service de leurs prérogatives (Despentes 2020).

Tendances différentialiste... et antiféministe

Les discours des jeunes femmes sont empreints de désinformation notamment lorsqu'elles se basent sur des références médiatiques/médiatisées non représentatives des mouvements féministes, comme « la télé » ou « les femens [...] qui vont beaucoup trop loin » selon Manon. Par conséquent, elles associent le féminisme et les féministes à certains clichés : « Très gros cliché, les nanas genre euh j'm'épile pas... c'est le premier truc qui m'vient [éclat de rire] », reconnaît Fanny. Leurs discours sont alors marqués d'un antiféminisme consistant à montrer une image souvent agressive du féminisme (et de surcroît uniformisée) en sous-entendant, d'une part, que les féministes exagèrent (Descarries 2005) (Cyrielle et Elia qualifient par exemple certaines féministes de « folles ») et, supposant, d'autre part, que l'objectif des mouvements féministes seraient la domination des hommes par les femmes :

« Et moi je suis pour l'égalité des sexes et pas pour que la femme soit au-dessus de l'homme » (Aurore, étudiante en service social, 20 juillet 2016)

« Et même pour les hommes, au delà du combat féministe, il y a des hommes qui ne veulent pas d'enfant, y a des hommes qui couchent à droite à gauche et ils voudraient pas avoir des enfants à droite à gauche. Donc je pense que c'est pas un combat féministe, c'est un combat de société. On a tous le choix. [...] Non mais la société c'est pas que les femmes c'est aussi les hommes » (Elia, infirmière, 20 septembre 2016)

Dans cette logique, certains propos flirtent parfois avec le post-féminisme (l'idée qu'il n'y aurait plus besoin du féminisme voire qu'il serait allé trop loin)(Blais et Dupuis-Déri 2014) : lorsqu'Emma (diplômée en sciences de l'éducation) affirme que l'inégalité en matière de gestion contraceptive se situerait du côté des hommes (en ce qu'ils auraient moins de choix³⁷⁵) ou que Camille (en formation de conseillère en insertion professionnelle) répond de la manière suivante à l'utilité du féminisme :

« [inspiration et silence le temps de la réflexion] Pas vraiment. [...] Après y en a qui sont vraiment là-dedans [...], moi j'trouve que maintenant ça va mieux quand même, on est moins... pas tous égaux sur le même niveau mais bon ça va mieux par rapport à avant quoi » (10 avril 2014)

Certaines tendent vers une appréhension différentialiste et naturalisante en déduisant que les inégalités se justifieraient par des différences physiques (force) et biologiques (cerveau, grossesse, allaitement), comme l'illustrent les extraits d'entretiens ci-après :

« Pour moi c'est un peu trop. Faut s'calmer hein c'est bon. Je suis d'accord qu'il faut [...] essayer de mettre les hommes et les femmes au même pied d'égalité mais y a des choses, faut reconnaître, on en est pas capable. Ne serait-ce que même sur la force

³⁷⁵ Les contre-arguments à ce postulat sont apportés dans la sous-partie « Il n'y a pas d'inégalité du côté des hommes » du chapitre 2.

physique. [...] Après y a des choses que eux sont incapables de faire. [...] T'sais au lycée on te demande de faire des TPE³⁷⁶, j'avais fait la différence entre le cerveau des hommes et des femmes et euh là t'as des trucs qui te prouvent que les femmes sont capables de faire plusieurs choses à la fois, les hommes ils en sont incapables mais les hommes ils ont une partie du cerveau qui fonctionne plus qu'une autre ou euh [...] ils sont plus matheux si tu veux³⁷⁷. » (Cyrielle, étudiante en électroradiologie médicale, 4 avril 2014)

« En fait euh dès fois je suis d'accord avec certaines féministes et dès fois j'trouve qu'elles vont trop loin [...] ça avance petit à petit je suis d'accord mais tu pourras jamais changer vraiment euh 'fin [...]. Y aura toujours de toute façon une différence entre les hommes et les femmes [...] rien que physiquement y a une différence, déjà rien que le fait que la femme elle peut avoir un enfant et pas l'homme ou que la femme elle soit moins forte. » (Manon, chargée de communication, 20 mars 2014)

« Après j'ai conscience qu'effectivement y a des personnes qui se sont bougées pour nous [...] mais après euh à l'heure d'aujourd'hui [elle souffle] j'sais pas j'trouve que... j'trouve que ça va. [...] En même temps c'est compliqué parce que, on demande des droits, mais au final déjà le fait que c'est nous qui portons les enfants et tout 'fin, ça nous engage déjà c'est sûr que euh on va plus s'occuper des enfants, 'fin, dans le sens où c'est nous qui procréons. [...] Notre corps il réagit pour élever un enfant. Je veux dire t'as la montée de lait donc c'est toi qui est censée nourrir ton enfant [...] En même temps c'est un peu dur pour moi de dire que les hommes s'occupent des enfants puisque c'est ma mère qui m'a élevée [...] pratiquement toute seule. » (Fanny, étudiante infirmière, 31 mars 2014)

Si dans le cadre de certaines sphères (ici professionnelle) elles conscientisent le caractère systémique des inégalités, elles répondent à cela par des responsabilités individuelles :

« C'est à toi de le prouver par toi-même. Si toutes les femmes arrivent à revendiquer à leurs proches qu'une femme est égale à un homme, ben l'ensemble des hommes penseront la même chose. C'est pas la peine de faire un espèce de mouvement et après à la maison de... [...] c'est possible de gagner autant qu'un homme, voire plus hein. Il faut juste se donner les moyens et l'opportunité » (Elia, étudiante infirmière, 22 mars 2014)

Dans une même logique, Fanny et Camille ne soutiennent pas particulièrement les mouvements féministes en ce que leur « cas personnel » (selon Camille) ou leur « vie » (selon Fanny) ne seraient pas impacté·e·s. Par conséquent, les interlocutrices ne s'envisagent pas dans une lutte commune : « je vais pas aller dans les manifestations

³⁷⁶ Travaux personnels encadrés.

³⁷⁷ Voir les travaux de Catherine Vidal (neurobiologiste) qui infirment l'idée selon laquelle le cerveau aurait un sexe (biologique).

ou quoi que ce soit mais quand on en parle je vais pas lâcher le morceau », précise Vaani. Ou encore, Aurore (étudiante en service social) explique :

« Ce n'est pas du militantisme en étant dans une association ou vraiment pour aller à des réunions féministes [...] Ça va être plus dans ma façon d'agir de tous les jours en fait [...] ça va être des phrases comme ça qui ne sont pas inconscientes. Mais pas au point d'aller manifester dans la rue » (20 juillet 2016)

8.3.2 Mères et filles : générations héritières de la deuxième vague

Entre injonctions et nouvelles revendications : s'envisager féministe parmi des contradictions ?

À l'exception de Laura et Rosa qui affirment ne pas savoir que la contraception a été interdite, toutes reconnaissent l'avancée (sans nécessairement la qualifier de féministe) que représente l'accès à la pilule :

« Elles [les féministes] auraient pas été là à crier dans la rue, moi je serais enceinte déjà depuis... donc clairement [rire], merci ! » (Cyrielle, manipulatrice en électroradiologie, 14 octobre 2016)

« Quand je la prends j'y pense pas. Mais c'est vrai que je me dis quand même c'est bien qu'on puisse la prendre, qu'on puisse un peu avoir... qu'on puisse avoir le choix. Se dire qu'on veut pas des enfants de suite. » (Emma, diplômée en sciences de l'éducation, 28 juin 2016)

« Oui ça je sais que les femmes se sont battues pour. Bon maintenant c'est... mais il faut pas qu'on l'oublie. Et heureusement qu'on l'a. » (Andréa, conseillère de vente, 23 février 2018)

« Moi je pense que c'est bien que ça existe. Parce que bon c'est vrai que de nos jours y a encore des machos donc euh rien n'est équitable. » (Eva, étudiante en management, 29 mars 2014)

Sans les mentionner, elles reprennent les idées des féministes de la deuxième vague en expliquant que la pilule permet d'avoir « un enfant si on veut »³⁷⁸ et surtout « quand on veut », la (future) maternité restant perçue comme centrale dans leur vie. Pour elles, l'actualité du combat féministe réside moins dans la contraception orale (tant

³⁷⁸ « Un enfant si je veux, quand je veux » est un slogan datant de la deuxième vague féministe scandé au début des années 1970 durant les luttes pour l'accès à la contraception gratuite et à l'avortement libre et gratuit.

son usage est banalisé, y compris chez les femmes pratiquantes) que dans l'IVG (qu'elles ne souhaitent pas pour autant voir comme une méthode de régulation de fécondité comme les autres) qui reste selon elles un acquis fragile, à « surveiller » (selon Eva) et pour lequel il faut donc faire preuve de vigilance³⁷⁹. Pour elles, le combat pour l'accès à la contraception est extérieur à la France, alors même qu'elles questionnent par ailleurs la non gratuité des pilules.

Les usagères n'ont non seulement pas connu l'interdiction de la contraception et le passage à la légalisation de celle-ci, mais elles prennent part à l'injonction à se saisir de cette contraception d'une part, et ont vécu « la crise de la pilule », d'autre part. Pour illustrer le premier cas, Cyrielle (étudiante en électroradiologie médicale) s'indigne que certaines femmes ne se saisissent pas des moyens contraceptifs disponibles : « Tu me parlais de féminisme, qui se sont bougées le cul pour qu'on ait le choix, y a des gens qui sont pas foutus de profiter de ces choix-là et ça me gonfle » (4 avril 2014). Dans une même logique, Fanny (étudiante infirmière) insiste sur l'importance de ne pas déléguer cette responsabilité aux hommes :

« [...] je suis pas pro féministe [...] mais j'ai bien conscience [...] heureusement qui en a qui se sont un peu euh battues pour qu'on puisse avoir une certaine forme de liberté. Et justement c'est pour ça que je te dis [...] par rapport à la pilule pour les mecs [...] c'est que on s'est quand même un peu battues pour avoir cette liberté là, même si y en a qui le prenne comme une contrainte. » (31 mars 2014)

D'autres interlocutrices témoignent plutôt du revers que représente cette injonction à se saisir de ces objets d'émancipation qu'incarnent les pilules. Cela renvoie à une responsabilité féminine esseulée, comme l'indique Vaani (sans emploi) : « Et si on se protège pas c'est un peu de notre faute. C'est un peu plus endosser un poids » (30 juin 2016). Par conséquent, les usagères se retrouvent prises entre des idéaux parfois perçus comme contradictoires par leurs paires : se saisir de ce potentiel « levier d'émancipation » qu'est la contraception (Bajos et Ferrand 2004) et aspirer à une responsabilisation des hommes en la matière :

« C'est compliqué parce que aujourd'hui moi la pilule je l'accepte pas et en contrepartie je pense que ça a aidé beaucoup de femmes à une époque. [...] Y a peut-être pas assez de reconnaissance. C'est vrai que c'est un combat qu'on mène quand même seule alors que c'est un combat qu'on devrait mener à deux. Ou alors au moins se sentir soutenue. Aujourd'hui j'aimerais avoir mon copain qui me dise : "alors Laura tu as pris ta pilule ?", que je le sente concerné par la situation. [...] Je le vis un peu

³⁷⁹ Cela renvoie aux célèbres phrases de Simone de Beauvoir : « N'oubliez jamais qu'il suffira d'une crise politique, économique ou religieuse pour que les droits des femmes soient remis en question. Ces droits ne sont jamais acquis. Vous devrez rester vigilantes votre vie durant » (*Le deuxième sexe*, 1949).

comme ça parce que j'avais pas envie de la prendre. [...] Pour moi c'est une lutte contre quelque chose, c'est un peu une obligation. » (Laura, chargée de gestion immobilière, 3 juillet 2016)

« Ah ben oui, c'est pour ça que je crache pas trop dessus. Je pense que c'est quelque chose qu'il fallait que ça arrive. Je suis assez partagée par rapport à ça parce que... [...] c'est clair que ça a permis de libérer, entre guillemets, plein de femmes. Je suis partagée [...] Pour le combat il serait à mener là : à informer plus les hommes [...] Ouais finalement leur montrer qu'il faut qu'ils s'impliquent plus. » (Ambre, étudiante en anthropologie, 5 juillet 2016)

La volonté de responsabiliser les hommes à la tâche contraceptive relève de revendications féministes récentes, qui pointent les limites de la féminisation de la contraception qui a accompagné sa médicalisation. Contrairement à l'idée de libération sexuelle permise par la contraception, cette dernière aspiration n'est pas encore ancrée dans l'imaginaire collectif.

Les discours ne sont ni forcément tranchés (notamment du fait de quelques contradictions) ni définitifs, mais relèvent davantage de processus en ce qu'ils évoluent selon le vécu des jeunes femmes. Cela est particulièrement vrai pour leur appréhension du féminisme et son lien avec l'utilisation de pilules. Certaines qui ne savaient pas que la contraception avait été interdite commenceront à mesurer par la suite ce qui est entendu comme un combat féministe. Leur conscientisation de l'aspect systémique des inégalités entre les femmes et les hommes peut aussi être grandissante. Camille (étudiante en insertion professionnelle), qui ne « soutenait » pas particulièrement les actions féministes (10 avril 2014) déclarera deux ans et demi après : « De toute façon dans certains pays c'est pas d'actualité donc du coup c'est un combat de tous les jours. [...] Donc je pense oui, il faut continuer de se battre pour que tout le monde puisse avoir ce droit là » (16 novembre 2016). Le cas d'Aurore (étudiante en service social) est particulièrement éclairant sur l'aspect évolutif de sa réflexion :

« [...] je ne me considère pas féministe au sens militant du terme mais féministe au sens où je m'intéresse à la question de la femme [...] Pour moi il y a plusieurs sortes de féministes et je suis pas autant militante peut-être que toi ou que les filles que j'ai rencontrées quand on a fait le truc mais je m'intéresse, je suis au début et je me questionne. [...] Pour moi je suis peut-être militante mais pas tout le temps. Je ne sais pas comment expliquer, ça va être par petite dose. Je vois encore dans ma réflexion que la société patriarcale est encore là et du coup j'essaie de comprendre pourquoi je réagis comme ça, pourquoi je réfléchis comme ça, qu'est-ce qui fait que. Je suis en construction de ma réflexion c'est pour ça que je ne me considère pas entièrement

comme militante. [...] je ne préfère pas dire que je suis féministe encore parce que je suis vraiment qu'au début. » (20 juillet 2016)

La réflexion d'Eva (attachée commerciale en banque) regroupe la plupart des éléments énoncés jusqu'ici : le féminisme perçu comme une notion « floue », le lien établi entre accès à la contraception orale et féminisme, la difficulté de se reconnaître soi-même comme étant féministe, la conscientisation du caractère systémique des inégalités entre les femmes et les hommes, et bien évidemment l'évolution de toute cette réflexion (puisqu'elle finit par s'envisager comme féministe) :

Eva : Moi je trouve que ça permet aux femmes en effet d'avoir quand même, pas le pouvoir, mais bon quand même de pouvoir décider si elles veulent ou pas à ce moment-là avoir un enfant, si elles veulent prendre la pilule, comme elles veulent prendre autre chose. C'est plus que c'est un choix pour elles. Après féministe je sais pas trop. C'est une avancée pour nous parce qu'on peut avoir le choix. Je sais pas trop féministe ce qu'on met des fois derrière. Des fois je rigole en disant je suis féministe parce que je tiens tête à mon copain, mais bon est-ce que c'est féministe ? C'est un peu flou pour moi féministe. Pour moi c'est les femmes qui se battent pour des valeurs, pour des droits, après est-ce que la pilule fait partie d'un droit, moi je pense que oui.

Leslie : Tu penses que c'est un combat toujours d'actualité ?

Eva : Je pense qu'il faut que ça soit maintenu, ouais. Parce que bon du jour au lendemain ils peuvent nous pondre quelque chose l'État donc ouais je pense qu'il faut pas l'oublier. Donc ça peut être un combat qui peut être fait plus tard. Pour le moment je pense que c'est pas en danger mais il faut surveiller. [...] Enfin je vois mon père il fait beaucoup de choses à la maison, mais par exemple il repasse pas, il fait pas de lessive. Je trouve que la répartition dans le foyer est pas encore trop égale. Même les gens, même les hommes qui sont respectueux, y a pas encore ce déclic je trouve. [...] Après est-ce que c'est un combat féministe je sais pas, c'est plus égalitaire. Ouais donc c'est féministe quoi. Pour moi [le féminisme] c'est le combat de valeurs et d'égalité. Ouais donc c'est ça voilà [rire]. [...] Moi je me considère féministe mais à mon petit niveau. Au boulot on m'appelait Simone Veil. Je trouve que c'est important. Au quotidien je le combats pas forcément, des fois en parlant c'est sûr, mais je fais pas de manif. Mais quand y a un truc que je trouve injuste quand même j'y vais, je vais en parler. Après je suis une petite féministe (19 décembre 2016)

En indiquant que « Les mecs s'en foutent [du partage de la responsabilité contraceptive], même les mecs sympas », la réflexion de Montserrat (mère d'Ambre, anthropologue) rejoint le constat d'Eva quant au caractère systémique des inégalités entre les femmes et les hommes et laisse entrevoir un héritage féministe commun.

De la libération à « la crise »

Même en ne sachant pas nécessairement que la contraception n'est légale que depuis une cinquantaine d'années et même en n'ayant pas eu à se battre pour accéder

à ce droit, les usagères ont indéniablement hérité de la pensée féministe de la deuxième vague sans forcément le conscientiser. Cela semble également être le cas des mères, à l'exception de Lili (mère d'Emma et protestante pratiquante) pour qui la libération de la contraception et de l'avortement serait allée trop loin. Elle mobilise donc une rhétorique antiféministe :

« En libérant les femmes elles sont maîtres de leur corps mais ça prend des proportions... les jeunes vont au planning sans la permission des parents. C'est d'un extrême à l'autre. Les gamines ont des relations sexuelles de plus en plus tôt. Y a pas de respect non plus de la femme dans ce sens-là. Ni respect de l'homme. Les relations commencent tôt : au collège ou au lycée, nous on n'avait que des flirts à mon époque à cette période. » (Lili, mère d'Emma, 57 ans, fonctionnaire retraitée de La Poste et aide à domicile, 28 janvier 2018)

Sa rhétorique oscille entre une forme de post-féminisme (idée que le féminisme serait allé trop loin) (Delphy 2004) et d'antiféminisme religieux et conservateur (Cardoso et Thevenet 2018; Descarries 2005; Devreux et Lamoureux 2012). À propos de l'IVG, elle déclare que « C'est pas de sa faute si l'enfant est fait » et « La question est : quand commence la vie ? Quand est-ce que le cœur commence à battre ? », personnifiant le fœtus et précisant qu'elle s'est peu penchée sur le traitement de ces questions dans la Bible. Y compris pour expliquer les aléas de son parcours procréatif, elle se réfère à un « modèle punitif », « religieux » (Sarradon-Eck 2002), indiquant en entretien : « L'Homme propose et Dieu dispose ». Par ailleurs, selon elle, la contraception n'a pas nécessairement permis de libérer tous les milieux sociaux et la responsabilisation inégale de la gestion de la fécondité qui en découle serait à reprocher aux féministes : « Les féministes font que ça retombe sur la femme et c'est elle qui a le poids de la décision d'avorter », ajoute Lili.

Néanmoins, les mères relient plus rapidement et plus systématiquement que leurs filles l'accès à la contraception orale à une évolution sociétale plus générale :

« Pendant longtemps je veux dire on avait même pas le droit d'ouvrir un compte en banque, enfin c'est un exemple, mais de rien faire. Je veux dire c'est une avancée qui fait partie d'un tout. » (Béatrice, mère d'Eva, 56 ans, ATSEM, 10 janvier 2017)

Durant les entretiens, par contraste avec les jeunes femmes, les parent·e·s s'en réfèrent également régulièrement à l'Histoire :

« Alors c'est sûr que si on remonte dans l'Histoire ouais y a quand même, ouais c'est quand même un grand pas, une avancée pour les femmes. » (Michelle, mère de Cyrielle, 47 ans, gérante d'une agence immobilière, 24 janvier 2017)

« Il suffit de regarder un peu l'Histoire. Pour moi l'invention de la pilule c'est un des événements civilisationnels du XX^{ème} siècle [...]. Et ça, ça a permis une vraie évolution

des mœurs, des pratiques, des sociétés, etc. » (Archibald, père d'Aurore, 49 ans, avocat, 12 janvier 2017)

Tout comme leurs filles, les mères pensent que l'actualité du combat féministe réside davantage dans la pérennité du droit à l'IVG que dans la contraception, sans pour autant que l'IVG ne viennent s'y substituer.

Leurs craintes résident moins dans les risques énoncés au moment de « la crise de la pilule » que dans le fait de prendre les comprimés depuis des dizaines d'années et des conséquences éventuelles sur le long terme. Ayant utilisé plusieurs pilules, Christine (mère de Laura, fonctionnaire), s'inquiétait moins de leurs générations d'appartenance (et des risques sanitaires associés) que de la possibilité de pouvoir tomber enceinte à la suite de l'arrêt de la contraception orale.

Les usagères, quant à elles, témoignent davantage d'une peur ou d'un rejet des effets indésirables principalement immédiats de la pilule, et particulièrement mis au jour depuis le début des années 2010. À ce titre, les mères reconnaissent poser un regard moins critique sur la contraception orale, qui a représenté et représente encore un moyen efficace de gérer sa fécondité :

« Moi je sais que j'avais le calendrier et je calculais. Donc ben du jour au lendemain où j'ai pris ma pilule c'est vrai que c'était un soulagement pour moi, j'avais plus à calculer. C'est terrible ça. » (Yvonne, mère d'Andréa, manutentionnaire retraitée, 12 juin 2018)

« Les jeunes sont moins patients. Nous c'était comme ça. On cherchait pas un moyen plus efficace, on se posait pas la question du moins contraignant. C'est dommage. Les jeunes changent les habitudes, c'est bien. » (Stéphanie, mère de Manon, retraitée de l'armée de l'air, 20 mars 2018)

Dans le milieu social étudié, les mères orientent les jeunes femmes vers la consultation gynécologique au moment d'un premier rapport sexuel. Le premier rendez-vous gynécologique marque alors, à l'image d'un « rituel » (Bozon 2005, p. 118-119), l'entrée dans une (bonne) sexualité : médicalisée, disciplinée, morale (Foucault 1984). Dès lors, la médecine peut être appréhendée comme un agent de socialisation (comme pourrait l'être la famille ou l'école) et les professionnel·le·s de santé, ici particulièrement les gynécologues, sont alors actrices et acteurs d'initiation (Verdier 1997) auprès de celles qui disposent de la capacité de procréer, un pouvoir perçu comme étant à contrôler (Héritier 1996).

Pourtant, les attentes et le rapport au monde gynécologique dépendent de chaque moment biographique. En ce sens, l'implication des mères questionne l'émancipation des jeunes femmes, en ce qu'elle participe à rasseoir des principes de l'ordre de genre : les mères transmettent à leurs filles un rôle de gestionnaire de la santé assigné aux femmes (Amsellem-Mainguy 2006) et les éduquent à une sexualité suivie. Pour autant, les jeunes femmes usent d'une capacité d'agir, notamment en dosant l'implication des accompagnantes (en sollicitant ou non les mères comme soutien matériel par exemple) et en opérant des réajustements au sein de leur parcours médical au besoin (en se détournant de la·du médecin de famille).

La deuxième vague féministe semble avoir fait son œuvre en attribuant un héritage commun aux femmes sollicitées. En effet, les transmissions matrilineaires en matière de contraception et de santé sexuelle se révèlent être relativement nouvelles, étant donné que les mères elles-mêmes n'ont pas bénéficié de cet échange avec leurs propres parentes. Si des effets de générations sont manifestes (notamment selon la connaissance de l'Histoire et *via* la perception des pilules), l'on note davantage une continuité qu'une rupture entre les féminismes des années 1970 et les revendications actuelles. Les effets de « la crise de la pilule » semblent peu toucher les mères, qui s'inquiètent dans une moindre mesure des risques mis en cause dans la controverse et perçoivent toujours la contraception (orale), ainsi que l'accès à l'éducation en la matière, comme « positive[s] » (Desjeux 2008). Les jeunes femmes, quant à elles, tout en reconnaissant le droit fondamental pour une femme de pouvoir se contracepter, manifestent parfois de nouvelles aspirations, telle que le partage de la charge contraceptive avec les hommes. Pour cette raison, et parce qu'ils font également partie de l'entourage potentiellement influant des jeunes femmes, le chapitre suivant interroge, cette fois-ci, la place des partenaires dans le choix et les usages de contraception (orale).

CHAPITRE 9 – LE GENRE DE LA CONTRACEPTION : PENSER UNE IMPLICATION MASCULINE À L’HEURE DE LA FÉMINISATION DES USAGES

Bien que la contraception soit largement féminisée (Le Guen et al. 2017), les hommes restent partie prenante des relations sexuelles contraceptées. Dès lors, l’objectif de ce chapitre est double. Il s’agit, d’une part, d’interroger l’implication des partenaires des jeunes femmes dans les usages contraceptifs. D’autre part, il semble nécessaire de questionner la répartition des usages contraceptifs (vaginaux et ovariens/péniens et testiculaires) et les perceptions associées. Pour ce faire, ce chapitre est organisé en trois parties. Un premier point montrera comment les parcours biographiques impactent l’avancée de l’enquête. La méthodologie et la réflexivité gardent une place non négligeable, avec la conviction qu’elles restent intimement liées aux résultats produits. Un deuxième temps sera consacré à l’implication des partenaires. Il s’agira d’explicitier le paradoxe selon lequel les jeunes hommes se font le relai de normes médicales, alors même qu’ils échappent à un parcours médicalisé. Après avoir mis en lumière le contraste de leurs sources (ni familiales ni médicales) en matière de contraception avec celles des autres interlocutrices (mères et usagères), il conviendra d’exposer les différentes formes d’implication repérées. L’on prêter attention à considérer tant les avantages que les limites de tels engagements. L’enjeu est de montrer à la fois l’impact des (ruptures) biographi(que)s sur les parcours contraceptifs (les négociations entre les partenaires), mais également de la contraception sur les biographies et « scripts sexuels »³⁸⁰ (Bozon et Giami 1999; Clair 2016a; Thomé 2019), par exemple lorsque la contraception orale implique une disponibilité sexuelle perpétuelle. Enfin, les perceptions des différentes méthodes contraceptives par les usagères et leur entourage seront présentées. Interroger leurs définitions et représentations de l’ensemble du panel contraceptif permet d’appréhender la contraception orale au regard de celui-ci et donc de comprendre les raisons de sa persistance au cœur des usages.

³⁸⁰ Michel Bozon et Alain Giami élaborent la notion de « scripts sexuels » en proposant un substantif sur la base du concept de « scripted (behavior) », emprunté aux chercheurs John Gagnon et William Simon (1990).

Les entretiens réalisés auprès des partenaires, des jeunes femmes usagères et des mères constituent les principaux matériaux de terrain mobilisés. La confrontation des paroles des usagères à celles de leur entourage reste présente. Des observations de consultations ainsi que des extraits d'entretiens menés auprès de professionnel·le·s de santé seront également exploité·e·s. De cette manière, ce chapitre permet d'explorer la perception genrée de la charge contraceptive par l'ensemble des groupes d'enquêté·e·s.

9.1 Les parcours biographiques des usagères déterminant dans l'accès aux partenaires

L'accès à l'entourage était déterminé par les parcours biographiques (y compris contraceptifs) des usagères. Par exemple, Rosa qui prend une pilule dans le secret de ses parent·e·s n'a évidemment pas souhaité qu'un entretien soit réalisé auprès de sa mère. De même, l'état de la relation entre les usagères et leurs partenaires semblait déterminante pour accéder à ces derniers. Fréquemment, lors d'une période de dispute, voire de rupture, la jeune femme ou le jeune homme souhaitait repousser la mise en contact ou la rencontre, voire ne pas y donner suite.

20 octobre 2016

Il y a une semaine, le copain d'Aurore me confirmait un entretien pour aujourd'hui, prévu à 13h30, chez moi. Entre temps, Aurore m'informe qu'iels ont rompu. La veille du rendez-vous, j'écris à ce garçon pour lui demander confirmation de sa venue. Pas de réponse. Aurore m'avait prévenu que son téléphone « beuguait » et lui m'avait fait part de sa préférence de communiquer par SMS et non directement par téléphone. Je suis donc restée sur sa confirmation datant d'une semaine. Le jour de l'entretien, je rentre donc de l'université vers chez moi. À 13h45, toujours personne. Je téléphone et laisse un message vocal. Aucune nouvelle.

C'est Aurore qui l'avait d'abord sollicité pour moi. Mais nous avons fini par communiquer par SMS. Aurore me confiait l'appréhension de son copain quant à l'exercice de l'entretien. La rencontre n'a jamais eu lieu.

Le copain de Cyrielle était également réticent à l'idée d'un entretien lorsqu'elle lui présente par SMS en lui disant que je vais « lui poser des questions ». Je lui demande de renvoyer un SMS précisant que le format est davantage celui d'une conversation, qu'il n'y a donc pas de mauvaise réponse possible. Il accepte par SMS via Cyrielle mais l'entretien n'est pas encore programmé. Il est réticent vis-à-vis d'un face-à-face et du temps que cela va prendre. L'entretien aura lieu plusieurs mois après.

2 novembre 2016

Je recontacte Vaani qui n'avait pas répondu à mon dernier SMS d'il y a quelques mois pour avoir les coordonnées de sa sœur et de son conjoint. Elle me répond le soir-même et me donne uniquement le numéro de téléphone de sa sœur. Elle ne veut pas me donner celui de son (ex)conjoint. Elle n'est plus en couple avec lui, elle se dit « à nouveau célibataire » et est réticente à l'idée que je fasse un entretien avec lui. Elle coupera court en ajoutant qu'« il n'est pas très parlant, surtout sur ce genre de sujet ».

Idem, aujourd'hui, j'ai relancé Cyrielle pour mener un entretien avec sa mère et son copain. Elle préfère en parler d'abord à sa mère car elle s'est disputée avec son conjoint et préfère donc lui en parler plus tard, « quand ça ira mieux ».

L'état du couple déterminant l'accès aux partenaires, il n'est pas toujours efficace de passer par les jeunes femmes. Une rupture biographique (ici l'altération voire la fin d'une relation) impacte l'avancée de l'enquête. Soit les jeunes femmes présupposent le refus des jeunes hommes, en mettant en avant la potentielle appréhension de ceux-ci plutôt que la leur (il s'agirait en effet non plus d'accéder à un partenaire mais à un ex-conjoint). Soit les réticences sont exprimées (aux usagères) par les hommes en question. Contrairement à la plupart des jeunes femmes, il s'agit pour eux de rencontrer une inconnue (la chercheuse), se situant potentiellement « du côté » des femmes (par le statut de paire et d'amie) et de parler d'un sujet (la contraception) qu'*a priori* ils maîtrisent moins (la contraception étant féminisée).

L'accès aux partenaires n'était pas non plus garanti en connaissant préalablement les jeunes hommes. Morty (partenaire de Manon) appréhendait l'exercice de l'entretien justement « parce qu'on se connaît » et craignait « devoir faire comme si de rien n'était [dans le cadre de nos futurs échanges amicaux] » après avoir parlé de contraception durant l'entretien. Doctorant en astrophysique, il semble accorder une grande importance à ce qui pourrait s'apparenter à la neutralité axiologique en sciences sociales, tandis que la présente étude mobilise davantage l'épistémologie des savoirs situés.

9.2 Les partenaires : entourage démedicalisé, légitimateur de normes médicales ?

9.2.1 Éduquer les partenaires

Des sources non médicales : l'impensé du rendez-vous andrologique

Dans leurs parcours contraceptifs, les partenaires ne sont pas confrontés aux médecins. Ils achètent les préservatifs *via* des distributeurs ou en grandes surfaces et sont bien moins socialisés que les femmes au suivi médical en général :

« Moi les médecins je crois que ça fait un moment que j'y suis pas allé. À Toulouse j'y suis jamais allé. La seule fois où j'y suis allé c'était à l'hôpital parce que je m'étais fait mal à la cheville. [...] En plus j'aime pas trop ça. Direct il te file plein de médicaments et tout ça, je suis pas fan. Je te dis, depuis que je suis à Toulouse, je suis pas allé chez le médecin, donc ça fait cinq ans et demi. » (Christian, partenaire d'Elia, 24 ans, serveur)

Si Christian associe ce détachement au suivi médical à un goût personnel, les chapitres précédents montrent que ce goût, s'il en est, est socialement construit : les usagères sont socialisées dès l'adolescence à la gestion de la santé (et ne l'apprécient pas nécessairement pour autant). De ce fait, l'on note un décalage flagrant entre les sources d'information des femmes (les jeunes femmes et leurs mères) et des partenaires des usagères. D'une part, parce que les partenaires ne citent pas les médecins comme ressources et, d'autre part, parce que leur recherche d'informations en matière de contraception et de sexualité a été faite ponctuellement et seulement au début de leur vie sexuelle. Contrairement aux femmes, la sexualité des hommes n'est pas médicalisée (encore moins dès leur adolescence) et l'absence d'équivalence de rendez-vous gynécologique pour les hommes reste un impensé. Les femmes restent particularisées dans leurs corps reproducteurs, en ce que sexualité et procréation restent fortement associées. À ce titre, un médecin généraliste explique : « Les femmes sont perçues comme des futures mères à protéger malheureusement, et heureusement. Si le cycle n'est pas régulier ou qu'elles n'ont pas de règles elles ne peuvent pas avoir d'enfant. [...] Les femmes sont magnifiées dans la maternité » (9 janvier 2018).

Cette particularisation des corps des femmes (Membrado 2006), qui induit leur pathologisation, a été intégrée par l'ensemble des groupes d'enquêtés·e·s. Chez les usagères, les paroles de Cyrielle (manipulatrice en électroradiologie) sont fortement empreintes de la théorie (antique !) de Galien sur l'isomorphisme des organes : « Les MST je sais pas ce que ça fait clairement sur le corps mais t'as besoin que quelqu'un te surveille, c'est à l'intérieur, c'est en toi. Alors que les mecs c'est à l'extérieur, tout.

Et je vois pas ce qu'ils pourraient choper à l'intérieur comme maladie qui mérite un suivi » (14 octobre 2016). Pour Lisa (assistante de gestion), les hommes seraient moins dotés en hormones :

« Après on a pas aussi le même fonctionnement au niveau du corps, nous on a déjà des hormones naturelles, eux ils en ont pas forcément, enfin ils ont pas leurs règles, etc. etc., je sais pas. Si, ils en ont, bien sûr, ils ont la progestérone etc., c'est une hormone masculine. Mais je veux dire on n'a pas le même mode de fonctionnement au niveau du corps. Y a des choses qui ont été faites pour les femmes en complément des règles, etc. » (7 février 2018)

Semblant avoir incorporé le mythe selon lequel les corps des femmes seraient sales, Rosa (étudiante en management), recourt à une hygiène intime drastique en conséquence de quoi elle développe de réelles pathologies : « Je suis partie une ou deux fois pour des mycoses, j'en ai eu et en fait je crois que c'est parce que je me lave trop, c'est plus fort que moi » (4 février 2018). Les partenaires, quant à eux, expliquent la féminisation de la contraception et le suivi gynécologique, ainsi que l'absence de suivi similaire en ce qui les concerne, par la « complexité » du système reproducteur des femmes :

Léo (partenaire de Cyrielle, 24 ans, éducateur spécialisé) : Ben pour le suivi, pour les inquiétudes, les cancers mine de rien les premiers dépistages c'est là, quand même c'est hyper important. C'est une partie du corps sensible. Donc ça peut être salvateur de prendre rendez-vous chez la gynéco. Elle peut t'aider même si c'est une étape douloureuse, si un jour elle te dit que t'as un cancer, ça peut être pris à temps aussi. Donc c'est nécessaire.

Leslie : Toi t'es pas inquiet de pas être suivi ?

Léo : Non. Ouais c'est vrai ça... Non, c'est vrai que non. Mais c'est vrai qu'en effet il pourrait y avoir des rendez-vous. Mais j'aurais beaucoup de mal à y aller aussi tu vois. [...] on sait pas comment faire pour les hommes. Tandis que pour les femmes c'est elles qui ont le plus d'organes reproducteurs il me semble, dans le corps, entre les ovules et tout ça, c'est elles qui les ont. C'est peut-être plus facile d'agir médicalement sur les femmes que sur les hommes. (29 mai 2017)

« Ben ouais c'est c'que j'ai vu, y a le double [de moyens contraceptifs] pour les filles. [...] Je pense que... je sais pas... la partie génitale des femmes est beaucoup plus complexe, je pense que c'est normal qu'il y ait plus de moyens de freiner à certains endroits on va dire. Que l'homme au final c'est beaucoup moins compliqué et y a pas trente-six solutions en fait. Y a moins à se creuser la tête pour trouver des solutions donc y a moins de solutions. » (Michel, partenaire d'Emma, 27 ans, dessinateur industriel, 8 octobre 2016)

Il est intéressant de noter que pour expliquer le même fait que celui abordé par Michel (la féminisation de la contraception), Elia et Cyrielle mobilisent un argument

contraire, à savoir qu'il serait « plus compliqué » de bloquer quotidiennement la spermatogénèse quand l'ovulation ne survient qu'une fois par mois (quand bien même la prise de contraception orale, elle, est quotidienne) :

« Arrêter la production de spermatozoïdes mais chez un homme c'est... C'est pas cyclique, c'est pas un cycle qu'ils ont. Donc je réfléchis scientifiquement à comment c'est possible d'arrêter la production de spermatozoïdes et tout ce que ça peut entraîner, je trouve ça trop dangereux en fait. » (Cyrielle, manipulatrice en électroradiologie, 14 octobre 2016)

Sans se risquer à une analyse psychologique non maîtrisée, tout se passe comme si Léo, Michel, Elia et Cyrielle mobilisaient individuellement un raisonnement motivé³⁸¹ justifiant le suivi gynécologique et l'absence de suivi équivalent pour les hommes. Interne, hormonal et nécessitant une hygiène importante selon les usagères ; complexe d'après les partenaires, le système reproducteur des femmes justifierait donc un suivi médical spécifique.

En miroir, la santé sexuelle des hommes est uniquement pensée à travers la capacité érectile et reste détachée de la reproduction. L'échange avec une gynécologue illustre cette perception :

La gynécologue : Donc voilà je pense qu'il y a ce passage rituel de la femme qui a besoin de se sentir femme alors que l'homme à partir de sa première érection se sent homme hein donc voilà [rire]. [...] Mais je pense qu'il faudrait que les hommes acceptent d'avoir des contraintes.

Chercheure : Mais il faut les leur donner aussi peut-être.

Gynécologue : Mais quel est l'interlocuteur ? C'est ça le problème. C'est qu'à partir du moment où y a nous [les gynécologues], on est l'interlocuteur privilégié des femmes et c'est vrai qu'il y a pas d'interlocuteur privilégié pour les hommes. (7 décembre 2016)

De même, d'après Yvonne (mère d'Andréa, manutentionnaire retraitée), la santé sexuelle des hommes est peu complexe en ce qu'elle renvoie moins à leur capacité reproductrice qu'érectile :

« Après c'est vrai qu'un homme se tracasse pas vraiment... si il va s'inquiéter si toutefois il a du mal à éjaculer, [...] ou qu'ils arrivent pas à bander comme dirait l'autre [...] Et après les petits problèmes de santé les hommes qu'ils peuvent avoir ben c'est la prostate, problèmes de colon. [...] Mais c'est vrai que les hommes s'inquiètent pas [...], tant que ça fonctionne on va pas se tracasser [...] parce que nous on a quand même tout un système qui est pas simple, que eux ben ça se limite. [...] Ça a rien à voir avec une fille. Non je pense que c'est la nature qui l'a fait ainsi. Ou alors y en a

³⁸¹ Biais cognitif consistant à isoler et mobiliser un argument arrangeant pour ce que l'on veut démontrer.

peut-être qui sont plus attentionnés à leur sexe, je sais pas. Mais pour moi ça me semble normal. Si y avait un sujet de conversation, si y avait quelque chose à y dire, comme pour les filles, ok, parce que nous on a quand même tout un système [biologique] qui est pas simple, que eux ben ça se limite. » (12 juin 2018)

Pour pallier l'absence d'espace médical dédié à la sexualité et la contraception des hommes, des généralistes de cabinets de ville indiquent profiter d'une consultation consacrée à la délivrance d'un certificat d'aptitude au sport pour aborder brièvement ces questions. Par ailleurs, les professionnel·le·s de santé enquêté·e·s recourent à différentes rhétoriques pour expliquer cette absence. Les gynécologues et généralistes de cabinets de ville mobilisent des arguments masculinistes en indiquant que l'absence de rendez-vous andrologiques représente une inégalité pour les hommes. En miroir, les rendez-vous gynécologiques seraient à percevoir comme une chance, voire un privilège pour les femmes. Ces praticien·ne·s reconnaissent néanmoins que les hommes accompagnants (en consultation) restent dans une « écoute passive ». Les sages-femmes de ce même type de structures qualifient en entretiens de « bonne question » celle invitant à s'interroger sur l'absence de consultation pour les hommes. Cela s'explique, selon elles, par un manque de mouvements contestataires et de demandes de la part des principaux intéressés (*cf.* Thomé et Rouzaud-Cornabas 2017, chapitre 2). Les sages-femmes travaillant en cliniques (ré)affirment que les hommes font ce qu'ils veulent de leur sexualité puisqu'aucun lien n'est établi entre celle-ci et la reproduction. Les médecins généralistes de centres de santé, quant à elleux, expliquent la tradition de ces rendez-vous unilatéraux par la formation des professionnel·le·s de santé, mais aussi par l'insatisfaction des femmes vis-à-vis de leurs corps. Enfin, les gynécologues travaillant auprès de publics précarisés (en foyer d'urgence par exemple) reconnaissent que ces rendez-vous spécifiques aux femmes sont le résultat de « millénaires d'oppression » qui font que les femmes sont plus « faciles » à suivre (d'après une gynécologue, 6 mai 2019).

Par ailleurs, les gynécologues n'ont pas grand intérêt à ce que des consultations dédiées aux hommes voient le jour. Ces professionnel·le·s craignent en effet que leur spécialité ne disparaisse si femmes et hommes disposaient de rendez-vous similaires. Pourtant, les jeunes hommes enquêtés ne se tournent pas non plus vers les médecins généralistes pour aborder les questions de contraception et de sexualité.

Les rendez-vous gynécologiques ne sont donc pas uniquement motivés par des « problèmes » qui seraient « spécifiques » aux femmes, mais se perpétuent pour bien d'autres raisons, moins biologiques que politiques et sociales : garantie de la perpétuation d'une spécialité médicale, absence de demande de la part des hommes, maintien d'une certaine oppression des femmes (présentée comme un privilège),

maintien de la tradition dans la formation médicale, traitement des insatisfactions des femmes vis-à-vis de leurs corps... créées en grande partie par la médecine elle-même.

Par conséquent, il semblerait que la non médicalisation des corps des hommes retombe sur les femmes, rappelées à leur rôle de gestionnaire de la santé de la famille (Amsellem-Mainguy 2006), notamment en étant invitées à gérer la santé de leurs partenaires alors qu'eux-mêmes sont absents des consultations. Cela peut passer par le fait de renseigner les antécédents médicaux du partenaire ou toute autre information sur sa santé : une gynécologue travaillant en clinique interroge par exemple une patiente sur les allergies de son mari dans le cadre de leur projet de grossesse. De même, en entretien une médecin généraliste (cabinet libéral) raconte une anecdote tout aussi révélatrice : « Une fois une dame a amené une photo de la verge de son mari car celui-ci ne voulait pas venir en consultation » (10 janvier 2018). Les femmes jouent alors un rôle de relai d'information entre le monde médical et leurs partenaires. De surcroît, ce sont les corps des femmes qui sont traités, y compris lorsque la pathologie est contractée chez leurs partenaires. Dans un cabinet de ville de gynécologie une patiente est par exemple soignée pour une mycose alors que c'est son mari qui l'a développée.

Se départir de la sphère privée : un adulte référant, substitut des mères et des pair·e·s ?

Outre des sources non médicales contrairement aux (jeunes) femmes, les partenaires ne reconnaissent pas non plus leurs parent·e·s comme sources significatives :

« [...] peut-être mes parents qui m'en ont parlé vite fait. Mais vraiment ça devait être léger. [...] Si je sortais mes parents me disaient : "attention". Comme y avait Dechavanne [présentateur à la télévision] et tout, ils me disaient : "sortez couverts", ils déconnaient un peu avec ça, mais non après, non. J'ai pas été gêné sur ça, mes parents sont cool. Ils te mettent pas mal à l'aise » (Christian, partenaire d'Elia, 24 ans, serveur)

« Ma famille jamais [...] Et ma famille non c'est pas un sujet tabou mais ils m'ont toujours fait confiance et moi je suis assez pudique sur ça » (Léo, partenaire de Cyrielle, 24 ans, éducateur spécialisé)

« [...] en famille j'en ai jamais trop parlé. J'ai pas discuté de ça avec mes parents, ni frères et sœurs. » (Jean, partenaire d'Ambre, 27 ans, intermittent du spectacle)

À l'exception que ceux-ci travaillent dans le domaine médical :

« Ma mère parce qu'elle travaille en pharmacie » (Morty, partenaire de Manon, 25 ans, doctorant en astrophysique)

« Le copain de ma mère est médecin donc il m'en a un peu parlé [...] C'était sur mon initiative, c'était à ma demande. Je pense que c'était le mieux placé. » (Michel, partenaire d'Emma, 27 ans, dessinateur industriel)

Le peu d'échanges se justifie donc sous couvert d'expertise médicale ou se fait sur le registre de l'humour, *via* des préconisations données de manière indirecte (permettant une mise à distance entre parent·e·s et enfant avec la thématique de la sexualité) et non personnalisées (en ce qui concerne Christian, en reprenant un gimmick de télévision). En indiquant « [être] pudique » ou que les parent·e·s ne « mettent pas mal à l'aise » en abordant peu ces thématiques, Léo et Christian montrent que l'enjeu pour les partenaires est, par contraste aux jeunes femmes, de dissocier la sphère familiale de l'éducation à la contraception.

Les partenaires ne citent pas beaucoup plus leurs pair·e·s, qui conservent tout de même un rôle spécifique (Amsellem-Mainguy 2014, p. 16) car plus significatif que celui des parent·e·s. Morty déclare se tourner « peu » vers « les copains ». Baptiste en a déjà discuté avec son frère et une amie qui utilisait un implant. Michel a déjà abordé le sujet avec son meilleur ami. Jean indique en parler « facilement » avec les ami·e·s, chacun·e conservant tout de même un rôle sexué : il parle avec des garçons s'il s'agit de « capotes » et se tourne vers des filles pour évoquer la pilule. Léo, quant à lui, déclare ses « pair·e·s », « ami·e·s » et « collègues » comme sources potentielles d'information : « Avec mes collègues oui peut-être, mais je m'étends pas, ça me regarde. D'autant plus que, bon, ils connaissent ma copine donc je vais pas... ». *Idem* pour Christian, qui en a déjà parlé avec une collègue de travail qui portait un implant. Par sa visibilité (le dispositif est implanté au niveau du bras et fait la taille d'une allumette), l'implant est favorable aux échanges sur la contraception. Pour rappel, la présence physique d'un médicament favorise la discussion (Fainzang 2003, p. 144; Fisher, Grove et Langlands 2016). Baptiste précise en effet que comme « ça se voit » cela incite à « poser des questions ». Finalement, ce type de conversations a davantage lieu dans la sphère professionnelle (avec des collègues) que dans la sphère dite privée. Dans ce cadre, les jeunes hommes peuvent, à leur tour, constituer une ressource pour le public auprès de qui ils travaillent. C'est le cas de Léo, en tant qu'éducateur spécialisé :

« [...] l'été dernier, une gamine qui est venue me voir [dans le cadre de son travail d'éducateur], j'étais pas tout seul, j'étais en équipe, et ben on a géré l'urgence, on a été en pharmacie, on a acheté une pilule du lendemain. Donc j'essaie de me tenir entre guillemets un tant soit peu informé parce que dans mon boulot ça peut arriver

et il faut pouvoir y répondre. Le jour où même j'ai un jeune qui est inquiet, ben je peux être en mesure de l'amener dans un centre de dépistage, je sais que c'est à côté, c'est à [l'hôpital] la Grave, c'est gratuit, c'est anonyme. Je sais que c'est possible. Mais c'est plus dans le cadre de mon boulot » (Léo, partenaire de Cyrielle, 24 ans, éducateur spécialisé)

Un éducateur (ainsi que le Planning Familial) est d'ailleurs cité comme source par un partenaire lui-même. Un·e adulte de confiance, extérieur·e aux sphères médicale et familiale, peut se révéler être la principale personne ressource pour un·e (jeune) usagèr·e :

« Avant t'avais toujours, quand t'étais plus jeune, le Planning Familial tu vois, où t'allais chercher des préservatifs. Ouais j'y allais. C'était dans mon quartier et tous les jeunes de ce quartier-là ils allaient chercher leurs préservatifs au Planning Familial parce qu'on avait un éducateur qui travaillait là-bas, qu'on adorait, et du coup il nous disait : "venez les jeunes" et du coup on était informé, on avait des prospectus. Le fait d'avoir quelqu'un qui nous représentait beaucoup, qu'on aimait beaucoup, parce que moi j'étais dans les quartiers un peu sensibles [...] Je l'ai fait tout le temps que je mettais des préservatifs. Tout seul ou avec des potes. Mais des fois on y allait juste pour voir cette personne-là et puis on repartait avec [des préservatifs]. C'était un moyen de nous prendre par les sentiments pour nous informer. Mais du coup on était informé. » (Baptiste, partenaire d'Eva, 25 ans, agent de sécurité incendie, 18 décembre 2016)

Les échanges en matière de contraception interviennent dans le cadre de relations hiérarchisées (entre un·e enfant ou un·e adolescent·e et un adulte encadrant) et de confiance, extérieures à la sphère familiale. Les parent·e·s des initié·e·s sont donc tenu·e·s à l'écart de ces échanges. Dès lors, les partenaires ont pu endosser soit le rôle d'initié (Baptiste), soit le rôle d'initiateur (Léo). Dans un cas comme dans l'autre, l'initiation s'exerce également en dehors de la sphère médicale. À ce titre, l'école et Internet sont deux autres agents de socialisation non médicaux à interroger.

L'école et Internet

Les partenaires se souviennent avoir eu des cours d'éducation sexuelle à l'école sans pour autant être capables de se rappeler du contenu, qui reste perçu comme insuffisant. Lors d'une session d'observations en clinique (1^{er} mars 2017), une gynécologue répond aux questions d'une patiente en lui expliquant les désagréments possibles liés aux DIU. L'usagère fait remarquer qu'« on nous explique pas tout ça à l'école », alors même que cela reste une des rares sources d'information pour les partenaires :

« Je crois que le plus où on t'en parle ça doit être au collège, tu sais la journée spéciale... sur la contraception. Le plus où j'ai appris je crois que c'est là. C'était un infirmier qui était venu et qui nous avait expliqué tout ça, l'infirmier du collège. [...]

Même peut-être pendant des cours d'SVT ou des trucs comme ça. » (Christian, partenaire d'Elia, 24 ans, serveur, 14 septembre 2016)

Des études montrent, d'une part, que l'école comme source d'information en matière de contraception dépend de la manière dont les usagères se perçoivent l'institution elle-même (Koechlin 2021, p. 407), et que, d'autre part, de manière générale, le rôle de l'école s'accroît et celui des mères se maintient (*Ibid.*).

Tout comme les usagères, ce groupe d'enquêtés (au moins quatre partenaires sur six) mobilise également Internet, mais moins comme source sur la contraception que pour se renseigner sur les cycles menstruels et le plaisir sexuel des femmes, et ce, surtout ponctuellement au début de leur vie sexuelle.

Les usagères : principales ressources

En revanche, les jeunes femmes usagères elles-mêmes représentent une source importante d'informations pour les partenaires. Ce qu'ils savent (mais aussi ce qu'ils ne savent pas) dépend en grande partie du parcours contraceptif et biographique des jeunes femmes qu'ils fréquentent :

« [...] si j'ai des questions dès fois je lui demande [à sa partenaire], mais après, c'est vrai que non, ça m'intéresse pas. Ouais non ça m'intéresse pas trop [petit rire]. Je sais pas pourquoi, mais je lui demande comment ça marche. [...] Enfin si la seule fois où j'ai entendu c'était quand elle était enceinte, c'est juste là que j'ai à peu près compris le truc mais non après non. [...] La migraine je savais pas du tout mais parce que ça lui est pas arrivé. » (Christian, partenaire d'Elia, 24 ans, serveur, 14 septembre 2016)

Les usagères peuvent percevoir la pilule comme une innovation « positive » ou « négative » (Desjeux 2008). Dans ce dernier cas, trois types d'interactions sont possibles : conflictuelle, consensuelle (qui seront traitées plus tard dans le chapitre), ou, et c'est la relation dont il est question ici, les usagères peuvent endosser un « rôle de sensibilisatrice ». Elles pallient ainsi un défaut d'éducation des partenaires en matière de gestion contraceptive : « Dès fois ils y pensent même pas, tu vois il suffit de le dire en fait. Bon après ça m'énerve un peu de faire la mère et de leur expliquer la vie, mais bon, tant pis, de toute façon ils ont pas été éduqués comme ça », constate Ambre (étudiante en anthropologie). Morty (partenaire de Manon, 25 ans, doctorant en astrophysique) reconnaît à propos de « la crise de la pilule » : « J'en aurais pas autant entendu parler si j'avais pas eu de copine parce que je l'ai d'abord entendu par Manon. On en a parlé, on s'est dit qu'il fallait qu'elle change vite [de pilule] » (13 décembre 2017).

Par conséquent, à l'image de la perception des oublis qu'ont les usagères (comme vu dans le chapitre 5), les partenaires se fient également à des représentations (médicalement erronées) du fonctionnement des pilules : « Par exemple si un jour elle

la prend pas, le lendemain je vais pas [avoir un rapport sexuel avec elle]... Ou à deux jours près. On y faisait gaffe. Jusqu'à qu'elle prenne une pilule quand même, au moins une », explique Christian (partenaire d'Elia, 24 ans, barman).

Les jeunes femmes usagères endossent et reproduisent un rôle de gestionnaire de la santé de la famille, également assigné à leurs mères, et ce, au-delà du domaine contraceptif. À ce titre, Emma dit avoir un « caractère maternel » du fait d'être une grande sœur et affirme donc avoir « l'habitude » de s'« occuper des autres ». Socialiser ainsi au *care*, elle endosse une charge mentale en rappelant à son partenaire la prise de ses médicaments quand il est malade. Les usagères semblent, en outre, se responsabiliser elles-mêmes face à ce rôle : « Mais après comme je disais c'est un peu *fifty-fifty* : lui il s'y intéresse pas et moi j'en parle pas non plus trop, donc en fait je l'investis pas plus que ça », explique Eva (attachée commerciale en banque, 19 décembre 2016).

Ce que les partenaires savent

D'une manière générale, les partenaires semblent finalement plus renseignés sur la gestion de la contraception orale que sur son fonctionnement. En effet, tous savent où les usagères rangent leur pilule et à quel moment de la journée elles l'ingèrent, et ce, que les couples soient cohabitants ou non (au moment de l'entretien). Cela peut s'expliquer par le fait que la majorité des usagères conserve la plaquette de pilule entamée dans le sac à main. À la question « Que sais-tu de la pilule ? » posée en entretien, la moitié d'entre eux déclarent spontanément que la méthode n'est pas fiable à 100 %. Ils ont donc conscience des limites de son efficacité. Cinq sur six (excepté Michel) indiquent savoir que la pilule peut provoquer des effets dits secondaires, sans pour autant tous les envisager. Ils ont globalement connaissance de ceux développés par leurs partenaires et, dans une moindre mesure, leurs proches. Ce sont les cinq mêmes qui déclarent savoir quand leurs partenaires ont un rendez-vous gynécologique et Jean (partenaire d'Ambre, 27 ans, intermittent du spectacle) précise également être au courant de ce qui s'y dit. Michel (27 ans, dessinateur industriel) et Emma (diplômée en sciences de l'éducation) n'étaient qu'en cohabitation partielle au moment des premiers entretiens, ce qui peut expliquer ce décalage avec les autres partenaires (Michel n'est pas en mesure de dire quels sont les effets de la pilule et quand ont lieu les rendez-vous médicaux d'Emma). Quatre indiquent avoir conscience que l'accès à la pilule est le résultat d'un combat féministe. Christian (serveur) reconnaît ne pas avoir connaissance de cette partie de l'Histoire et Morty (doctorant en astrophysique) s'estime trop peu renseigné. À ce sujet, Léo manifeste des tensions (entre maîtrise de la fécondité, contraintes associées et pouvoir pharmaco-médical) similaires à celles déclarées par les usagères elles-mêmes :

« [Silence] Est-ce que c'est vraiment un combat féministe, c'est la question que je me pose. Parce que je vois que c'est quand même une industrie avant tout. Et au final, ça arrange bien les mecs. Est-ce que ça arrange bien les femmes ? Je sais pas si c'est une vraie victoire féministe. J'avais jamais réfléchi à cette question-là, mais là juste comme ça, mes premières réflexions c'est ça, c'est de me dire au final ça arrange bien les mecs, ça arrange bien l'industrie. Ça soulage peut-être les femmes mais au final c'est quand même assez contraignant, puis encore une fois c'est à elle de faire un effort alors est-ce que c'est une victoire féministe... Je le vois pas comme ça. Après oui ça peut l'être parce que c'est quand même un certain soulagement, c'est la possibilité de pas tomber enceinte tout simplement, c'est la possibilité de se contrôler, d'avoir une vie sexuelle peut-être un peu plus libre, un peu plus sécurisée. Donc quelque part ça peut être vu comme une victoire. Est-ce qu'elle est féministe, je sais pas. Ça se débat. » (Léo, partenaire de Cyrielle, 24 ans, éducateur spécialisé, 29 mai 2017)

Son argumentaire se déploie en deux temps. D'abord, il avance des arguments que l'on retrouve dans les revendications féministes actuelles (lucrativité pharmaceutique, absence d'un partage de la charge contraceptive entre les partenaires, contrainte de l'observance). Dans un second temps, il exprime une contradiction en questionnant le caractère féministe de l'objet pilule, tout en conscientisant que cela permet aux femmes de gérer leur fécondité.

Les partenaires indiquent ne pas connaître le fonctionnement de la contraception orale, à l'image de Christian : « je m'y intéresse pas tant que ça. Je sais pas vraiment comment ça marche, même les trucs d'ovulation et tout ça je suis pas très au courant, les règles et tout ça ». Le peu de partenaires informés sur l'existence de différents types de pilules (Michel, Jean) ne sont cependant pas en mesure de citer les noms et le nombre de pilule(s) utilisée(s) par leurs partenaires usagères.

Christian, Léo et Morty savent où leurs partenaires achètent leur contraception orale, ce qui n'est pas le cas de Michel. Seul Baptiste déclare connaître le coût de la pilule, tandis que Christian et Jean n'ont pas connaissance du budget alloué à la pilule par leurs partenaires. Pour ce dernier, cela peut s'expliquer par son implication actuelle *via* la méthode du retrait. En revanche, il savait où en était Ambre dans la prise, moins dans l'intérêt d'anticiper la possibilité de relations sexuelles que par souci de se familiariser avec le fonctionnement du corps (notamment en vu d'adopter une méthode dite naturelle). Léo et Morty indiquent ne pas savoir où en sont leurs partenaires dans la prise de pilule et seul ce dernier sait si la pilule utilisée est remboursée. Au moins trois partenaires (Léo, Baptiste et Jean) ne sav(ai)ent pas quand les usagères renouvel(ai)ent leur ordonnance de pilule.

La mobilité des jeunes femmes ou un usage discret ou dans le secret³⁸² (des parent·e·s), impliquant un rangement de leur pilule dans le sac à main, semble propice

³⁸² Une typologie des usages de contraception orale est développée dans le chapitre 5.

à la connaissance des partenaires de la gestion (exceptée économique) de la contraception orale (lieu de rangement, moment de l'ingestion, lieu d'achat) par les jeunes femmes. La cohabitation entre les partenaires apparaît, quant à elle, favorable aux échanges autour des rendez-vous gynécologiques, les « temps de vie » (Jarty 2013) étant davantage communs aux jeunes femmes et aux jeunes hommes.

Entretiens palliateurs

Il semblerait que, plus largement, toute forme d'échanges (jusqu'ici avec les collègues de travail, des adultes référents et les usagères) pallie la faible éducation à la contraception des partenaires, y compris l'exercice des entretiens, qu'ils perçoivent comme un moment propice à la réflexion sur le sujet :

« C'est vrai que je réfléchis en même temps que je parle. Du coup je pense qu'il y aura tout et son contraire dans la discussion. [...] [Face à la liste des moyens contraceptifs :] C'est vrai qu'il y en a ça me fait bizarre que ça soit mécanique, mais en même temps est-ce que le mécanique c'est pas mieux ? Est-ce que ça a pas moins d'impact sur le corps que le cachet ? Après ça me questionne en fait, c'est un sujet c'est vrai qu'en y réfléchissant, en me penchant un peu dessus l'histoire d'une heure, ben, oui, ça peut questionner. » (Léo, partenaire de Cyrielle, 24 ans, éducateur spécialisé, 29 mai 2017)

« Mais je me suis jamais posé ces questions, c'est parce que tu me les poses là que ça m'amène à y réfléchir, mais sinon je me les poserais pas de moi-même. [...] Ouais ben je pense qu'Emma au bout d'un moment, ben suite à cet entretien peut-être... [...] J'ai appris des trucs. » (Michel, partenaire d'Emma, 27 ans, dessinateur industriel, 8 octobre 2016)

« [à propos des effets indésirables] on y pense pas, mais oui maintenant que tu le dis » (Baptiste, partenaire d'Eva, 25 ans, agent de sécurité incendie, 18 décembre 2016)

« Il me semble que ne serait-ce que ça, le fait de pouvoir parler des choses ça permet de faciliter les choix. » (Jean, partenaire d'Ambre, 27 ans, intermittent du spectacle, 15 novembre 2016)

« Tu réfléchis à des trucs auxquels tu n'avais pas pensé, ça soulève des questions. » (Morty, partenaire de Manon, 25 ans, doctorant en astrophysique, 13 décembre 2017)

Les échanges avec Elia montrent, d'une part, que les entretiens peuvent pallier une absence d'espace dédié aux échanges concernant les difficultés rencontrées dans les parcours contraceptif et biographique (ici son IVG) :

Elia : Après on en a plus vraiment reparlé [de son IVG] avec Christian, je sais même pas comment il le ressent actuellement. Enfin, je sais pas si tu lui as posé des questions ou quoi que ce soit mais...

Leslie : C'est lui qui y est venu tout seul.

Elia : Ben je pense qu'il a besoin d'en parler, mais il ose pas m'en parler à moi. Alors que moi je serais pour qu'on en parle en fait.

Les anthropologues jouent de multiples rôles révélateurs des difficultés inhérentes aux systèmes étudiés et endossent, à ce titre, différentes identités (confidente, interprète, visiteuse, psychologue, soignante) selon les situations (Mulot 2010). Ici, la chercheuse offre une écoute attentive suite au vécu d'une GNP ayant conduit à une IVG.

D'autre part, les entretiens peuvent être favorables aux discussions sur la contraception dans le couple. Suite aux interviews, Elia et Christian ont échangé sur la contraception testiculaire : « Moi après je maintiens mon avis à moi, même si après avec les arguments que Christian m'a dit j'ai trouvé ça intéressant [...] je suis pour cette pilule masculine, mais plus dans le plan célibataire », explicite Elia.

Pour les usagères aussi, les entretiens favorisent les questionnements et ont régulièrement (et involontairement) fait office de rappel à la prise de pilule :

« D'ailleurs je crois que je l'ai oubliée hier soir alors tu vas faire pause [sur le dictaphone] [éclat de rire] ! [Elle va à sa chambre pour la prendre]. On est quel jour ?! Voilà, hop. Effectivement je l'avais oubliée hier soir. [...] Des fois en discutant avec toi je me dis ouais s'il faut j'essaie ça, est-ce que ce serait pas plus efficace ou pas, comment ça marche. Tu vois ça donne envie de se renseigner. » (Cyrielle, manipulatrice en électroradiologie, 14 octobre 2016)

« Les questions que tu me poses me font me poser des questions. J'ai dû regarder à la suite des premiers entretiens. Tu te laisses embarquer dans la routine et tu te poses pas d'autres questions. En t'en parlant je m'en rends compte. Ça me permet d'y réfléchir. Je pourrais mieux faire [notamment pour le partage avec son partenaire]. Lui il se dit que je gère mais il pourrait proposer de m'accompagner. » (Manon, gestionnaire de communication en assurance maladie, 21 novembre 2017)

Les entretiens peuvent également s'apparenter à une source d'informations en matière de méthodes contraceptives marginalisées (locales, mécaniques, à usage pénien ou testiculaire) en permettant d'aborder le panel contraceptif de manière complète :

« [À propos de l'existence de la contraception testiculaire :] C'est pas trop juste. Je savais pas, là vous m'apprenez un truc. Il faut que les gens en parlent. En plus si ça pose pas de problème sur la santé. Si c'est aussi vieux ça veut dire que ça fonctionne et puis voilà. J'en reviens pas, c'est abusé. C'est bon à savoir. Je suis sous le choc. [...] [C]'est sûr que si une copine demain me parle de la cape cervicale ça va m'intéresser à ce moment-là. Bon là peut-être le fait de savoir, je vais regarder [...] Maintenant de

le savoir, je vais me renseigner. [...] Maintenant je sais au moins comment ça s'appelle, je sais quoi taper [sur Internet]. Et même quand j'irais voir mon médecin en rendez-vous je pourrai lui demander. » (Dévi, technicienne de gestion du personnel, 14 novembre 2016)

« Le fait de se retirer je voyais pas ça comme un moyen de contraception alors que ça en est un techniquement. C'est un geste qu'on fait, de contraception. [...] Se retirer, se retirer je l'ai appris aujourd'hui avec toi. On peut considérer ça comme un moyen de contraception oui, technique. » (Rosa, étudiante en management, 4 février 2018)

La socialisation des partenaires à la contraception est conjugale : ils apprennent la contraception en couple. Moins socialisés que les usagères à la gestion contraceptive, les partenaires y sont en partie éduqués *via* les parcours contraceptifs des usagères, au sein desquels ils occupent une place singulière.

9.2.2 Impliquer les partenaires

De la non implication

Les partenaires expliquent qu'ils ne savent « pas grand chose » au sujet des pilules et que ça ne les intéresse « pas plus que ça » étant donné que leur corps n'est ni concerné par une contraception médicalisée, ni par une éventuelle grossesse non prévue : « J'ai pas toutes ces informations à savoir par rapport à mon corps à moi puisque c'est pas moi qui porte l'enfant au final. Et du coup je m'intéresse qu'au strict minimum », argue Michel (partenaire d'Emma, 28 ans, dessinateur industriel). Ils ont donc intégré cette logique médicale et naturalisante selon laquelle la contraception va de pair avec sa féminisation. Effectivement, la déresponsabilisation des partenaires se manifeste à travers tous les entretiens effectués auprès des usagères. Au moins trois formes de déresponsabilisation ont pu être distinguées. D'abord, le passage à une prise de pilule est identifié par les usagères à l'entrée dans une gestion contraceptive exclusivement féminine et donc esseulée :

« [...] j'avoue que mon copain m'a jamais dit : "peut-être que ce serait à moi de chercher quelque chose". Peut-être aussi que lui il y pense pas, dans sa tête c'est comme ça, on fait déjà comme ça, on va continuer comme ça. » (Dévi, technicienne de gestion du personnel, 14 novembre 2016)

« [...] au début il était assez impliqué, il savait qu'il fallait faire attention. Mais dès que j'ai commencé à prendre la pilule autant moi et lui on s'est un peu plus laissé aller en faisant confiance. [...] Mais on peut pas vraiment avoir de discussions sérieuses. » (Vaani, sans emploi, 30 juin 2016)

« Déjà à la première interview on en avait un peu parlé même si c'était pas la même personne [partenaire], qui avait ce détachement et c'est toujours le cas. Même des fois je lui dis : "tu vois moi je prends ma pilule, je vais la demander, tu te rends pas trop compte des fois que c'est pour nous aussi". Et du coup, il est un peu déconnecté par rapport à ça. [...] c'est pas du tout égalitaire parce que les hommes se reposent beaucoup sur ce que nous on peut avoir. Du coup, nous, ça nous fait quelque chose en plus même si ça nous permet d'avoir le choix, mais du coup les hommes s'investissent moins et en fait eux ils pensent que cette partie elle est réglée et qu'ils ont pas à s'en occuper. (Eva, attachée commerciale en banque, 19 décembre 2016)

D'une part, le fonctionnement ovarien de la contraception orale est synonyme de désengagement total pour les partenaires (« les hommes s'investissent moins et [...] ils pensent que cette partie elle est réglée et qu'ils ont pas à s'en occuper » déclarait Eva). D'autre part, les jeunes hommes ne remettent pas en question ce choix contraceptif normé (« mon copain m'a jamais dit : "peut-être que ce serait à moi de chercher quelque chose" » déclarait Dévi). Par conséquent, et c'est là une deuxième forme de déresponsabilisation, les jeunes hommes ne s'impliquent pas ou peu (à court terme) dans la gestion d'un moyen de contraception à usage pénien, tel que le préservatif :

« [...] il s'implique pas, non c'est à moi de le gérer. [...] Mais à chaque fois j'ai rencontré des partenaires qui avaient du mal avec le préservatif et lui pareil il aimait pas avoir des rapports avec le préservatif du coup il fallait vraiment que je me protège au plus vite. » (Andréa, conseillère de vente, 23 février 2018)

À part voilà préservatif parce que voilà ils connaissent pas la fille. Mais à part ça, ça va pas plus loin dans le temps [rire]. (Eva, attachée commerciale en banque, 19 décembre 2016)

« Après moi j'ai pas de gêne avec ça, je me sens à l'aise. Par exemple, rien que d'aller acheter des préservatifs, mon mari il est super gêné. On est en couple, tout le monde le fait, je vois pas où est le problème. [...] Lui il a un rapport spécial avec ça mais moi pas du tout. [...] C'était pendant les courses j'ai dit on va en prendre et puis on a choisi ensemble. Et puis quand il l'a posé à la caisse il était tout rouge. [Il n'a jamais été acheter seul leur contraception] » (Lisa, assistante de gestion, 7 février 2018)

En se substituant au préservatif, les pilules (ovariennes) favorisent le plaisir masculin. Aussi, l'exemple de Lisa montre que, même dans le cadre d'un usage contraceptif à destination des hommes, les femmes endossent la responsabilité de la gestion de la méthode (Thomé 2016), ici en pensant à se réapprovisionner (charge mentale) et en achetant le dispositif (éventuellement charge économique). Enfin, la déresponsabilisation des hommes se traduit dans la gestion de la contraception orale, puisque ce sont les usagères qui sollicitent leurs partenaires (pour alléger leur charge

mentale dans le cas de Laura), lesquels rechignent parfois à répondre à une demande de soutien (économique dans le cas d'Eva) :

« Moi avec mon ex, [...] je me sentais pas tout le temps comprise, parce que quand je lui disais : "fais-moi penser à prendre ma pilule", c'est pas quelque chose qui... il y pensait dès fois mais on voit bien que ça lui passe au-dessus. [...] On la prend pour deux en fait. Y a peut-être pas assez de reconnaissance. » (Laura, chargée de gestion immobilière, 3 juillet 2016)

Si je lui demande d'aller me chercher une pilule il va le faire même si des fois il ronchonne un peu mais je lui dis "écoute c'est aussi pour nous deux", donc ça va, ça passe. Après je trouve qu'il s'implique pas plus que ça. » (Eva, attachée commerciale en banque, 19 décembre 2016)

Ces situations montrent qu'il importe de tenir compte de l'origine de l'implication, qui peut être sollicitée (par les usagères) et donc passive (pour les partenaires) ; tandis qu'elle apparaît bien plus rarement comme étant active (à l'initiative d'un partenaire). Pourtant, la pilule peut être perçue par les usagères comme une innovation « négative » (Desjeux 2008) notamment si son utilisation ne satisfait que les partenaires masculins et que ceux-ci ne s'impliquent pas dans la gestion contraceptive. Des interactions conflictuelle et consensuelle (mentionnées plus haut dans le chapitre) (Desjeux 2008) en découlent. Dans le cadre d'une interaction conflictuelle, les usagères ne veulent pas/plus utiliser de contraception orale et leurs partenaires refusent l'usage du préservatif. Effectivement, « l'arrêt de la pilule est une étape importante qui peut créer des tensions, comme une épreuve venant questionner la relation » (Bessin et Levilain 2012, p. 40). Les femmes finissent alors par céder (Mathieu 1991b) en (re)prenant une pilule. Cela a par exemple été le cas de Laura (chargée de gestion immobilière) :

Laura : Mais généralement je trouve que c'est quand même un combat qu'on mène seules.

Leslie : Pourquoi tu parles de combat ?

Laura : Je le vis un peu comme ça parce que j'avais pas envie de la prendre. Deuxièmement c'est pour pas avoir d'enfant. Troisièmement c'est quelque chose qui est assez nocif pour notre santé. Pour moi c'est une lutte contre quelque chose, c'est un peu une obligation. (3 juillet 2016)

Les usagères exercent alors un travail de *care* en prenant soin de leur(s) partenaire(s) en acceptant de délaissier le préservatif pour un SARC hormonal (ici la pilule) sur la longue durée :

« Ça [le fait de ne pas être satisfait du préservatif] a implanté l'idée [d'utiliser la pilule] sans lui dire explicitement. Je me vois pas lui dire ça, c'est elle c'est son corps. Je me

vois mal lui imposer de prendre quelque chose. » (Morty, partenaire de Manon, 25 ans, doctorant en astrophysique, 13 décembre 2017)

En manifestant une réticence à utiliser un préservatif, Morty expose davantage Manon à un risque de GNP et la pousse, à travers une forme de chantage passif (en ne lui demandant pas explicitement de prendre une contraception orale mais en exprimant une réserve à utiliser un des rares moyens destinés aux hommes), à se tourner vers un usage de pilule.

Dans le cadre d'une interaction consensuelle, la contraception est perçue à la fois comme un choix et une contrainte par les deux partenaires. Dans ce cas, sur le terrain cela se traduit par le fait que la méthode dite traditionnelle du retrait est utilisée temporairement, généralement jusqu'à une nouvelle prise de pilule (c'est par exemple le cas d'Ambre et de Cyrielle).

Le parcours biographique influe bien évidemment sur la perception, non figée, qu'ont les usagères de la contraception orale. Au moment d'une rupture, les jeunes femmes questionnent la pérennité de leur prise de pilule. Certaines trouvent rapidement des inconvénients à la perpétuer, mais finissent par être confrontées à des désagréments après l'arrêt (apparition d'acné par exemple dans le cas de Laura). La contraception orale devient alors une innovation « négative » une fois son usage terminé, comme ce fut également le cas pour Dévi (technicienne de gestion du personnel) : « Et après aussi quand j'ai arrêté la pilule j'ai commencé à avoir plein de boutons, les cheveux [gras] et tout, non ça marchait pas. Je me suis dis bon je suis pas prête pour arrêter je pense. Donc du coup j'ai recommencé. » (14 novembre 2016).

Par contraste, les usagères qui sont en couple et qui interpréteraient leur prise de pilules comme « positive » n'estiment pas la non implication du partenaire dans la gestion quotidienne comme problématique, considérant qu'une responsabilité exclusive est simplement le prix à payer pour pouvoir contrôler seules leur fécondité. C'est par exemple le cas d'Elia, Ana et Angélique et c'était le cas d'Eva jusqu'en 2016 (les perceptions et les vécus étant évolutives·évolutifs). Les interlocutrices concernées par cette situation bénéficient le plus souvent d'un soutien par ailleurs (la mère d'Eva est particulièrement investie dans l'achat de pilule de sa fille) ou sont seules à l'origine de la décision de l'utilisation de la contraception orale (c'est le cas d'Angélique et Elia).

Pourquoi les partenaires ne veulent pas avaler la pilule

Lorsqu'une possible responsabilisation de la part des partenaires est évoquée avec eux en entretiens à travers l'utilisation d'une éventuelle pilule à usage testiculaire, un transfert des craintes de la contraception ovarienne vers la contraception dite masculine est opéré (Kalampalikis et Buschini 2007). De ce fait, aucun partenaire ne serait prêt à utiliser une pilule dans l'immédiat :

« Je pense qu'il y aurait beaucoup trop d'oublis. [...] Oui mais ça m'embêterait. Voilà. S'il fallait le faire je le ferais, mais ça me gonflerait. L'aspect prendre un médicament, l'aspect modifier mon corps. Je suis un peu contre tout ça. J'ai du mal à me soigner, ça me gonfle. Donc je pourrais pas, avoir un traitement c'est pas possible. À part si c'est vital. J'aurais beaucoup trop d'inquiétudes moi sur ce que ça peut me faire, les effets secondaires, les problèmes que ça peut avoir. Je l'envisagerais pas. [...] Moi personnellement je le ferais pas pour ça. Elle, elle a le courage de le faire. Il faut être courageuse, même toutes les filles qui prennent ça, de faire table rase de ses inquiétudes et de se dire qu'on le prend parce que c'est quand même utile. Entre être enceinte et ne pas être malade, je préfère ne pas être enceinte. Si tu réfléchis plus loin à la limite il vaut mieux être enceinte que malade mais bon... C'est compliqué. » (Léo, partenaire de Cyrielle, 24 ans, éducateur spécialisé, 29 mai 2017)

Léo ne semble pas prêt à utiliser une pilule en ce qu'il ne raisonne pas à partir d'un niveau de risque équivalent à celui des femmes. En indiquant une condition vitale et sanitaire (« à part si c'est vital » et « il vaut mieux être enceinte que malade »), il fait l'impasse sur les conséquences (meurtrières pour les femmes) des avortements clandestins et renvoie également au constat que la naissance d'un·e enfant impacte inégalement le parcours de vie des hommes et des femmes : les carrières professionnelles des femmes étant davantage sacrifiées que celles des hommes (Bothfeld 2009; Cresson 2006) et les inégalités de répartition des tâches domestiques se creusant avec l'arrivée d'un·e enfant (Régnier-Loilier 2009). Femmes et hommes ne partent pas d'un même niveau de risques (sanitaire, professionnel, entre autres), et ne sont donc pas prêt·e·s à en accepter des niveaux similaires. De même, leur calcul de la balance bénéfiques/risques s'effectue au regard de leurs privilèges sociaux et sanitaires :

« Je ne sais pas, je ne suis pas contre si il y a des avantages, c'est salaud. Il faut y penser et ça dérègle le corps. C'est génial si ça peut être moins violent que ça l'est sur le corps des femmes. C'est une super avancée sauf si c'est que pour les hommes aient les mêmes effets que les femmes. Dans ce cas c'est une moindre avancée sauf pour le partage du fardeau. » (Morty, 25 ans, partenaire de Manon, doctorant en astrophysique, 13 décembre 2017)

En indiquant « Dans ce cas c'est une moindre avancée sauf pour le partage du fardeau », Morty ne considère pas le partage de la gestion contraceptive comme bénéfique pour l'ensemble des partenaires, en ce que cela vient compromettre son détachement vis-à-vis de cette charge. Le discours de Michel est en quelques points similaires :

« Ouais ben c'est pareil qu'une pilule pour les femmes, c'est le même principe [...] mais après je sais pas ce que ça engendrerait. [...] Je serais pas prêt à l'essayer tout de suite avant plusieurs dizaines d'années. [Je dis à Michel que les pilules de troisième

génération sont parmi les plus récentes] Et ben voilà ! C'est typiquement pour ça que si y a un autre moyen de contraception pour l'homme qui serait trouvé, inventé, je préférerais attendre. Parce que voilà ce que ça peut donner. Si tu me dis que ça a fait des gros effets sur les femmes, bon ben voilà, personne ne veut ça » (Michel, partenaire d'Emma, 28 ans, dessinateur industriel, 8 octobre 2016)

« Personne ne veut ça »... excepté si l'usage est destiné aux femmes. Michel n'a, en outre, pas connaissance de la génération de la pilule utilisée par sa compagne Emma. Le consentement aux effets indésirables de pilules questionne, encore aujourd'hui, beaucoup moins dès lors qu'il concerne les femmes.

Lorsque les partenaires se montrent favorables à un hypothétique usage de pilule testiculaire, leurs propos oscillent entre discours égalitariste (partage de la responsabilisation) et masculiniste (se prémunir d'un enfant fait dans le dos ou accéder à la paternité à leur souhait) quand bien même ils ne se saisissent pas des moyens mis à leur disposition) :

« Je serais pas contre du tout. Déjà ça permettrait de pouvoir être, que les deux puissent choisir entre guillemets. Que les deux aient des contraintes, je vois pas pourquoi ce serait la femme qui prendrait toute la responsabilité de savoir si elle veut avoir un enfant ou pas. Parce que c'est ça en gros, nous on est des hommes mais si jamais on veut un enfant et que la femme ne veut pas on aura jamais d'enfant. Et puis si y a un oubli ça permettrait peut-être de compenser aussi. [...] Je vois pas pourquoi ce serait à la femme de tout encaisser. » (Baptiste, partenaire d'Eva, 25 ans, agent de sécurité incendie, 18 décembre 2016)

« C'est vrai pourquoi elles et pas nous [...] Faut juste y penser. Ça, ça va être dur. C'est ça le plus dur. [...] Si t'es célibataire et que t'as des rencontres, t'es sûr de toi au moins, y aura pas de souci. Oui après ça protège pas contre les maladies mais... T'es sûr si... je sais pas si le préservatif il est défectueux, ça peut arriver donc au moins là t'es sûr de toi. [...] Après ça serait bizarre quand même [...] il faudrait que ça rentre dans les mœurs. [...] [Revient sur l'IVG d'Elia :] Elle, elle était prête pour le garder, et moi je disais non. [...] Parce que là c'est elle qui décide, moi je pouvais rien faire. C'est là que tu te sens...[il souffle] tu sais que... C'est pour ça qu'une pilule pour les hommes t'es sûr que voilà. » (Christian, partenaire d'Elia, 24 ans, serveur, 14 septembre 2016)

Les partenaires peuvent aussi grandement participer à une décision en cas de GNP (ici Christian était favorable à ce qu'Elia avorte tandis qu'elle était prête à poursuivre sa grossesse). Les corps des femmes assument et portent alors aussi les préférences des partenaires (pilule plutôt que préservatif, IVG ou grossesse menée à terme). Les jeunes hommes se montrent frileux à l'idée d'une pilule à usage testiculaire en partie en ce qu'elle n'a pas de propriété prophylactique : elle protège des GNP mais pas des IST. Or, durant les entretiens, les partenaires déclarent davantage craindre de contracter une IST que d'être responsable d'une GNP. Baptiste indique n'avoir jamais

eu recours à des méthodes dites naturelles, moins à cause de leur faible efficacité face à un risque de GNP que par peur de contracter une IST. De même, en cas de diffusion d'une pilule à usage testiculaire, Léo craint que « les gens aient tendance à oublier tout le côté MST » tandis qu'il juge les GNP « plus faciles à fuir. » De surcroît, plus la relation est décrite comme sans importance (occasionnelle, de courte durée), plus la peur des IST s'accroît, tandis que, parallèlement, le souci d'être responsable d'une GNP s'atténue. En définitive, certaines partenaires comptent plus que d'autres : moins les jeunes hommes sont attachés à une partenaire, moins ils sont inquiets de risquer de la mettre enceinte. La responsabilisation face à une grossesse semble proportionnelle au degré d'investissement des partenaires dans la globalité de la relation. L'implication des hommes est favorisée dans le cadre d'une relation dite longue et stable (Desjeux 2009b). Archibald (père d'Aurore, 49 ans, avocat), seul père interviewé, est aussi le parent qui s'est montré le plus marqué par la crainte du VIH-Sida :

« Moi je suis né en 68, j'avais 14-15 ans en 84 quand Christine Ockrent [journaliste] a ouvert un journal du soir à 20h avec cette épidémie épouvantable d'une maladie nouvelle qu'était le Sida. Toute ma sexualité a été marquée, martelée, en plus au début c'était particulièrement mortel, par le fait qu'il fallait sortir couvert et j'ai beaucoup de mal aujourd'hui qu'il y a une indifférence des jeunes sur cette situation parce que ça explique aussi de pourquoi y a le maintien d'une épidémie quand même toujours mortelle. Il me semblait être dans mon rôle de père de dire attention, encore une fois je suis pas là pour vous dire quelles sont les bonnes pratiques et les bons partenaires ou pas, mais y a une chose qui est certaine c'est qu'il y a un problème de santé publique et que donc vous devez prendre des précautions. » (12 janvier 2017)

Pour lui, une éventuelle pilule à usage testiculaire est un « pas vers l'égalité » mais « féminise[rait] » les hommes. Tout comme les partenaires, il mobilise à la fois des arguments égalitaristes et antiféministes. Par contraste, Yvonne (mère d'Andréa, 63 ans, manutentionnaire retraitée), quant à elle, appréhende le préservatif fournit à ses fils comme une protection du risque de GNP aussi pour leurs partenaires (femmes) : « Je voyais ça pas forcément pour eux mais pour la personne qui était en face. C'était surtout ça moi, qu'ils fassent pas tomber une gamine enceinte » (12 juin 2018).

Du côté des femmes enquêtées (usagères et mères), trois appréhensions de la pilule à usage testiculaire semblent se dessiner. Pour certaines, cette nouvelle méthode permettrait un meilleur partage de la responsabilisation contraceptive tout en permettant de se dégager elles-mêmes des contraintes associées (effets indésirables, rendez-vous gynécologiques), et apparaît en ce sens émancipatrice :

« Mais oui je vois pas pourquoi y aurait que nous qui empoisonnerions notre corps. »
(Laura, chargée de gestion immobilière, 3 juillet 2016)

« Parce que c'est ce que je disais à mon mari en rentrant de mon rendez-vous avec la sage-femme qui m'a posé le stérilet, je lui ai dit "mais pourquoi nous on nous impose ça quand même" [...] Moi j'en reviens toujours à ce rapport que on casse ton intimité. Tu te mets à nu devant la personne et elle te trifouille quoi, c'est horrible. [...] C'est barbare [...] Et je disais ça à mon mari [...] "pourquoi nous les femmes on a besoin de contraception et vous les hommes vous avez quoi ?" [...] Gros coup de gueule, je lui ai dit "écoute j'en ai marre, moi on m'a trifouillé, j'ai galère avec mon corps, j'ai des vergetures, je n'en peux plus, j'ai mal etc.", et l'accouchement on subit tout, l'accouchement il en a pris le pauvre, j'ai dit "j'en ai marre, et puis toi tu fais quoi hein tu fais quoi ?!" Et ben il se tait et il dit rien. Il sait que finalement on a raison. La femme subit tout physiquement et même regardez mon mari il part travailler et moi je me retrouve à la maison. Je ne suis jamais restée inactive à la maison. Pour moi c'est horrible. Le mois après l'accouchement j'étais en dépression. [...] Je disais pourquoi moi je subis et pourquoi toi tu ne subis pas. [...] Je trouve ça injuste. Pourquoi nous on prend une contraception et vous, vous en prenez pas. » (Lisa, assistante de gestion, 7 février 2018)

Le témoignage de Lisa rappelle combien l'usage de pilule et de contraception en général ne peut s'appréhender sans tenir compte de l'ensemble du parcours biographique qu'il impacte (suivi gynécologique, médicalisation de la grossesse, changements corporels).

D'autres usagères se montrent sceptiques et interrogent l'avancée relative qu'une pilule à usage testiculaire représenterait. En effet, il ne s'agirait que de transférer le fonctionnement et les propriétés de la pilule (ainsi que les peurs accolées) des femmes vers les hommes, et non de penser une nouvelle méthode permettant de s'affranchir des modifications physiologiques et du contrôle médical. Face à ce constat, les jeunes femmes témoignent de motivations différentes : la volonté de se réapproprier son corps pour Ambre, et le recours au *care* pour Cyrielle :

« [...] le but est d'en apprendre sur son corps et la pilule masculine ne serait pas une solution pour ça. » (Ambre, étudiante en anthropologie, 4 décembre 2017)

« En fait c'est con mais ça me ferait chier que eux se dérèglent pour nous. Ça me ferait chier pour eux. Nous c'est devenu une habitude, c'est rentré dans les mœurs, [...] Ça fait chier tu vois parce que normalement c'est pas du tout féministe, genre c'est la femme soumise qui prend un cachet tous les jours pour se priver, enfin pour se priver non, pour que tout le monde soit d'accord pour ne pas avoir d'enfant. C'est elle qui forcément dérègle son corps avec des trucs à l'intérieur et le mec tout va bien, tranquille, il a aucun souci. Ça fait chier, mais, d'un autre côté ça me ferait chier que lui se dérègle pour moi. [...] J'aurais peur qu'il y ait un truc qui marche pas et voilà, qu'au final ça les rendent stériles. » (Cyrielle, manipulatrice en électroradiologie, 14 octobre 2016)

Enfin, nombre d'enquêtées (usagères et mères) appuient le fait qu'une pilule à usage testiculaire ne permettrait nullement de s'émanciper d'une charge mentale, ne faisant au contraire que la reproduire, tout en amoindrissant le contrôle de leur propre fécondité, qui serait alors laissé aux mains des hommes :

« Je lui ferais pas confiance ou alors je serais derrière ou alors c'est moi qui donnerais la pilule. C'est pas lui qui aurait la boîte, [...] on aurait toujours la charge » (Yvonne, mère d'Andréa, 63 ans, manutentionnaire retraitée, 12 juin 2018)

« Si Christian prend la pilule et que moi je la prends plus et qu'il l'oublie, moi je serai la première à le pourrir si je tombe enceinte. [...] ça reste mon avis de maintenant, c'est moi qui gère. » (Elia, infirmière, 20 septembre 2016)

« J'aurais l'impression qu'il me comprend plus [...] je crois qu'il la perdrait au moins une fois parce que des fois même pour des clés de voiture, il les mets dans une poche de pantalon, il le met dans un coin et le lendemain il se rappelle plus de où sont ses clés. Il faudrait surveiller donc en fait ça serait encore plus contraignant je crois que si c'était moi qui la prenais. » (Eva, attachée commerciale en banque, 19 décembre 2016)

Mères, partenaires et usagères restent dans le registre de l'infantilisation des premiers (les femmes conservant en miroir leur rôle de gestionnaire de la santé), basée sur l'idée que les hommes seraient naturellement distraits (lesquels jouent de ce cliché, leur assurant, entre autres, une charge mentale minime et une santé sauve).

Des formes d'implication

L'implication des partenaires dans les usages contraceptifs ne passe pas nécessairement par l'emploi d'un moyen contraceptif à usage pénien/testiculaire. Il peut, par exemple, s'agir d'être un soutien (financier, mental) dans la gestion (l'achat, l'ingestion) de la contraception orale.

L'on pourrait distinguer quatre formes d'implication possibles identifiées en entretiens : rappel du moment de l'ingestion, accompagnement à l'achat, questionnements et utilisation de méthodes de contraception gérées par les hommes. L'implication dans la gestion de la contraception orale énoncée le plus fréquemment (par les partenaires ou les usagères) et qui concerne l'ensemble des partenaires (excepté Jean qui pratique le retrait avec Ambre) est l'attrape de la pilule dans son lieu de rangement ou le rappel du moment de l'ingestion. Les deux extraits d'entretien à suivre illustrent la première forme d'implication :

« Je suis rentrée et j'avais très légèrement bu, ce qui a agacé mon compagnon, donc finalement il a décidé de vouloir dormir sur le canapé, et il a vu que j'avais pas pris ma

pilule parce que quand je sors je préfère la prendre en rentrant [au cas où elle la vomisse], donc il m’a jeté ma pilule [...] il m’a dit [d’une voix sarcastique :] “c’est quoi ce trou [dans la plaquette] ?” J’ai dit : “ben j’ai oublié le vendredi”. [...] Il me l’amène si je suis au lit et que je lui dis d’aller me la chercher. (Elia, infirmière, 20 septembre 2016)

« Parce qu’on était sur le canapé et elle m’a dit : “tu peux m’attraper ma pilule ?” Et elle était dans son sac à côté et du coup je l’ai chopée [petit rire]. [...] Je sais que là elle est dans son sac. Elle a une pochette rose. [...] Je m’implique pas tant que ça en fait. Dès fois je lui dis. Si j’y pense je lui dis : “tu l’as pris ?”, sinon... enfin je sais qu’elle a son réveil et tout donc bon. » (Christian, partenaire d’Elia, 24 ans, serveur, 14 septembre 2016)

Les récits croisés du couple formé par Elia et Christian montrent, qu’au moment de l’attrape de la pilule, l’implication peut être active (à l’initiative du partenaire) : « il a vu que j’avais pas pris ma pilule [...], donc il m’a jeté ma pilule » ; mais aussi et surtout passive (à la demande de l’usagère) : « je lui dis d’aller me la chercher » et « elle m’a dit : “tu peux m’attraper la pilule ?” ».

Les extraits d’entretien à suivre illustrent, cette fois-ci, le rappel du moment de l’ingestion :

« Très très très impliqué. C’est-à-dire qu’il m’a imposé de mettre un réveil sur mon téléphone à 21h et des fois il m’arrivait que le téléphone sonne, de l’éteindre et de faire autre chose et d’oublier. Donc du coup il me rappelait à l’ordre en me disant avant d’aller se coucher : “t’as bien pris ta pilule ?”, ah ben non. Du coup j’allais la prendre. Donc c’était un peu mon deuxième réveil. » (Lisa, assistante de gestion, 7 février 2018)

« L’implication elle est assez limitée dans le sens où c’est plus l’implication de dire : “t’as pris ta pilule ?” le soir ou un truc comme ça. [...] une fois toutes les deux semaines » (Léo, partenaire de Cyrielle, 24 ans, éducateur spécialisé, 29 mai 2017)

« Là elle en a mis une [alarme] à 20h et moi à 20h30 comme ça on a chacun notre portable. Comme ça y a un petit créneau, comme ça c’est bien. Si l’un oublie, l’autre s’en rappelle. [...] C’est pour moi aussi, voilà je sais très bien que je veux pas d’enfant de suite » (Michel, partenaire d’Emma, 27 ans, dessinateur industriel, 8 octobre 2016)

Enfin, l’on note une corrélation entre le degré d’implication des partenaires et leur degré de connaissance de la gestion de la contraception orale, en ce qu’ils semblent s’investir surtout dans le mode de gestion qui leur est le plus familier (le lieu de rangement et le moment de prise). Mais, en programmant une alarme après celle de l’usagère (Michel), en passant la plaquette une fois l’alarme déclenchée (Morty,

Christian), ou encore à la demande de l'usagère (Christian), les partenaires ne portent pas la charge mentale avec la même intensité que les usagères, se positionnant davantage comme soutiens que comme activement impliqués. En outre, ce soutien ne participe pas à une prise de pilule optimale puisqu'il ne se manifeste qu'occasionnellement (« des fois », « une fois par semaine », « rarement »).

L'implication des partenaires dans l'achat de la contraception orale est au moins tout aussi rare. Eva confie que son partenaire a été lui « chercher » la pilule « une fois en deux ans et demi » puis qu'elle paiera la pilule avec leur compte commun. Michel et Morty déclarent avoir déjà accompagné au moins une fois une partenaire en pharmacie. Si Baptiste s'est déjà impliqué de cette manière, il reconnaît que c'était à la demande de sa partenaire Eva. Il s'agissait donc à nouveau d'une implication passive, sollicitée par l'usagère et non à l'initiative du partenaire :

« Mais je m'implique pas beaucoup et je sais que c'est à tort. Je me le dis parce qu'elle sait me le dire aussi des fois. Elle dit "mais la pilule c'est pour toi et pour moi". Pas pour l'argent mais pour me dire de temps en temps "tu pourrais aller me l'acheter tu vois si j'ai pas le temps, etc." Elle me le dit. C'est arrivé que je le fasse déjà mais parce qu'elle me l'avait demandé, j'y pensais pas sinon sincèrement. [...] D'ailleurs je pensais pas que ça coûtait aussi cher les pilules tu vois. C'est dingue. » (Baptiste, partenaire d'Eva, 25 ans, agent de sécurité incendie, 18 décembre 2016)

Les rendez-vous gynécologiques sont propices à une troisième forme d'implication identifiée, mais non moins ponctuelle, que sont les questionnements suscités chez les partenaires : « on en parle quand son rendez-vous approche on en parle plus [...] C'est pas un moment qu'elle apprécie, elle appréhende et elle est soulagée à la sortie. Elle a eu un rendez-vous récemment donc on en parle », précise Morty (partenaire de Manon, 25 ans, doctorant en astrophysique). Baptiste (entre autres) questionne Eva après ses rendez-vous gynécologiques, tandis que Jean le faisait davantage au moment des oublis de pilule ou en ce qui concerne les cycles menstruels.

Enfin, les partenaires ont pu, toujours ponctuellement, s'impliquer dans la gestion de contraception à usage dit « masculin ». Par exemple, lors de l'achat de préservatif, qui n'a duré que deux ou trois semaines pour Michel (partenaire d'Emma, 27 ans, dessinateur industriel) : « C'était moi [qui les achetais les préservatifs]. Le budget pilule c'est elle. Mais à vrai dire c'est vrai que je lui ai jamais proposé, c'est vrai ». En ayant adopté la méthode du retrait, Jean (27 ans, partenaire d'Ambre par ailleurs féministe, intermittent du spectacle) semble être le partenaire le plus activement et durablement impliqué dans la gestion contraceptive : « Là on pratique le retrait, du coup moi j'aime bien quand le rapport va jusqu'au bout et avec le retrait

ça change le plaisir. Même si ça me convient très bien. C'est un compromis du coup, Ambre au bout d'un moment elle sentait qu'elle pouvait plus la prendre [la pilule] » (15 novembre 2016). Quant aux partenaires non rencontrés, les usagères témoignent de la forme de leur implication. Un ancien partenaire de Rosa s'impliquait par le retrait (combiné à la prise de contraception orale de Rosa) et celui de Camille à travers la gestion du préservatif qu'il achetait et mettait sans réticence jusqu'à une prise de pilule. Finalement, seulement le premier type d'implication (rappel et attrape de la pilule au moment de l'ingestion) ne concerne que strictement la gestion de contraception orale, et semble, en outre, relever plus systématiquement d'une implication passive. L'accompagnement à l'achat peut concerner la contraception d'urgence (voir la sous-partie à suivre), les questionnements concernent plus largement le parcours médical des usagères et l'utilisation de méthodes contraceptives gérées par les hommes n'implique donc pas la contraception orale. Des obstacles aux implications peuvent cependant être identifiés par les partenaires. À ce titre, Christian (serveur) indique qu'avoir des horaires de travail complètement décalés avec ceux d'Elia (infirmière) qui travaille de nuit, ne facilite pas les échanges autour de la contraception.

Difficultés opportunes à l'implication

Les moments de difficultés sont particulièrement propices aux échanges entre les partenaires et à l'implication des hommes. Le partenaire de Dévi l'a, par exemple, déjà accompagné chercher la contraception orale en pharmacie de garde. De même, c'est lors d'un achat de contraception d'urgence que Jean a accompagné une partenaire en officine :

Leslie : Comment ça s'est passé avec les pharmaciens ?

Jean (partenaire d'Ambre, 27 ans, intermittent du spectacle) : C'était pas neutre. Bon déjà expliquer les trucs et forcément elle [la pharmacienne] voit qu'on est deux : "c'était vous ?", "oui oui c'était moi". Elle a pas demandé comment c'était arrivé l'accident mais elle nous a... elle disait en gros : "c'est pas anodin, ça se prend pas comme ça". On disait "non mais on sait mais c'était un accident, ça peut arriver". Je sais qu'il y avait eu une réflexion. C'était un peu gênant. On a fait en sorte que ça dure le moins longtemps possible [rire]. (15 novembre 2016)

Les vendeuses en pharmacie enquêtées indiquent que les hommes sont en retrait lorsque les femmes viennent acheter leur moyen de contraception. Les pharmaciennes, quant à elles, déclarent que ce sont les jeunes femmes âgées entre 25 et 30 ans qui sont « parfois » accompagnées par un homme. Mais la relation entre accompagnant et accompagnée est inégalement évaluée selon le profil des personnes. Par exemple, si les membres du couple venu·e·s chercher une pilule sont identifié·e·s comme étant maghrébin·ne·s, la motivation de la démarche est moins perçue comme

soutien que comme coercitive : « Chez les Maghrébins, le mari tient le truc » affirme une pharmacienne (13 février 2017).

Les discussions autour de la contraception, les savoirs et l'implication des partenaires semblent favorisé·e·s en situation de difficultés. Trois d'entre elles sont analysées ici. Les récits croisés du couple formé par Elia et Christian rendent compte de l'implication du partenaire dans le cadre d'une IVG, vécue comme une difficulté car souhaitée inégalement (davantage désirée par Christian) :

« [Dans le cadre de son parcours d'IVG] [...] après j'y suis retournée avec Christian et là c'est là que j'ai pris le médicament, qu'on a fait l'échographie avec Christian et que tout s'est enchaîné en fait. [...] Christian n'en v... c'est pas qu'il n'en veut pas c'est qu'il se sentait pas prêt à ce moment-là [...] il a vraiment été là de A à Z et il m'a pas mis la pression [...] Il a été avec moi le jour de l'avortement, il s'est arrangé pour être là, il est resté avec moi, il m'a tenu la main. [...] Quand t'avortes tu vois l'ovule dans les toilettes [...]. Et il était là, il a tiré la chasse avec moi. On est rentré, j'ai fait une hémorragie de fou, il est parti m'acheter des couches au Casino. Il a été super. Il s'est mis à côté de moi dans le lit jusqu'à que je m'endorme. Il a été incroyable. Ça nous a beaucoup rapproché en tout cas. [...] ça a été dur pour ma vie de femme mais ça a été formidable pour ma vie de couple. [...] Ma mère voulait venir, je lui ai dit que non, je voulais vivre ça avec Christian » (Elia, infirmière, 20 septembre 2016)

Christian (partenaire d'Elia, 24 ans, serveur) : Il [le gynécologue] lui a expliqué pour la pilule, la nouvelle pilule [prescrite après l'IVG d'Elia], il lui a expliqué comment ça marchait un peu. C'est pour ça que je te disais que je sais sur le truc qu'il faut prendre à telle heure, vraiment il disait : "essayez de respecter... pas à une heure près, à l'heure qu'il faut" parce que c'était micro dosé pour pas qu'elle ait du cholestérol et tout ça. [...] Que ça marche pas à 100%. [...] Ça je m'en rappelle bien.

Leslie : Ça t'a marqué. [L'IVG d'Elia faisait suite à un retard de prise de pilule]

Christian : Ouais ! [En riant :] J'ai dit "ok, ok, j'écoute". (14 septembre 2016)

Dans une même logique, une GNP ou une suspicion de ce risque, peut apparaître comme favorable à l'éveil de l'intérêt des partenaires. Dans ce cadre, l'attente des règles, venant soulager du doute d'être enceinte, peut être au cœur des échanges :

« [Son partenaire ne s'implique] Pas tellement. C'est plutôt après, si y a du retard ou quoi que ce soit. [...] Il vient pas me demander si je l'ai pris (Vaani, sans emploi, 30 juin 2016)

« Avant il ne posait pas de question, les hommes ils écoutent d'une oreille. Généralement il écoute en regardant la télé. Il me posait beaucoup de questions pendant la grossesse [non prévue] surtout. Il a appris beaucoup de choses pendant la grossesse, il savait pas ce que c'était un frottis par exemple. Du coup je lui explique. Ça l'intéresse parce que je suis sa femme mais tant que tout va bien... (Lisa, assistante de gestion, 7 février 2018)

Donc dès que c'est arrivé [un risque de GNP], tout de suite, en plus on était tous les deux, et on cherchait sur Internet comme des fous [...] (Dévi, technicienne de gestion du personnel, 14 novembre 2016)

Enfin, c'est face au constat d'effets indésirables que diverses formes d'implication (plus ou moins actives, par ordre croissant dans les extraits à suivre) peuvent être reconnues : les questionnements et l'écoute (Léo et le partenaire de Vaani), l'alerte donnée (le partenaire de Lisa), l'usage du préservatif et la participation au diagnostic médical (le partenaire de Dévi).

« Après ce qui m'inquiète le plus ça me fait penser aux effets secondaires que ça peut avoir. Des fois elle me dit qu'elle a mal ci, qu'elle a mal là. Souvent elle met en rapport avec sa pilule, du coup cette question-là va plus m'inquiéter, de me dire est-ce que cette pilule c'est que du bon ? Je me suis jamais renseigné dessus pour autant mais je sais que ça peut me questionner. Tu sais les grands classiques, ça va être les problèmes de prises de poids, rétention d'eau. Je pourrais pas les nommer mais des problèmes hormonaux globalement, des petites douleurs, des mal de bides, des trucs comme ça, des périodes de règles complètement coupées. Bon ça tu vois je le maîtrise pas mais je sais que ça peut arriver. [...] Si on va en parler si elle se sent mal. Mais c'est souvent elle qui va amener le sujet. Souvent elle va dire des trucs "ah c'est peut-être ma pilule", elle a souvent du doute, [...] y a toujours un peu d'inquiétudes que ça génère. C'est à ce moment-là qu'on va peut-être en parler mais bon pas longtemps. » (Léo, partenaire de Cyrielle, 24 ans, éducateur spécialisé, 29 mai 2017)

C'est plus quand il y a des petits soucis qu'on en parle. [...] C'était une analyse quand il [le médecin] avait fait un frottis et y avait des cellules bizarres. Mais il [son partenaire] était pas informé. Moi je pensais qu'il l'était et il l'était pas en fait et il savait pas que c'était possible d'avoir des cellules cancéreuses. Et donc c'est vrai qu'on s'était mal compris et moi j'étais un peu dans le désarroi parce que j'attendais le résultat. » (Vaani, sans emploi, 30 juin 2016)

C'est mon mari qui m'a dit y a un problème parce que j'étais irritable, vachement agressive avec lui. [...] Et mon mari m'a dit mais peut être que ta pilule ne te convient pas. » (Lisa, assistante de gestion, 7 février 2018)

« Oui il le sait [que la pilule a baissé sa libido] et de toute façon moi je lui ai dit que c'était bizarre que je comprenais pas. Et après quand j'avais cherché sur Internet j'en avais parlé avec lui. Donc lui il m'a dit que c'était ok pour arrêter et tout, que lui ça le dérangeait pas, mais juste qu'il fallait qu'on trouve un moyen pour pas avoir à stresser tout le temps avec ça et tout. Et après quand j'avais arrêté on avait recommencé avec

le préservatif. C'était pas un problème. [...] [À] un moment donné mon médecin m'avait dit comment je pouvais faire moi-même pour voir les boules dans les seins et du coup c'est lui qui avait fait ça pour moi. » (Dévi, technicienne de gestion du personnel, 14 novembre 2016)

Pour autant, l'implication des partenaires, que ce soit en situation de difficultés ou non, revêt des limites. Ils peuvent, entre autres, réaffirmer des formes d'autorité médicale ou exercer une intervention non souhaitée et ainsi entraver l'émancipation des usagères.

9.2.3 Limites de l'implication

Entre soutien et injonctions

Bien que les sources d'information des jeunes hommes ne soient pas médicales, ils participent à légitimer à la fois la place prédominante de la contraception orale dans le panel contraceptif et un contrôle médical régulier : « Elle dit que c'est pas agréable [les rendez-vous gynécologiques] [...], mais je lui dis : "t'es obligée, donc..." », explique Christian (partenaire d'Elia, 24 ans, serveur). Voire, ils peuvent parfois se faire le relai des violences médicales :

« Je me suis super disputée avec mon copain, il m'a dit : "mais pourquoi tu t'es laissée faire, tu aurais dû insister [pour avoir un DIU], c'est n'importe quoi !" Et du coup ça a fait une discussion hyper violente et une fois de plus je me sentais super agressée. Il a commencé à me mettre trop la pression pour que je prenne la pilule parce qu'il m'a dit : "c'est chiant, tu flippes tout le temps [avec la méthode du retrait] et c'est chiant avec un préservatif" [...] C'est comme si tout le monde décidait à ma place » (Ambre, étudiante en anthropologie, 5 juillet 2016).

Ambre décrit ici deux formes de violence (la culpabilisation et l'injonction à la pilule) tout en pointant la déresponsabilisation du partenaire en question. Par cette combinaison de facteurs, la jeune femme se trouve dépossédée du choix contraceptif. Une des rares fois où un partenaire était présent durant les observations de consultations de contraception, une gynécologue de cabinet de ville rappelait que « Monsieur peut l'aider [sa partenaire] à la prendre [sa pilule] » (22 mars 2017) tout en précisant que la décision finale (en matière de choix contraceptif) revient à l'usagère elle-même. En effet, l'implication des partenaires présente certains biais, qu'ils soient dus à leur présence en consultation ou dans le cadre de la gestion contraceptive. Pour illustrer le premier cas, lors d'une consultation en cabinet de gynécologie, une patiente partage l'inquiétude de son conjoint quant au fait qu'elle « prenne des hormones ». La gynécologue ne manque alors pas de rappeler « qu'on s'est battu pour ça » (22 mars 2017). Il est difficile d'affirmer qu'un élan de féminisme soit l'unique

motivation à ce type de rappel, qui peut également être instrumentalisé à des fins prescriptives. La présence d'un partenaire en consultation est à double tranchant : cela peut témoigner d'un soutien dans la gestion sanitaire et contraceptive du couple tout comme d'un contrôle du partenaire sur l'usagère, l'implication des hommes dans la gestion contraceptive pouvant être perçue comme suspecte (Thomé 2016). Si un médecin généraliste (cabinet libéral) indique ne pas penser à impliquer les partenaires : « Jamais je leur dis que par exemple elles peuvent impliquer leur conjoint. Ça me vient pas à l'idée. Mais on peut être aussi deux à y penser [à prendre une pilule]. [Elle y pense] Là en vous le disant parce que dans votre mail [où je lui présentais la thèse] vous en parliez du compagnon » (9 février 2017), les discours des médecins témoignent surtout de l'ambivalence de l'implication des hommes, oscillant entre soutien (premier extrait d'entretien à suivre) et contrôle (deuxième et troisième extraits), voire violences de genre (le dialogue entre la chercheuse et une gynécologue) :

« [...] quand on discute du stérilet, j'aime bien qu'ils viennent parce que c'est important qu'ils entendent quand même que ben ça reste un corps étranger et qu'il y a quand même un risque infectieux. C'est pas spécifique au stérilet mais qu'ils entendent que c'est important de se protéger, de protéger sa compagne si jamais y a un rapport en dehors du couple ou tout ça, de bien se protéger. » (Une gynécologue, cabinet libéral, 20 février 2017)

« Les copains c'est ambigu quand ils prennent en main la contraception. Il faut remettre la femme dans son corps. Des fois les hommes disent "tes règles tu les as eues à tel moment, telle date". [Tout en indiquant faire sortir les partenaires de la consultation :] Il n'a pas besoin de savoir si elle eu des MST ou recours à une IVG. » (Une gynécologue, CDPEF, 23 janvier 2018)

« Je pense à une fois où il parlait beaucoup plus. Du coup on se pose presque des questions, on se dit est-ce que la femme elle veut vraiment. Il faut pas toujours avoir l'esprit mal placé mais... Peut-être que c'est lui aussi qui a l'habitude de prendre les choses en main. C'est un peu gênant. Du coup après j'essaie de revoir la femme seule. » (Un médecin généraliste, cabinet libéral, 2 mars 2017)

Gynécologue : Donc voilà c'est les couples fusionnels si vous voulez qui vont venir là parce qu'y a pas vraiment de souhait, si vous voulez, derrière, d'investissement autour de la contraception féminine. C'est plus d'être là parce que c'est des gens qui arrivent pas à se lâcher. Après au niveau de la démarche j'ai jamais vu une démarche où ils s'investissaient pour comprendre comment ça fonctionnait, savoir quels étaient les effets secondaires. [...] Et souvent c'est des vieux qui viennent en couple où le mec il répond à la place de la nana. Les antécédents il les connaît mieux qu'elle. Enfin je veux dire il connaît mieux qu'elle, la patiente quoi, donc c'est, moi je trouve ça terrifiant à voir.

Chercheure : Vous les faites sortir à un moment ?

Gynécologue : Alors moi si vous voulez j'ai un rideau qui permet de vraiment séparer les deux pièces et où c'est pas du tout visible. Par contre, l'homme qui cherche... [...] y a des contextes où je fais sortir l'homme. Mais après quand je sens qu'il y a l'adhésion totale de la part de la femme... Je veux dire à un moment ils sont comme ça, ils sont comme ça. [...] S'ils essaient de se lever pendant l'examen gynéco là je les fais rasseoir direct et je peux vous dire qu'il y en a quelques-uns qui sont pas revenus. Parce que c'est l'intimité. Il a aucun intérêt à venir observer un examen gynéco chez la patiente. [...] [La gynécologue fait sortir les partenaires :] Quand je sentais une tension. Quand je sentais qu'il y avait pas l'adhésion [de la patiente]. Quand on sent une complicité entre les deux, voilà ça correspond à la fusion. Quand on sent une tension, ça m'est arrivé et en fait je l'avais bien sentie parce que... c'était pas pour la contraception hein parce que je vous dis c'est très très rare ; c'était dans un contexte de désir de grossesse et le mec je le sentais pas, je trouvais qu'il avait une attitude, déjà la nana était très jeune. C'était un couple musulman mais ça sentais le mariage arrangé à plein nez et j'ai fait sortir le mec pour pouvoir discuter un peu plus avec elle et tout. Et en fait quelques mois après j'ai reçu un appel de l'assistance sociale, elle était partie de son domicile, elle était battue. En dehors de ce contexte là c'est rare quand même. Moi faut que je sente une tension, il faut que je sente si y a quelque chose de dysfonctionnel. Voilà après les couples fusionnels moi je trouve que c'est dysfonctionnel mais voilà chacun son choix. Tant qu'ils m'emmerdent pas pendant l'examen gynéco [rire]. Non parce que je trouve ça hyper glauque. (cabinet libéral, 7 décembre 2016)

Participer en couple à l'exercice de l'interrogatoire en consultation peut créer un hiatus entre les partenaires, les réponses aux questions pouvant être révélatrices du poids des normes attendues dans le cadre d'un couple hétérosexuel, ici la monogamie, particulièrement du côté des conjointes :

3 avril 2018, hôpital

Quand la médecin généraliste pose la question de savoir si la patiente veut faire une sérologie, cette dernière répond que ça lui « est égal ». Elle se tourne vers son partenaire qui est dans la lune à ce moment-là et se voit surpris d'être sollicité : il relève la tête d'un coup en regardant furtivement la médecin et sa copine. Il sourit, iels rigolent et il dit que c'est « comme elle veut ». La jeune femme répond qu'elle n'a « eu que » ce compagnon.

Dans ce cadre, accepter de faire une sérologie reviendrait à sous-entendre qu'un risque d'IST est possible et donc qu'une relation extraconjugale l'est également. Aussi, si les hommes ne consultent pas pour de la contraception, les professionnel·le·s de santé se soucient parfois de leurs avis. Durant les observations de consultations en clinique, une gynécologue indique : « Je vous ai quand même fait une ordonnance pour progestérone si monsieur n'est pas d'accord » (1^{er} mars 2017).

L'implication des jeunes hommes présente également des biais dans le cadre de la gestion contraceptive. En effet, toutes les usagères ne souhaitent pas une implication constante et définitive de leurs partenaires, et ce pour au moins trois raisons. D'abord, il peut s'agir de préserver son partenaire d'une information pesante. Les jeunes femmes endossent alors à nouveau un rôle de *care* en portant seules la charge émotionnelle de l'information. À ce titre, lorsqu'Elia suspecte une GNP elle décide de ne pas en parler à Christian avant d'avoir fait le test de grossesse pour ne pas « l'inquiéter pour rien ». Ensuite, il peut s'agir pour l'usagère de ne pas se rendre suspecte aux yeux de son partenaire. Par exemple, Aurore n'avait pas informé son conjoint de sa prise de contraception d'urgence car il lui avait déjà parlé d'une ancienne compagne « qui avait voulu le piéger en tombant enceinte ». Le récit de Lisa (assistante de gestion) est en quelques points similaires :

« En fait j'étais juste fatiguée et j'avais un petit retard mais vu que j'avais pas des cycles réguliers et du coup je suis partie acheter un test en cachette de mon mari [rire] et je l'ai fait et j'ai gardé ça pendant deux jours pour moi parce que j'avais trop peur de lui dire, parce que j'étais à l'école, moi je travaille pas, mon mari travaille tout seul, je venais de reprendre mes études, trois ans, comment j'allais faire. [...] Donc c'est pour ça que j'appréhendais sa réaction quand je lui ai dit que j'étais enceinte vu que je savais qu'il allait me dire "t'as oublié ta pilule". Alors que non. On a bien regardé les plaquettes, j'étais bien à jour. Il y avait pas d'oublis [et pas de retard de prise] » (7 février 2018)

Enfin, une implication du partenaire jugée trop importante peut être vécue comme oppressante. Dans le cas de Manon cela se traduirait par le fait de revivre un moment désagréable en discutant de son rendez-vous gynécologique avec son partenaire, une fois celui-ci terminé :

« Je sais pas si j'ai envie de lui en parler, j'en ressens pas plus que ça le besoin, y a pas grand chose à lui dire. [...] Je lui ai dit qu'elle m'avait fait mal [elle l'a fait saigner au moment du frottis], comme toutes les gynécos. » (Manon, gestionnaire de communication en assurance maladie, 21 novembre 2017)

De la même manière, un rappel trop fréquent du moment de l'ingestion pourrait être vécu comme intrusif :

« C'était Monsieur rappel. Ce qui est appréciable avec le stérilet c'est qu'il a plus besoin de me dire "t'as bien pris ta pilule ?", non ça y est je suis tranquille. » (Lisa, assistante de gestion, 7 février 2018)

« Après, au bout d'un moment non il est revenu comme il était avant, mais parce que moi je lui faisais comprendre que ça devenait un peu oppressant cette histoire de

pilule tous les jours, au bout d'un moment, oui, je la prends, laisse-moi. » (Elia, infirmière, 20 septembre 2016)

« Je pense que ça me ferait chier si il me disait : “hé ho tu l’as oubliée, hé ta pilule”, [...] écoute c’est moi, c’est mon corps, j’en fais ce que je veux. Je l’ai oubliée, ah ben merde et tu vas pas m’engueuler parce que je l’ai oubliée. C’est à moi de me respons... c’est voilà, ma responsabilité, si je l’ai oubliée c’est à moi de m’en vouloir. [...] C’est moi qui gère, c’est mon corps. Si jamais je merde et que je tombe enceinte je sais que ce sera ma faute et ma responsabilité parce que j’ai oublié, parce que j’ai chié. » (Cyrielle, manipulatrice en électroradiologie, 14 octobre 2016)

Les jeunes femmes refusent donc d’être assistées, voire infantilisées (Lisa), et rejettent également un contrôle (de leur partenaire) qui viendrait s’ajouter à une exigence médicale déjà conséquente (l’observance) (Elia, Cyrielle). Elles prêtent une attention particulière à la libre disposition de leurs corps, jusqu’à invoquer un droit à l’oubli (Cyrielle).

De l’émancipation au biais de la disponibilité sexuelle

Lorsque les partenaires s’intéressent à un aspect de la contraception c’est généralement par le biais de la sexualité et notamment de leur plaisir sexuel. Par exemple, suite à une pose de DIU, le principal questionnement des partenaires de Fanny, Camille et Lisa était de savoir s’ils allaient sentir les fils durant les rapports sexuels : « Il me posait beaucoup de questions sur le délai de pose du stérilet [...] C’est vrai que pendant un mois après l’accouchement on n’a pas le droit d’avoir de relations, le temps que tout se remette en place. Donc du coup il était bien content que je pose le stérilet [rire] », raconte Lisa (assistante de gestion, 7 février 2018). De même, il semblerait que les partenaires s’intéressent essentiellement à la prise de pilule de leurs compagnes à travers son impact sur les rapports sexuels et notamment pour anticiper une période d’abstinence. Déjà, lors d’un entretien en 2014, à la question « est-ce que ton partenaire sait où tu en es dans ta prise de pilule ? », Eva (attachée commerciale en banque) répondait :

« Non, mais il me demande quand je vais les avoir par contre, mes règles [...] ben si j’ai mes règles [...] ça sert à rien qu’il vienne me tâter le terrain parce que voilà [rire]. Et sinon dès fois il me demande pour la même raison en fait, j’pense. » (29 mars 2014)

Il semblerait que cela soit toujours le cas deux plus tard :

« Des fois j’aimerais bien qu’il s’investisse plus. Pas en suivant non plus mes périodes de cycle mais en me disant : “ah du coup là t’as bientôt fini”... je sais pas le soir je la prends à côté de lui, juste m’en parler. Alors que lui il pense : “j’ai fini ma plaquette, ah on pourra pas faire l’amour” parce que je vais avoir mes règles. C’est un peu

restreint tu vois comme philosophie. Oui ben comme moi, je pourrais pas non plus...
Pas associer que à "on pourra plus faire l'amour". » (19 décembre 2016)

C'est également au moment du rapport sexuel que Christian, le partenaire d'Elia, s'inquiète de sa prise de pilule :

« Si, par contre il va y penser quand on est vers ces heures-là et qu'il a envie de faire l'amour. Mais ça c'est depuis toujours. C'est-à-dire qu'on va faire l'amour et sa question avant qu'on commence c'est : "t'as pris ta pilule ?" Parce qu'il sait que c'est à ces horaires-là [...] Si c'est en pleine journée il me le demande pas, si c'est vers le soir il va me le demander. » (Elia, infirmière, 20 septembre 2016)

Ici, le partenaire se soucie de son implication au moment d'un risque qui, d'une part, serait imminent, et qui, d'autre part, aurait des conséquences sur son propre parcours (une paternité non souhaitée).

Le consentement des usagères de contraception orale était un facteur essentiel à sa diffusion puisqu'il s'agissait de rendre accessible un moyen contraceptif qui « puisse se prendre comme un cachet d'aspirine, c'est-à-dire en dehors des rapports sexuels et, au besoin, sans le consentement du mari » (Grino 2014, p. 3). Aussi, la diffusion de la contraception devait permettre des rapports sexuels vécus dans une moindre inquiétude (face au risque de GNP) et ainsi favoriser le plaisir féminin (Löwy 2006). Pourtant, le biais est que les usagères se sentent moins légitimes de refuser un rapport sexuel en utilisant la contraception orale et en étant perpétuellement contraceptées, indistinctement des rapports sexuels. Cela n'est pas sans rappeler les logiques familialistes des années 1950-1960 comme motivation à la diffusion de la contraception. À ce titre, Ambre (étudiante en anthropologie) indique que la motivation première de son ex partenaire à sa prise de pilule était de pouvoir avoir des rapports sexuels à tout moment quand il le souhaitait :

« Et en fait je me rendais compte qu'il le faisait juste pour lui tu vois, qu'au final il pensait qu'aux rapports sexuels tu vois et qu'il pensait pas du tout à moi, à ce que je... mais ça je l'avais déjà senti avec la pilule » (5 juillet 2016)

Par la suite, en adoptant la méthode du retrait, Ambre indique un meilleur partage de la gestion de la fécondité du couple. Elle précise, qu'avec cette nouvelle méthode, l'acte sexuel s'arrête aussi quand elle le veut, et ce davantage que lorsqu'elle utilisait une pilule. Et d'ajouter : « ça donne une conscience aux autres aussi, du fait qu'il faut se retenir des fois », les hommes n'étant pas socialisés à une sexualité maîtrisée.

Dans le cadre d'échanges plus informels, une autre usagère confiait craindre tous les soirs « de devoir passer à la casserole » et de ne pas pouvoir refuser indéfiniment, comme si étant sous contraception il n'y avait plus de raison jugée valable pour refuser un rapport sexuel. Elia, quant à elle, dit « faire l'effort » d'avoir un rapport quand elle

n'en a « pas vraiment envie », tout comme son conjoint « fait l'effort » de ne *pas* avoir de rapport avec elle quand elle lui dit qu'elle n'a pas envie (20 septembre 2016). Elle appréhende donc au même plan le fait de « céder » (Mathieu 1991b) à un rapport sexuel (basculement du registre sexuel à celui de la violence) et de respecter le consentement d'une partenaire (pour, au contraire, se prémunir d'une violence sexuelle et de genre). Pour Elia et Cyrielle, « l'appétit vient en mangeant », sous-entendant qu'elles se forcent pour entamer un rapport sexuel, notamment parce que les hommes auraient plus de besoins sexuels que les femmes (Durkheim 2013). À ce titre, l'échange suivant avec Elia (infirmière) est édifiant :

Leslie : Est-ce qu'il t'arrive d'avoir des rapports sexuels alors que t'as pas vraiment envie ?

Elia : [Petit silence] Oui ça peut m'arriver.

Leslie : Et ça t'arrivait avant de prendre la pilule ?

Elia : Non. Parce que j'ai pris la pilule juste après avoir commencé à sortir avec Christian. Avant si je faisais l'amour c'est parce que j'en avais envie et après maintenant que je suis avec Christian ça peut m'arriver, c'est très rare. Mais, par exemple, si je vois que ça fait plus d'une semaine qu'on a pas fait l'amour, que j'ai toujours pas envie et que je vois que Christian il a vraiment envie. Et après il est vraiment d'une douceur extrême. Et il le sait pas que moi j'ai pas forcément envie. Par contre, si vraiment j'ai pas envie et que je lui dis que j'ai pas envie, il va pas me forcer. [...] Ben je vais faire l'effort, je prends sur moi et des fois ben c'est comme on dit pour manger : l'appétit vient en mangeant. Ben moi des fois l'appétit sexuel il vient en commençant. Des fois j'ai pas envie et sur le moment ça me donne envie. Et des fois j'ai pas du tout envie pendant tout l'acte mais je le fais par amour. Et en même temps je lui dis pas que j'ai pas envie donc je peux pas lui reprocher. Alors que si je lui disais et qu'il me forçait je pourrais lui reprocher. Mais toutes les fois où je lui ai dit que je voulais pas faire l'amour, parce que vraiment là j'avais pas envie, il a jamais insisté. Il est très respectueux par rapport à ça. Comme moi ça m'arrive que je le fais pas alors que lui il a très envie, ben des fois j'ai pas envie, je lui dis pas et je me force. Mais en même temps il le sait pas. Donc je fais l'effort comme il fait l'effort de pas... enfin l'effort... il me force pas, ben moi des fois je me force. Mais il le sait pas. Je crois qu'il s'en doute même pas.

Leslie : Et tu crois que lui ça lui arrive de se forcer ?

Elia : Non, je pense pas. Je pense pas parce que c'est plus lui qui vient vers moi que moi vers lui. Parce que je l'aime bien que ça soit le garçon qui vienne vers moi. [...] Je pense pas qu'il se forcerait, ça sert à rien en fait. Si moi j'ai pas envie c'est pas moi qui vais faire le premier pas. [...]

Leslie : Et tu penses que c'est parce que tu as cette idée qu'il a plus de besoins sexuels parce que c'est un homme ou ça a rien à voir ?

Elia : Physiologiquement je sais qu'un homme ne peut pas rester longtemps sans rien faire, au moins de la masturbation, pas forcément coucher. Mais l'homme il est obligé physiologiquement, l'expression vulgaire de se vider les couilles. [...] Je pense que

physiologiquement l'homme a plus besoin de faire l'amour qu'une femme. (20 septembre 2016)

En indiquant « si je vois que ça fait plus d'une semaine qu'on a pas fait l'amour », les paroles d'Elia renvoient à un contexte de rationalisation de la sexualité (Bejin 1990) au sein duquel les femmes répondent à une pression de comptabilisation des rapports sexuels. Aussi, en précisant « se forcer » quelques fois et « aimer » que « le garçon [vienne] vers [elle] », la jeune femme a intériorisé les logiques de la culture du viol. Cela semble également déjà avoir été le cas d'Eva (attachée commerciale en banque) : « Le sexe ça a jamais été un truc vraiment au taqué pour moi. C'est pas mon élément central. Donc avec la fatigue, la routine... C'est pas un manque. Ça m'est arrivé des fois [de se forcer], au début parce que j'ai la flemme mais après en fin de compte j'en avais envie. J'ai jamais eu de regrets à le faire. » Ici, la prise de pilule n'est pas alliée au consentement aux rapports sexuels et peut même s'inscrire dans la culture du viol, voire la nourrir. Si la contraception orale devait permettre une moindre crainte de GNP dans le cadre de rapports sexuels souhaités (c'est-à-dire à l'initiative d'ego), il semblerait qu'elle puisse également légitimer, voire favoriser des rapports sexuels acceptés (sur proposition), voire cédés (face à l'insistance ou la pression sociale) (Amsellem-Mainguy et Vuattoux 2019, p. 90).

De même, les différentes propriétés (contraceptives et médicales) des pilules participent d'une ambiguïté de la disponibilité sexuelle des utilisatrices. Par exemple, pour Emma (diplômée en sciences de l'éducation), qui utilise une contraception orale dans le cadre d'un traitement contre l'acné, dévoiler à son partenaire qu'elle prend une pilule revient à se montrer sexuellement disponible ; ce qu'elle ne souhaitait pas au début de leur relation. À la question posée en entretien « est-ce que ton partenaire sait que tu prends une pilule ? », voici ce qu'elle répond :

« Là maintenant il sait que je l'ai commencée parce qu'il m'a vu la prendre. Moi je lui ai pas dit. [...]. J'ai essayé de le cacher et il a fait : "tu fais quoi ?", j'ai dit : "je prends un bonbon" » (28 juin 2016)

L'absence des saignements, conséquence de certaines pilules, peut également favoriser des rapports sexuels plus fréquents et pas systématiquement consentis. Pour ces trois raisons (illégitimité de refuser un rapport sexuel, vertus plurielles des pilules, annihilation des saignements), la prise de pilule participe d'une plus grande disponibilité des corps des femmes, notamment pour autrui, ici dans la sphère sexuelle. En effet, la performance est masculine tandis que la disponibilité reste féminine (Thomé 2019, p. 526). La perception des rôles de genre dans la sexualité par les usagères et surtout le type d'interaction entre partenaires peuvent constituer des

facteurs de violence de genre. Là réside « l'ambivalence » de la contraception (Désalliers 2009, p. 39).

« Vous avez un chéri ? » Reproduction de l'hétéronormativité en consultations

La présomption d'hétérosexualité des patientes peut constituer une violence médicale et une relation monogame dite stable représente la situation conjugale attendue³⁸³. En consultations, cela se traduit par des rappels à l'ordre ou des encouragements en ce sens de la part des professionnel·le·s : « vous avez un chéri ? », demande une gynécologue à une jeune patiente de 16 ans qui souhaite changer de pilule à des fins plus médicales que contraceptives (cabinet de ville, 19 avril 2017). Dans cette même structure, une gynécologue lancera un « très bien » lorsqu'une patiente de 22 ans, venue pour un contrôle avant une pose de DIU, répondra positivement et « depuis cinq ans » à la question de la relation dite stable (22 mars 2017). Les femmes sont donc encouragées très jeunes à s'inscrire dans une relation hétérosexuelle monogame et durable. S'il est nécessaire que la patiente puisse exprimer son (non) consentement à la présence ou l'absence de la personne accompagnatrice durant une auscultation, la justification donnée par cette même gynécologue à la sortie nécessaire du partenaire au moment de l'examen peut sous-entendre que la posture du corps rendrait l'usagère peu désirable. En préconisant de « faire sortir Monsieur » durant l'examen « pour garder le charme » (22 mars 2017), la gynécologue fait une analogie entre la posture et la (semi-)nudité requises durant l'examen et l'acte sexuel, mobilisant ainsi les logiques de la culture du viol, plutôt que celles du consentement.

Si la contraception permet de dissocier la sexualité de la procréation (Gardey 2005, p. 132), il n'en reste pas moins que cette dernière reste pensée comme une finalité. À ce titre, un gynécologue invoque le postulat de l'horloge biologique couplée à la norme du partenaire unique :

³⁸³ Notamment d'une patiente « idéale », comme cela sera montré dans le chapitre 11.

18 mai 2017, cabinet de ville

La patiente ne souhaite pas de contraception en ce moment car elle veut un enfant, mais ce n'est pas le cas de son conjoint. Il sait qu'elle a arrêté la pilule.

Le gynécologue : « vous avez trente-neuf ans, il sait que ça chauffe. Il faut le travailler au corps ».

Il tape à l'ordinateur : « conjoint à convaincre » et ajoute oralement : « à défaut d'en rigoler, c'est le moment ». Dans la perspective d'une grossesse il lui prescrit une prise de sang, de la vitamine, et une liste de choses pour lesquelles il faut « faire attention ». Le gynécologue conseille alors : « cachez-là [l'ordonnance] sinon il va croire que vous voulez lui faire un enfant dans le dos ».

Et de conclure, pour faire un enfant « activez vos charmes [...] c'est le bon chéri au moins ? »

Le sentiment amoureux entre les partenaires est pensé comme indispensable au bon développement de l'enfant à venir. D'une part, cela témoigne de la norme de la famille nucléaire, comme famille idéale, composée d'un couple hétérosexuel monogame et en relation dite stable. D'autre part, cela renforce la responsabilisation des femmes conjointes à se saisir des moyens de régulation de la fécondité (contraception et IVG) afin de procréer (avec la bonne personne et) au bon moment (Bajos et Ferrand 2006) :

20 février 2018, hôpital

La médecin généraliste voulait poursuivre notre conversation sur l'amour entre partenaires et l'enfant. Elle dit que ce que je dis l'interroge [que la norme de l'amour entre les partenaires n'est pas une condition nécessaire pour faire un enfant et que beaucoup d'autres facteurs entrent en compte]. Elle me préconise de ne pas confondre envie et désir. Pour la médecin, un enfant doit être fait avec amour, « c'est mieux pour tout le monde ». Selon elle, sans amour il manque quelque chose, « c'est pipé d'avance ». Dans sa réflexion, elle dit s'inspirer de la psychanalytique. Notre débat fait suite à une consultation pré-IVG ce même jour : une femme enceinte souhaite mener sa grossesse à terme tandis que le géniteur n'est pas d'accord. Ils sont en processus de rupture. Pour la médecin, mener cette grossesse à terme traduit un « règlement de compte [de la part de la femme enceinte] avec son ancien ami ». D'après elle, cette patiente n'est « pas claire sur le fait d'avoir bien pris ou pas sa pilule ». Pour la professionnelle, le fait d'envisager un enfant sans amour entre les deux « parents » est le reflet du capitalisme : on fait un enfant « comme on va échanger une machine à laver ». Elle me donne l'exemple d'une femme, qu'elle imite en prenant un accent mondain, qui « a fait un enfant toute seule » qui lui a « coûté » beaucoup d'argent. Elle veut « faire naître une interrogation » chez les femmes dans les parcours d'IVG (et qui envisagent de mener leur grossesse à terme), à savoir [en s'adressant à moi] : « vous faites le choix pour l'enfant qu'il n'ait pas de père [...] et il y a aussi votre ancien conjoint qui se retrouve avec un enfant », sans jamais interroger la responsabilité du géniteur. « Donc il ne s'agit pas que de votre vie de femme ». La patiente semble pourtant se montrer consciente des conséquences dans le cas où elle poursuivrait sa grossesse : « je sais qu'il aura des droits sur cet enfant... si j'avorte c'est parce que la société fait que c'est mal vu d'être mère célibataire ».

La médecin : « Dans l'histoire vous êtes trois. »

La patiente : « Il y a plein de parents différents. »

La médecin : « Là c'est vous. »

Lors d'une nouvelle session d'observations (3 avril 2018) dans cette même structure et auprès de cette même médecin, je lui demande si elle a revu cette patiente. Elle répond par la négative et dit « le pauvre » en parlant du bébé à venir. Elle a peur que la patiente dise au futur enfant que le « père » n'en voulait pas. Elle pense encore que la patiente a 24 ans alors qu'elle en a 27 ou 28.

Si la dernière phrase de cet extrait de journal de terrain révèle une infantilisation de l'usagère (la médecin s'étant basée sur un âge erroné), l'ensemble de l'extrait rend compte d'une psychologisation (Fainzang 2006) des actes de la jeune femme par la professionnelle (qui s'en remet à la psychanalyse), qui renvoie, en outre, à une responsabilisation unilatérale (excluant l'homme) sur la patiente. La perception de la

famille qu'elle mobilise fait, quant à elle, échos aux débats qui ont concerné les familles monoparentales dans les années 1960 (Cardi 2015) (avant que les mêmes arguments ne soient projetés plus récemment sur les familles homoparentales).

Ces logiques normatives se retrouvent chez les attendus des parent·e·s des usagères et les idéaux qu'ils transmettent à leurs filles en les éduquant à la contraception :

« Je pense que ça fait partie des éléments qui permettent de participer à l'émancipation de ses enfants, en particulier de sexe féminin, de lui expliquer que la contraception c'est un moyen de contrôler, non pas sa sexualité, mais en tout cas la reproduction, de rester libre et de décider quand elle pourra, elle sera prête, elle aura trouvé la bonne personne, pour choisir et donc désirer un enfant. » (Archibald, père d'Aurore, avocat, 12 janvier 2017)

Ces rappels aux normes ont peu été observés en centres de santé. Portant un regard critique sur l'hétérosexualité pénétrative pénovaginale, une praticienne de cette structure déclare : « La sexualité ce n'est pas que la pénétration. [...] Et on revalide ça en demandant de quand date le dernier rapport, ça veut bien dire de quand date la dernière fois qu'il y a eu une éjaculation dans le vagin ». Les professionnel·le·s de ces structures accompagnent alors parfois les patientes en dehors des normes attendues :

5 juin 2018, centre de santé

La patiente (asiatique, la quarantaine) consulte pour un projet de grossesse qu'elle souhaite réaliser en dehors d'un cadre conjugal établi. Pensant au départ effectuer une insémination en France ou en Espagne, le projet s'est finalement avéré trop onéreux. Elle souhaite désormais opter pour une méthode artisanale. La professionnelle valorise le parcours de la patiente : « ta stratégie elle est bonne ». Elle poursuit en expliquant que si ça la gêne d'avoir un rapport sexuel avec le géniteur elle peut aussi juste demander le sperme de son ami. Pour cela elle lui donne une pipette pour qu'elle s'injecte elle-même la semence dans le vagin. « C'est une autre manière artisanale, sauf si tu as très envie de faire l'amour avec lui » indique-t-elle. La patiente repartira avec la pipette.

La professionnelle accepte donc de renoncer à une partie de son pouvoir médical en laissant l'autonomie à l'usagère de procréer sans assistance médicalisée. La praticienne déroge d'autant plus aux normes questionnées qu'elle distingue le géniteur de la figure du père.

En structures libérales, les normes et stéréotypes de genre sont non seulement projeté·e·s sur les futur·e·s parent·e·s, mais aussi sur les êtres à venir qui ne sont encore qu'à l'état de cellules :

18 mai 2017, cabinet de ville

En examinant une femme enceinte, accompagnée de son partenaire, un gynécologue demande si iels ont une « préférence pour le sexe du bébé ». L'homme dit qu'iels préfèrent un garçon « pour que le nom [de famille] perdure ». Iels précisent que la grand-mère a 14 petits enfants, *a priori* que des filles puisque l'homme disait qu'iels étaient les derniers à pouvoir faire perdurer le nom. Si la femme enceinte se réjouit à l'idée d'avoir une fille pour « pouvoir faire du shopping », les deux partenaires et le gynécologue s'accordent à dire qu'un garçon sera sans doute « moins pénible » et « mieux pour la carte bleue ». Le gynécologue réalise une échographie et indique : « on voit un petit pistolet [désignant quelques millimètres de peau formant un pénis], vous pouvez sabrer le champagne ».

Ici la sphère médicale apparaît, d'une part, comme lieu privilégié de transmission et de légitimation des normes et stéréotypes de genre et, d'autre part, comme l'un des premiers agents socialisateurs en projetant ces normes (un garçon comme condition à la perpétuation du nom de famille) et stéréotypes sexistes (idée qu'un garçon serait moins pénible, « mieux pour la carte bleue ») sur les individu·e·s avant même leur naissance. Le corps médical, les normes associées (ainsi que le vécu des enquêté·e·s) influent également sur les perceptions de ceux-ci quant à la contraception et les différentes méthodes qui en composent le panel :

24 janvier 2018, cabinet libéral

La médecin généraliste aborde la contraception selon « l'histoire amoureuse » des patient·e·s. Elle mentionne le préservatif « car c'est peut-être pas l'homme de votre vie ». Et d'ajouter : « parmi les contraceptifs il y a la pilule. Vous pouvez la garder même si vous n'êtes pas en couple car vous pouvez retomber amoureuse. »

9.3 Perceptions des moyens de contraception par groupes d'enquêté·e·s

Que cela soit dû à la génération ou à l'identité de genre, les différents groupes d'enquêté·e·s (usagères, mères, partenaires) ont des perceptions diverses de la contraception orale et de la contraception en général. Cette dernière partie de chapitre propose de se focaliser sur les perceptions de ces trois groupes d'interviewé·e·s sur l'ensemble des moyens contraceptifs disponibles en France (y compris ceux ne disposant pas d'une AMM). Sans nier les nuances de perceptions au sein-même de chaque groupe, il s'agit surtout de montrer l'impact des différents vécus biographiques

sur la perception de la contraception. Ces résultats ont pu être dégagés sur la base des *verbatim* recueillis en entretiens lorsque les enquêté·e·s réagissaient à la liste des méthodes constituant le panel contraceptif actuellement disponible en France. Il s'agissait, pour chaque moyen contraceptif, de savoir si la méthode (simplement sur la base du nom, sans visuel) leur était familière et si oui, si son usage était envisagé et pour quelles raisons. D'autre part, la perception du fonctionnement de chaque méthode était recherchée. Enfin, il s'agissait de faire réagir les enquêté·e·s sur la proportion de moyens à usage ovarien/testiculaire et à fonctionnement hormonal/non hormonal. Les méthodes étaient présentées selon les usages (ovarien/testiculaire) et classées par ordre alphabétique. En élargissant le panel contraceptif aux méthodes ayant été validées par l'OMS (comme la contraception testiculaire), l'enjeu est de mettre au jour la manière dont les différents groupes d'enquêté·e·s les perçoivent, afin d'expliquer notamment la persistance de la pilule au centre des parcours contraceptifs.

9.3.1 Perceptions des moyens de contraception vaginaux et ovariens

Des méthodes locales (et) non hormonales discréditées ?

Les usagères mettent l'accent sur l'aspect anaphrodisiaque du **préservatif interne** (pas « charmant », « pas glamour », « gore », « pas esthétique ») qui nécessiterait en plus de prévoir l'acte sexuel (le préservatif pouvant être placé dans le vagin quelques heures avant un rapport pénétratif pour une meilleure épouse de la forme du corps). La perception de ce moyen revoie donc à deux injonctions : le fait que les femmes doivent se montrer désirables, y compris à travers le choix de leur moyen de contraception (la pilule est plus discrète que le préservatif interne) et le fait qu'elles ne sont pas censées démontrer leur désir sexuel en anticipant un rapport. Le désir des hommes devrait être actif, et celui des femmes, réactif (Thomé 2019).

L'**anneau vaginal** est largement confondu avec le préservatif interne, traduisant une confusion due à un mode d'administration similaire (vaginal). Il est donc victime de la même perception (les interviewé·e·s n'ayant pas connaissance de son fonctionnement hormonal).

La **cape cervicale** est sans doute le moyen de contraception le moins connu par l'ensemble des enquêté·e·s, sans doute dû au fait que l'on en trouve difficilement en pharmacie en France, mais davantage sur Internet. Disponible sans ordonnance, aucun·e enquêté·e n'a entendu de professionnel·le·s de santé parler de cette méthode. Les usagères et les partenaires témoignent de peu de connaissances sur le **diaphragme**, tandis qu'il est cité en premier ou deuxième par les mères avant même qu'elles aient

pris connaissance de la liste des différentes méthodes contraceptives. Cela traduit clairement un effet de générations : le diaphragme était connu et utilisé avant la légalisation de la contraception (McLaren, Morel et Rosenthal 1996) et peut être associé à la méthode des spermicides, plus fréquemment proposée aux usagères plus âgées lors des observations. Aussi, si ce moyen représente aujourd'hui une alternative à la médicalisation de la contraception, les mères ont, quant à elles, à l'idée que ce sont les gynécologues qui apprennent aux femmes à l'utiliser. La méthode n'étant pas médicalisée, les mères l'associent pourtant à la dépendance au corps médical. D'une manière générale, l'ensemble des enquêtés·es a tendance à questionner l'efficacité d'une méthode contraceptive quand iels n'ont pas connaissance de celle-ci et les méthodes locales, qui plus est non hormonales, sont, par exemple, perçues par Rosa comme des « gadgets ». Les politiques de santé publique mettent en effet en avant les moyens de contraception dont l'indice de Pearl est le plus élevé. En ce sens, elles se révèlent efficaces puisque les enquêtés·es ont davantage connaissance des méthodes médicalisées. L'objectif de ces politiques n'est donc pas la démocratisation de l'ensemble du panel contraceptif, mais la valorisation des méthodes médicalisées, dans le cadre d'une prévention prioritaire des IVG (Rouzaud-Cornabas 2019).

Les enquêtés·es ne considèrent pas les **méthodes dites naturelles** comme de véritables moyens de contraception. Seule Ambre, par ailleurs féministe, les envisage de la sorte en ce qu'elles permettraient de s'affranchir de la dépendance au corps médical. Les hommes enquêtés, quant à eux, mobilisent le champ lexical de la violence au moment d'évoquer ces méthodes, qu'ils renvoient à des méthodes d'un autre temps : cela évoque à Léo (partenaire de Cyrielle, 24 ans, éducateur spécialisé) le fait « barbare » de mettre des coups de poing dans le ventre d'une femme enceinte pour provoquer une fausse-couche (29 mai 2017), tandis qu'Archibald (père d'Aurore, avocat) les qualifie de « terrifiantes » en ce qu'elles renvoient aux méthodes moyenâgeuses consistant à introduire un « torchon au fin fond du truc [vagin] » (12 janvier 2017).

Les **spermicides**, quant à eux, illustrent l'importance du choix (marketing) du nom des méthodes dans l'appréhension d'un moyen contraceptif. En effet, par leur appellation renvoyant au sperme et donc au masculin, un certain nombre d'enquêtés·es pensaient que la méthode était destinée aux hommes. Elia et Cyrielle (travaillant dans le domaine médical) vont plus loin en faisant une analogie entre les spermatozoïdes et l'enfant à naître et parlent de « pauvres petits spermatozoïdes » (Cyrielle, 14 octobre 2016) « tués » (Elia, 22 mars 2014) *via* cette méthode (et celle du DIU au cuivre). De ce point de vue, les spermatozoïdes représentent la part active dans le mécanisme de reproduction, tandis que les ovules auraient un rôle passif (Dorlin 2008) de réceptacle (ou de « maison » [à spermatozoïdes] selon les termes d'Elia). D'autres usagères mobilisent une logique de *care* similaire en s'inquiétant des effets de la méthode sur le

corps des hommes. Finalement, les perceptions analysées ici sont similaires à celles qui apparaissent dans la formation médicale, étudiée plus en amont dans la thèse.

Méthodes hormonales, perceptions plurielles

Les **DIU** étant jusqu'à récemment uniquement conseillés aux femmes ayant atteint le nombre d'enfant(s) souhaité, le regard que portent les usagères sur ces dispositifs dépend fortement de l'expérience de leurs mères avec ceux-ci. Les usagères s'informent essentiellement sur les DIU par leurs paires et leurs mères. Ces dernières, qui ne sont plus dans la recherche d'informations sur la contraception, s'interrogent sur la possibilité de pose du dispositif chez les nullipares, qui reste perçue comme déconseillée voire impossible. Par contraste, certaines jeunes femmes sont intéressées par cette méthode et savent qu'elles y ont droit. Par un effet de générations, les connaissances des jeunes femmes semblent ici plus à jour que celles de leurs parentes. L'**implant** est, d'une part, peu connu des enquêtée·e·s (confondu avec le patch par les usagères et avec les DIU par les partenaires) et est, d'autre part, perçu négativement par l'ensemble d'entre elleux. Les gynécologues en font un mauvais retour aux usagères, lesquelles mobilisent le champ lexical de la peur à son égard. Les partenaires le perçoivent comme un véritable traitement et les mères comme un moyen imposé. En effet, l'implant est davantage utilisé par les femmes issues des classes les moins privilégiées (Bajos et al. 2012) et est historiquement stigmatisé car associé aux femmes « déviantes » (Roux, Ventola et Bajos 2017) (atteintes de troubles psychiatriques par exemple) à la fois car il ne nécessite pas de capacité d'observance et est considéré comme le moyen le plus efficace. Il reste perçu comme un outil d'eugénisme « négatif » (« "negative" eugenics » (Mottier 2012b)). Les usagères étant toutes diplômées et issues de PCS moyenne à supérieure, on comprend aisément qu'elles perçoivent ce moyen de la sorte et que les professionnel·le·s ne les encouragent pas dans cet usage.

Le **patch** illustre le fait que les jeunes femmes se révèlent être des sources d'information pour leurs partenaires puisque ceux qui ne connaissent pas cette méthode affirment ne pas en avoir parlé avec leurs compagnes. Les femmes, quant à elles (usagères et mères), questionnent l'efficacité de ce moyen, d'une part du fait de son administration cutanée (qui contraste avec une administration couramment orale ou vaginale) et, d'autre part, par analogie aux patchs pour maigrir ou pour arrêter de fumer (perçus comme dispositifs peu sérieux, dépourvus de légitimité médicale).

Les **progestatifs injectables** sont une illustration significative de l'aspect culturel des moyens de contraception : courants en Amérique Latine, ils sont peu connus en France, y compris chez les enquêtée·e·s. Les usagères témoignent d'un certain dégoût

face aux piqures et les mères appuient l'aspect non novateur de la méthode, dont seul le mode d'administration diffère de la pilule (le fonctionnement restant hormonal).

À la limite de la contraception : la contraception d'urgence et la stérilisation

Pour les usagères et les parent·e·s, la **contraception d'urgence** est moins perçue comme un moyen de contraception que comme une méthode de régulation de la fécondité hiérarchiquement située entre la contraception et l'IVG. Pour Archibald (père d'Aurore, avocat) « C'est presque plus de la contraception » (12 janvier 2017). D'après elleux, la contraception renverrait à un usage régulier et « bénin », selon les critères des politiques de santé publique.

Tout comme la contraception d'urgence, la **stérilisation à visée contraceptive** (ici à destination des femmes) vient questionner la définition de la contraception, qui doit être réversible. Là encore, elle est également présentée de cette manière par les politiques de santé. Les avis des interviewé·e·s concernant cette méthode viennent également réaffirmer la « norme procréative » (Bajos et Ferrand 2006), la maternité restant perçue comme incontournable. Les usagères n'envisagent pas cette méthode et encore moins en étant nullipares et mobilisent le champ lexical de l'irréversible (« définitif », « irrévocable ») et de l'extrême (« lourd », « violent », « radical »), tout comme les mères. Les partenaires pointent le caractère déviant de la méthode en la qualifiant de « bizarre » (selon Léo) et en arguant que c'est une « chance de pouvoir se reproduire » (d'après Baptiste). Pour ces partenaires, il y aurait donc une injonction à procréer dès lors que l'on est fertile.

9.3.2 Perceptions des moyens de contraception pénien et testiculaires

Les moyens de contraception à destination des hommes questionnent la définition de la contraception exclusivement chez les partenaires : pour Morty (partenaire de Manon, 25 ans, doctorant en astrophysique), et ce d'autant plus quand il était plus jeune, la contraception renvoyait nécessairement, d'une part, à un usage destiné aux femmes et, d'autre part, moins à la prévention d'IST que de GNP.

Le **préservatif externe** est le premier moyen cité par les partenaires et les mères. Les enquêté·e·s ont connaissance des propriétés prophylactiques du préservatif et du fait qu'il s'agisse, dans une certaine mesure, d'un des rares moyens du ressort des hommes, comme le décrivent les mères, à la fois dans l'usage (ressort des partenaires) et dans l'éducation (ressort des pères). Pour les usagères, si ce moyen est associé à la protection des IST, il renvoie aussi aux personnes et aux relations jeunes. De ce fait, son usage n'est envisagé que de manière provisoire. S'il est identifié comme le moyen

le plus basique, il est également perçu par ces jeunes femmes comme étant contraignant (inconfortable, anaphrodisiaque, nécessitant une certaine charge mentale). Et pour cause, le fait que l'utilisation du préservatif puisse déranger les partenaires peut peser sur les interlocutrices, « surtout lorsqu'un attachement au partenaire est présent » (Thomé 2019, p. 522).

Le retrait, lorsque les enquêté·e·s connaissent ce terme, est identifié comme la **méthode dite traditionnelle** gérée par les hommes. Sa fiabilité est grandement questionnée par l'ensemble des groupes d'enquêté·e·s. Si les mères se soucient (en plus de son efficacité) de la maîtrise que cela laisse aux hommes, les partenaires, quant à eux, questionnent leur propre bien-être : en s'inquiétant de leur plaisir sexuel d'une part (en devant se retirer avant l'éjaculation) et en étant exposés à un risque d'IST (dans le cas où cette méthode n'est pas combinée au préservatif), d'autre part.

La perception de la vasectomie (méthode de **stérilisation à visée contraceptive**) (re)déclenche des logiques de *care*, voire des logiques masculinistes, chez l'ensemble des groupes d'enquêté·e·s. Dans le premier cas, à l'image de la ligature des trompes, les mères et les jeunes femmes emploient le champ lexical de la radicalité. Dans le second cas, les usagères font une analogie avec la castration. Pour Emma (protestante pratiquante, qui perçoit le déséquilibre des usages ovarien/testiculaire comme une inégalité pour les hommes), le choix de recours à cette méthode devrait uniquement appartenir aux hommes. Les partenaires, quant à eux, ne se sentent pas concernés par cette méthode en ce qu'ils ne sont pas physiquement impactés par une éventuelle grossesse.

Seule Manon (une fois qu'elle s'est reconnue comme féministe) connaissait la **contraception hormonale testiculaire**. Une fois les explications données, les jeunes usagères l'identifient comme « la pilule pour hommes », étant donné qu'elle représente le seul moyen contraceptif avec un fonctionnement hormonal destiné aux hommes. Du reste, leurs opinions évoluent entre souci du plaisir masculin et partage de la charge contraceptive que cela peut permettre. Emma reconnaît que son « côté sociologue »³⁸⁴ (lui permettant de tenir compte des inégalités de genre) se heurte à ses croyances en termes de rapports de genre (fortement empreintes d'influences religieuses). Les mères doutent du succès de cette méthode auprès des hommes qu'elles qualifient de « douillets » et se questionnent (tout comme à chaque fois qu'une méthode est peu promue et répandue) quant à son efficacité.

La **contraception testiculaire thermique** (connue également sous les appellations de slip chauffant ou remonte-couilles toulousain) déclenche des rires principalement chez les jeunes femmes et les mères et une multitude de questions chez l'ensemble

³⁸⁴ Elle a une licence en sociologie.

des enquêté·e·s. Il semble que ce moyen de contraception vienne particulièrement se heurter à certaines normes de genre en ce que son mode d'utilisation sollicite directement les parties génitales des hommes. Peu habitué à ce type d'usage, Léo (partenaire de Cyrielle, 24 ans, éducateur spécialisé) fait une analogie avec des accessoires sexuels. Tout comme la méthode précédente, la contraception thermique met au jour des tensions dans les discours des usagères, qui oscillent entre souci du bien-être des usagers et opportunité d'un meilleur partage de la charge contraceptive. Seule Aurore (dont le processus de réflexion féministe est largement entamé) connaissait cette méthode. Parmi les partenaires, Jean (partenaire d'Ambre, usagère s'affirmant féministe) était le seul à connaître les effets de (sans pour autant la nommer) la cryptorchidie artificielle. Les partenaires s'inquiètent de la contrainte que cette méthode peut représenter. C'est notamment le cas de Baptiste (partenaire d'Eva, 25 ans, agent de sécurité incendie) qui lui reproche une implication quotidienne (alors que c'est également le cas pour la contraception orale). Pour les mères, cette méthode renvoie également à une innovation (une « nouveauté ») alors même que le processus est développé depuis les années 1970, soit la même décennie que la diffusion des pilules de premières générations. Encore une fois, la perception positive d'un dispositif contraceptif dépend moins de son ancienneté que de la promotion dont il bénéficie par les médecins et les politiques de santé.

9.3.3 Définir la pilule au regard de la contraception

La contraception : « féminine » et hiérarchisée

Finalement, analyser les perceptions des enquêté·e·s pour chaque moyen de contraception permet de cerner leur définition de la contraception en général et de situer leur appréhension de chaque méthode. À leur sens, la contraception doit pouvoir être employée régulièrement et donc être bénigne (selon les critères des politiques de santé publique), réversible, efficace donc médicalisée, non anaphrodisiaque et non prophylactique sur le long terme. L'ensemble des groupes d'enquêté·e·s, et particulièrement les partenaires, perçoivent la démocratisation d'un moyen contraceptif comme gage d'une grande efficacité :

« [...] c'est les moyens courants les plus utilisés donc... donc on va dire par déduction c'est peut-être ceux qui marchent le plus. Donc c'est ceux-là que j'utilise. » (Michel, partenaire d'Emma, 27 ans, dessinateur industriel, 8 octobre 2016)

« En fait pour moi c'était naturel que ce soit comme ça puisqu'en gros tout le monde fait comme ça et c'est peut-être le plus efficace. Du coup ça a été naturel pour nous,

on en a jamais trop parlé, ça a été comme une évidence. » (Baptiste, partenaire d'Eva, 25 ans, agent de sécurité incendie, 18 décembre 2016)

Pour les partenaires surtout, la contraception doit être appliquée aux corps qui risquent physiquement une grossesse. Les propos d'Archibald (père d'Aurore, avocat) appuient également cette perception : « La contraception elle a un but principal, c'est d'éviter de tomber enceinte, d'avoir un enfant quand on le désire pas. À partir de là, c'est à la principale concernée, donc la jeune fille, de trouver la meilleure contraception » (12 janvier 2017). Les usagères distinguent, quant à elles, au moins trois dimensions dans la contraception. D'abord, elles l'associent largement à un usage destiné aux femmes. Par exemple, lorsqu'il est demandé à Vaani (sans emploi) si elle a utilisé un moyen contraceptif autre que les pilules, les DIU et les méthodes dites naturelles, elle répond négativement jusqu'à ce qu'elle parle de l'usage du préservatif externe. L'on comprend au fil de l'entretien qu'elle entend par ses usages contraceptifs uniquement des contraceptifs à usage vaginal/ovarien (appliqués à son corps) et non la contraception globale du couple. Elle précise en effet : « Mais je pensais pas aux garçons en fait » (30 juin 2016). Ensuite, les usagères distinguent la fonction prophylactique et contraceptive. Rosa (étudiante en management) définit la contraception de la manière suivante et dans une perspective inclusive (considérant les rapports lesbiens) : « un moyen pour se protéger et ne pas tomber enceinte. Après le préservatif c'est plus que ça, c'est même éviter de choper quelconque infection. Sachant qu'il y a des infections qui se passent qu'entre femmes et qui touchent pas l'homme » (4 février 2018). Dans le cadre de cette distinction, les parent·e·s privilégient l'aspect contraceptif au détriment du prophylactique. Lili (mère d'Emma, fonctionnaire retraitée de La Poste et aide à domicile) ne sait pas si elle considère le préservatif comme une contraception justement car elle doute de son efficacité contraceptive. Archibald indique à ce titre : « Pour le préservatif c'est [...] une protection contre les maladies sexuellement transmissibles. [...] Si on veut une vraie contraception, y a la pilule qui est privilégiée ». Enfin, les usagères adhèrent à la hiérarchisation des moyens de contraception plutôt que de penser la gestion de la fécondité dans son ensemble. La contraception d'urgence, l'IVG et, selon elles, également la stérilisation à visée contraceptive, sont à distinguer du reste des méthodes. Le cas de Vaani illustre bien cela : elle indique en effet ne pas avoir cité la contraception d'urgence parmi les moyens contraceptifs, non pas parce qu'elle n'en a pas connaissance, mais parce qu'elle ne la considère pas comme une contraception « comme les autres ». Finalement, la contraception doit, d'une part, pouvoir s'utiliser régulièrement avec le moins d'effets indésirables possibles et, d'autre part, n'interférer qu'un minimum avec les rapports sexuels, ce qui permet notamment d'éviter la

démonstration du désir sexuel des usagères. Les propos de Cyrielle (manipulatrice en électroradiologie) reprennent l'ensemble de ces éléments :

Cyrielle : Ben la **contraception d'urgence** déjà je vois pas pourquoi on appelle ça contraception. Pour moi c'est pas une contraception. C'est un truc qui t'arrache tout, qui t'enlève tout et après on repart à zéro. [...] Tu peux pas utiliser ça tout le temps. Et pour moi **un contraceptif** c'est quelque chose que tu peux utiliser régulièrement. [...] Oui mais le mot urgence il faut le garder. Tu m'enlèves contraception. Ça en est pas une. [...] Pour moi une contraception c'est quelque chose que tu prends régulièrement. [...]

Stérilisation, ouais non ça c'est fort quand même. Je trouve que pareil, le mettre dans les contraceptifs... C'est chaud hein. Mais en fait moi c'est la définition du mot contraceptif, contraception, qui me... [...] C'est pas à usage fréquent. C'est comme contraception d'urgence et contraception définitive c'est pas adapté à contraception, pour moi. Après je sais pas la définition exacte de contraception. [...]

Tu vois c'est ça moi aussi qui me gêne, tu vois genre le **préservatif féminin**, le préservatif masculin, parce que ça te coupe tout en plein milieu. [...]

[À propos des **méthodes locales** utilisables dès la veille d'un rapport sexuel :] Ouais mais comment tu sais quand tu vas niquer ?

Leslie : Mais c'est pas pire que la méthode [dite] naturelle où tu calcules aussi.

Cyrielle : Ouais mais moins. Ouais mais oui, oui. Ouais, je sais pas. C'est un truc qui te coupe tout aussi. Là avec la pilule au moins... c'est comme si c'était naturel, parce que tu t'en rends pas compte. (14 octobre 2016)

En utilisant une contraception, l'enjeu est aussi de se prémunir d'une IVG (pour rappel, perçue comme ultime recours suite à un « échec » contraceptif), voire de se distinguer des récidivistes en cas de recours à l'acte et ainsi réaffirmer ce que sont les « bonnes » et « mauvaises » pratiques en matière de gestion de la fécondité :

« [...] je pense que tu peux juger une femme à partir du moment justement où ça fait quatre ou cinq fois qu'elle avorte, où là t'as envie de lui dire : "écoute y a des contraceptifs qui existent et rien que mets la capote". Comme si l'avortement faisait partie des contraceptifs. Pour moi non. L'avortement c'est pas un contraceptif, c'est quelque chose que tu peux avoir recours justement si t'as un contraceptif qui n'a pas marché ou si ça t'ai arrivé d'oublier ta pilule ou j'en sais rien, que la capote a craqué, que tu t'es fait violer. » (Elia, infirmière, 20 septembre 2016)

La pilule : confort pour les uns, engagement pour les femmes

Pour toutes ces raisons, la pilule reste aux yeux des enquêtés·e·s, un moyen de contraception incontournable qu'ils et elles définissent par certaines de ses particularités. Ici, les spécificités des discours se ressentent moins en termes de générations que d'identités de genre. En effet, les hommes enquêtés (les partenaires et un père) associent la contraception orale au champ lexical du « plaisir » et de la « simplicité ». Les termes employés à son sujet sont les suivants : « plaisir », « confort »,

« sécurité », « confiance », « facile », « pratique », « simple », selon les partenaires et « légère », « indolore » pour Archibald (père d'Aurore). La pilule a été déclarée comme moyen de contraception « préféré » par l'ensemble des partenaires. Cyrielle (manipulatrice en électroradiologie) reconnaît que l'usage de la pilule fait consensus en ce qu'il arrange plus largement toute une chaîne d'individu·e·s et de structures (para-)médicale : « on a choisi une habitude de vie qui au final fait que tout le monde est content en règle générale. Ça part du gros laboratoire pharmaceutique à la petite nana qui est contente parce qu'elle a [...] pas de bébé » (14 octobre 2016). Certaines nuances peuvent être mentionnées : Christian et Michel reconnaissent que son usage nécessite une compétence de la part des usagères *via* un contrôle de soi au quotidien et Léo signale un manque de choix au sein du panel contraceptif qui reviendrait surtout à choisir entre préservatif et pilule (et plus largement entre usage local pénien ou usage hormonal ovarien). Pour les usagères, l'usage contraceptif (et non médical) de la pilule est surtout synonyme de relation dite stable. L'engagement sur la durée est à la fois contraceptif et relationnel :

« Je crois que je suis restée qu'un mois sans pilule et quand après je lui ai demandé si c'était vraiment sérieux et qu'on se remette vraiment ensemble, là j'ai dit : "bon ben très bien et je reprends la pilule". Si jamais il m'avait dit : "non on se remet pas ensemble", je l'aurais pas reprise parce que je voulais pas de relations sexuelles avec quelqu'un d'autre, tu vois. » (Cyrielle, manipulatrice en électroradiologie, 14 octobre 2016)

« Je vois pas pourquoi ça serait à moi de prendre la pilule alors que c'est pas vraiment sérieux. C'est pas des plans cul mais ça se termine à chaque fois. [...] je lui avais dit que je la voulais pas et que si ça devenait sérieux avec lui je la reprendrais peut-être. Mais je me doutais que ça allait se terminer, je ne voulais pas reprendre une pilule pour même pas un mois alors que s'il faut dans un mois j'étais de nouveau célibataire. » (Laura, chargée de gestion immobilière, 3 juillet 2016)

« Pas de retrait avant. Je me disais non ça peut pas m'arriver [de tomber enceinte]. C'était pas avec mon mari. [...] Et j'ai vraiment pris la pilule à mon mariage. Quand je me suis mariée j'ai repris correctement. » (Lisa, assistante de gestion, 7 février 2018)

Du côté des partenaires, l'engagement relationnel se traduit au contraire par l'abandon d'un usage contraceptif (celui du préservatif). Par exemple, Jean (partenaire d'Ambre, 27 ans, intermittent du spectacle) décrit sa relation de couple actuelle comme « fusionnelle », de « confiance » et au sein de laquelle il se « projette ». À la question « est-ce que ce type de relation influe sur ta contraception ? », voici sa réponse : « Ouais, par exemple le fait d'arrêter les préservatifs très rapidement » (15 novembre 2016). Le passage des relations occasionnelles à une relation stable et durable va de

pair avec le passage du préservatif à la pilule, signifiant un abandon des préoccupations liées aux IST, associées aux relations occasionnelles ou extra-conjugales.

Contraception désirable ?

Paradoxalement à sa vocation émancipatrice, le passage à l'usage de la pilule semble aussi renforcer la censure du désir sexuel des usagères. Discrète en nombre de points (par sa taille, sa rapidité d'ingestion, son usage détaché des rapports sexuels, son goût neutre et ses couleurs claires), la contraception orale favorise l'imprévisibilité des rapports sexuels (contrairement au préservatif, comme vu plus haut). Les usagères appuient le « naturel » avec lequel elle permet d'avoir des relations sexuelles (comprendre théoriquement non prévues) : « Je préférerais vraiment nettement la pilule pour le côté très... que ça fasse vraiment naturel », explique Vaani (sans emploi, 30 juin 2016). Pour rappel, les propos de Cyrielle (manipulatrice en électroradiologie) abondent aussi en ce sens : « C'est un truc [les méthodes dites naturelles] qui te coupe tout aussi. Là avec la pilule au moins... c'est comme si c'était naturel, parce que tu t'en rends pas compte » (14 octobre 2016). Lors de l'arrêt de cet usage contraceptif c'est aussi le moment de conception qui ne nécessite pas d'être refreiné par une intervention médicale :

« J'aime vraiment le fait que si tu veux faire un enfant [...] il me suffit juste d'arrêter la pilule. J'ai pas besoin de prendre un rendez-vous. Déjà que c'est pas trop naturel de se dire bon ben on fait un enfant, on arrête maintenant la pilule. Au moins c'est plus naturel au lieu de prendre un rendez-vous, de se faire retirer quelque chose. Là t'arrêtes et c'est réglé. » (Elia, infirmière, 20 septembre 2016)

Paradoxalement, d'une part, ces comprimés d'hormones **synthétiques** favoriseraient les rapports sexuels imprévus, perçus alors comme « **naturels** ». D'autre part, ce moyen contraceptif permettant de **choisir** le « bon » moment de conception rendrait justement celui-ci plus **spontané**.

Le tableau ci-dessous synthétise les perceptions précédemment développées pour chaque moyen de contraception et par groupes d'enquêté·e·s.

Tableau 16 - Perceptions des moyens de contraception (autres qu'oraux) selon les groupes d'enquêtés (usagères, mères, partenaires)

Méthodes vaginales et ovariennes	Usagères	Partenaires	Mères (parent·e·s)
ANNEAU	<ul style="list-style-type: none"> • Peu connu • Fonctionnement inconnu • Champ lexical de la peur • Confusion (liée au mode d'administration similaire) avec préservatif interne, DIU et cape cervicale • Accroissement des connaissances d'un entretien à l'autre 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu ou pas connu • Confusion avec préservatif interne 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu ou pas (pour 2 parent·e·s) connu • Confusion avec préservatif interne • Inconfortable • Non innovant
CAPE CERVICALE	<ul style="list-style-type: none"> • Pas connue (Manon vaguement) • Réticence 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas connue • Efficacité questionnée 	<ul style="list-style-type: none"> • Méthode la moins connue
CONTRACEPTION D'URGENCE	<ul style="list-style-type: none"> • Utile, rassurant, nécessaire, enjeu accessibilité • Usage qui doit être exceptionnel • Peur stérilité • Analogie avec l'IVG • Médicament de secours et non moyen contraceptif 	<ul style="list-style-type: none"> • Connue • Pas de discours stigmatisant 	<ul style="list-style-type: none"> • Entre moyen de contraception et IVG • Crainte facilité d'accès et usage abusif • Crainte dangerosité
DIAPHRAGME	<ul style="list-style-type: none"> • Peu ou pas connu • Déconseillé/ non présenté par gynécologues • Manque d'informations 	<ul style="list-style-type: none"> • Confusion avec implant • Efficacité questionnée 	<ul style="list-style-type: none"> • Cité avant même d'avoir connaissance de la liste du panel • Dispositif et fonctionnement plus connus que son appellation
DIU	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositif plutôt attrayant • 2 fonctionnements peu connus • Sources : mères et amies plutôt que médecins. Manque d'informations • Accessibilité difficile • + : alternative aux hormones • - : intrusif, dépendance au corps médical • Analogie (invasivité) : tampon, hameçon 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu connu • 2 fonctionnements pas connus • Confusion avec implant • Peur stérilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Cité avant même d'avoir connaissance de la liste du panel • Au cuivre perçu comme le DIU « normal » • Pose chez nullipares questionnée • Discours dépendent fortement de leurs expériences avec le dispositif : pratique ou intrusif

Tableau 16 - Perceptions des moyens de contraception (autres qu'oraux) selon les groupes d'enquêtés (usagères, mères, partenaires)

Méthodes vaginales et ovariennes	Usagères	Partenaires	Mères (parent·e·s)
IMPLANT	<ul style="list-style-type: none"> • Peu connu • Confusion avec patch et progestatifs injectables • Mauvais retours des gynécologues • Sources : paires • Champ lexical de la douleur 	<ul style="list-style-type: none"> • Analogie avec DIU et traitement médical • Champ lexical de la peur (d'oubli du délai d'efficacité, des effets à longs termes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu connu (cité en 4^{ème} avant d'avoir pris connaissance de la liste du panel) ou pas du tout • Perceptions négatives : « charcuter », effets indésirables, usage coercitif
MÉTHODES DITES NATURELLES ET TRADITIONNELLES	<ul style="list-style-type: none"> • Seule Ambre aimerait apprendre à s'en servir • Pas confiance, efficacité questionnée • Pas considérées comme méthodes contraceptives • Décalage entre discours et pratiques (usage ponctuel de ce type de méthodes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Risqué (en termes de GNP pour les femmes et d'IST pour eux) 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité questionnée • Pas considérées comme méthodes contraceptives • Plus pour concevoir que pour se contracepter • Champ lexical de la contrainte
PATCH	<ul style="list-style-type: none"> • Perception similaire à l'implant • + : moins contraignant que pilule • - : pas innovant car fonctionnement hormonal, peu pratique, efficacité questionnée du fait de l'administration cutanée et de l'analogie avec autres patch (pour maigrir ou arrêter de fumer) jugés inefficaces • Sources : paires 	<ul style="list-style-type: none"> • Entendu parler ou ne connaissent pas (la moitié) • Jamais parlé avec leurs partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne connaissent pas ou vaguement • Confondent avec implant • Analogie avec autres patch (pour arrêter de fumer) : poison, inefficace
PRÉSERVATIF INTERNE	<ul style="list-style-type: none"> • Jamais utilisé • Rebutant • Confusion avec anneau vaginal, analogie avec tampon hygiénique • Champ lexical de la contrainte (« compliqué », « prévoir ») • Anaphrodisiaque (« pas glamour », « gore », « pas esthétique », pas « charmant ») • Sources : école, stands itinérants 	<ul style="list-style-type: none"> • Deux (Jean et Morty) le citent en 1^{er} • Confusion avec l'anneau • Peu pratique 	<ul style="list-style-type: none"> • Jamais utilisé, pas ou peu connu

Tableau 16 - Perceptions des moyens de contraception (autres qu'oraux) selon les groupes d'enquêté·e·s (usagères, mères, partenaires)

Méthodes vaginales et ovariennes	Usagères	Partenaires	Mères (parent·e·s)
PROGESTATIFS INJECTABLES	<ul style="list-style-type: none"> • Pas connus • Piqûres : peur, dégoût, rejet 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas connus 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas connus • Analogie avec spermicides • Peu innovant (mode d'administration inédit mais fonctionnement hormonal)
SPERMICIDES	<ul style="list-style-type: none"> • Pas ou peu connus • Analogie avec lubrifiant • Analogie avec autres matières : spray, gel • Perception négative : chimique, pesticides • Usage testiculaire d'après le nom : malsain pour les hommes et leurs spermatozoïdes (<i>care</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas connus • Analogie avec traitement pour les troubles de l'érection 	<ul style="list-style-type: none"> • Usage occasionnel • Analogie avec autres matières : ovule, gel, crème • Irritant • Peu utile
STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Pas véritable moyen contraceptif • Après maternité • Champ lexical de l'irréversible (« définitif », « irrévocable ») et de l'extrême (« fort », « lourd », « radical », « violent ») 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnements • Incompréhension : « bizarre », « éviter » et injonction : « chance de pouvoir se reproduire » 	<ul style="list-style-type: none"> • Citée en 4^{ème} quand elle l'est • Connotation négative • Champ lexical de la radicalité et du dommageable • Impensable avant maternité

Méthodes pénéennes et testiculaires	Usagères	Partenaires	Mères (parent-e-s)
PRÉSERVATIF EXTERNE	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité questionnée • Efficacité contre MST • Champ lexical de la contrainte (douleur, inconfort, « prise de tête », « chiant », « coupe » l'acte, budget) et du commun (courant, banal, 1^{er} réflexe) • Usage provisoire : associé aux personnes / relations jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> • Cité en 1^{er} • Questionne la définition de la contraception (prévention GNP > IST ; usage vaginal/ovarien) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cité en 1^{er} • Du ressort des hommes
MÉTHODES DITES NATURELLES ET TRADITIONNELLES	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité questionnée 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas véritable moyen contraceptif (Christian : « faire le con ») • Déjà pratiqué sans connaître l'appellation • Retrait : souci de leur bien-être (peur des MST, moindre plaisir sexuel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Champ lexical de la défiance (risqué, maîtrisé par les hommes, pas confiance)
STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Champ lexical de l'extrême (radical, trop) • Arguments à tendance masculiniste (décision qui ne concerne que les hommes, castration) 	<ul style="list-style-type: none"> • Incompréhension car ce ne sont pas les hommes qui risquent physiquement GNP 	<ul style="list-style-type: none"> • Plus radical que ligature des trompes
CONTRACEPTION HORMONALE TESTICULAIRE	<ul style="list-style-type: none"> • « La pilule pour les hommes » car seul moyen hormonal • Partage charge contraceptive VS souci du plaisir masculin (<i>care</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas connue 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas connue • Questionnements (efficacité, fréquence, demandes actuelles, remboursements, effets) • Hommes « douillets »
CONTRACEPTION THERMIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Rires et mobilisation de l'humour • Intrigues, questionnements • Efficacité questionnée • Question de la confiance envers les partenaires • Partage charge contraceptive VS souci du confort masculin 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnements pratiques (fonctionnement, durée, fréquence, usage) • Analogie accessoires sexuels (Léo) • Contrainte quotidienne 	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveauté • Questionnements (confort, esthétique, efficacité, fonctionnement) • Rires

Objet aux propriétés contraceptive et médicale (donc potentiellement utilisable sans distinction d'orientation sexuelle), la contraception orale répond pourtant aux préceptes de l'hétéronormativité. Les jeunes femmes restent encouragées très jeunes à s'installer en relation hétérosexuelle, monogame, (vagino)pénétrative, reproductive, et durable. Relation par ailleurs romantisée, notamment par les professionnel·le·s de santé travaillant dans les types de structures qu'elles fréquentent (cabinets de ville). Appréhendé comme complexe, interne, hormonal et parfois sale, le système reproducteur des femmes justifierait ce suivi médical présenté comme un accès privilégié et au sein duquel s'inscrit la prescription de pilules. Exempt sur la durée de tout suivi médical concernant leur sexualité, les (jeunes) hommes sont, quant à eux, beaucoup moins définis que les femmes par leur sexualité et leur sexe (Löwy 2006, p. 171). Par contraste, la contraception orale étant utilisable à moyen, voire long terme, et n'étant pas prophylactique, elle est perçue comme étant peu adaptée aux relations occasionnelles (et encore moins extra-conjugales), davantage associées aux risques d'IST. Les pilules devaient permettre de choisir le bon moment (avec le bon partenaire) pour concevoir un enfant (Bajos et Ferrand 2006). Contre toute attente, elles permettraient même (selon les perceptions des usagères) de feindre la spontanéité de ce moment et restent donc totalement compatibles avec l'hétérosexualité à des fins reproductives. Paradoxalement à sa vocation émancipatrice, la contraception orale participe de la désirabilité des usagères selon des critères spécifiques : la discrétion et l'inhibition. Pour être (et se sentir) désirables, les usagères doivent opter pour un moyen de contraception discret tout au moins, voire invisible, indétectable au moment des rapports sexuels, qu'elles ne sont pas encouragées à anticiper. Les usagères sont ainsi disciplinées dans leur sexualité et leurs relations. De surcroît, les jeunes femmes ont, au même titre que l'ensemble des enquêté·e·s, intégré, voire incorporé, des logiques relatives à la culture du viol dont la contraception orale ne permet pas de s'affranchir si les relations (sexuelles) restent basées sur des stéréotypes de sexe (les hommes auraient plus de besoins sexuels que les femmes) et des rôles traditionnels de genre (hommes actifs, femmes passives) (Thomé 2019). En ce sens, l'accès à la contraception orale a finalement permis une émancipation sexuelle relative.

Cependant, dans ce contexte hétéronormé, les jeunes femmes ne sont pas moins actrices de leurs parcours : en sollicitant au besoin le soutien des partenaires ou encore en changeant de moyen contraceptif. Quant aux partenaires, ils jouissent d'une sexualité non médicalisée et d'un accès pérenne aux informations à travers les usagères, qui, en outre, se tiennent en partie pour responsables de leur faible implication. Par ailleurs, l'implication des jeunes hommes dans la gestion

contraceptive est, le plus souvent, passive, et se traduit par un soutien occasionnel, favorisé en situation de difficultés, et indépendant d'une prise de pilule optimale. Pourtant, un soutien, quel qu'il soit, semble nécessaire à l'appréhension de la contraception orale comme innovation « positive » (Desjeux 2008), surtout si les usagères ne se déclarent pas comme étant exclusivement à l'initiative de ce choix contraceptif. L'appréhension de l'implication des partenaires oscille, pour l'ensemble des enquêtées, de manière contradictoire entre égalitarisme et masculinisme. Les partenaires s'inquiètent moins de leur responsabilité en cas de GNP, et ce, surtout dans le cadre de relations occasionnelles, une paternité semblant plus facile à fuir qu'une IST. La gestion de leur bien-être semble déterminante dans la nature et le degré de leur implication. L'engagement de leurs corps dans cette gestion n'apparaît possible qu'à la condition que le risque d'IST soit réduit et que leur plaisir sexuel soit sauvegardé. Ils déplorent la possibilité d'un « enfant dans le dos » en ne se saisissant par ailleurs qu'*a minima* et à court terme des moyens de contraception à leur disposition. Parfois infantilisés, les mères croient peu en leur implication et les qualifient de naturellement « distraits » et « douillets », ce sur quoi les partenaires semblent eux-mêmes jouer : en disant ne « pas aimer » les consultations médicales, en se reconnaissant eux-mêmes comme « distraits » (mentionnant un fort risque d'oublis de prise de pilule testiculaire) ou encore en qualifiant les usagères de « courageuses » face aux effets indésirables possibles.

Plus largement, la perception de la contraception et de ses usages traduit des politiques de santé efficaces dans la transmission de valeurs hiérarchisées : ce qui relève des « bonnes » et des « mauvaises » pratiques (Mathieu et Ruault 2014), mais aussi des « bons » et des « mauvais » moyens de contraception. « La crise de la pilule » semble avoir à ce titre peu bousculé la norme contraceptive.

CHAPITRE 10 – D’UNE RÉORGANISATION AU SEIN DE « L’ESPACE DE LA CONTRACEPTION »

« La crise de la pilule » a permis une remise en question de la place centrale qu’occupait jusque-là ce moyen de contraception dans le panel contraceptif français. Mais ce n’est ni l’unique changement amorcé, ni la garantie de la disparition de certaines constantes. L’objectif de ce chapitre est de montrer comment les politiques publiques perpétuées ou mises en place depuis cette « crise » et les ressources disponibles au niveau microsociologique ont reconfiguré les pratiques individuelles, qu’elles soient contraceptives (du côté des usagères) ou médicales (du côté des membres du corps médical). Il s’agira de mettre au jour les avancées et les limites permises ou induites par cette « crise ».

Dans un premier temps, les impacts de « la crise » sur la technique elle-même qu’est la contraception orale seront exposés. Objet symbole d’émancipation sexuelle dans les années 1970, la contraception orale semble retrouver un statut de médicament depuis le début des années 2010. Parallèlement, « l’espace de la contraception » (Rouzaud-Cornabas 2019) semble se voir bouleversé. Les revendications des femmes usagères favorisées en contexte de « crise » seront donc re-contextualisées au regard d’une dynamique plus large, favorable aux dénonciations du sexisme dans le milieu médical. Il s’agira également de mettre au jour les confusions inhérentes au scandale, dues notamment à la centralité du rôle des médias et à l’incertitude de la nature des motivations des (nouvelles) recommandations. Pour ce faire, les récits croisés des jeunes femmes usagères et des professionnel·le·s de santé seront notamment mobilisé·e·s. Il conviendra également de s’appuyer sur diverses sources médiatiques (hashtag, blog, Tumblr, articles de presse), ainsi que sur les documents officiels (textes de recommandations et de loi par exemple) qu’elles mentionnent. Le recours aux observations de consultations se fera, quant à lui, dans une moindre mesure.

La deuxième partie sera consacrée à l’appréhension de « la crise » par les usagères et leur entourage. Trois facteurs permettront d’expliquer que les jeunes usagères se sentent peu concernées par cette « crise ». Il en est de même pour leur entourage ; ces groupes d’enquêté·e·s étant des ressources les uns pour les autres.

Enfin, la dernière partie exposera les pratiques des professionnel·le·s de santé à l’heure de « la crise de la pilule ». Leur perception de la contraception orale sera

explicitée. Il s'agira ensuite de se focaliser sur l'influence que ce scandale a pu avoir sur les pratiques médicales, mais aussi sur les relations (de pouvoir) entre membres du corps (para)médical. Enfin, les perceptions de l'ensemble des méthodes contraceptives par les professionnel·le·s de santé seront présentées. De manière complémentaire au chapitre 3, « la crise de la pilule » et sa médiatisation sera cette fois-ci abordée par le biais des pratiques individuelles des enquêté·e·s. Ces deux dernières parties s'appuieront sur l'analyse des entretiens menés auprès de l'ensemble des enquêté·e·s.

10.1 Changements imputés à « la crise » : avancées et limites

10.1.1 Du statut émancipateur à celui de médicament ?

La pilule n'est « pas un bonbon »

Il serait vain de s'intéresser aux pratiques (contraceptives et médicales) sans prêter attention à la dimension matérielle des objets impliqués dans celles-ci (Sanabria 2009). Historiquement, « La pilule est le premier médicament prescrit à des personnes non malades » (Grino 2014, p. 2) et a été considérée, dans l'imaginaire collectif, comme émancipatrice pendant quarante ans (entre les années 1970 et 2010). Mais durant « la crise de la pilule » amorcée fin 2012, la contraception orale s'est retrouvée source d'enjeux similaires à de nombreux autres médicaments également sujets de scandales, amoindrissant ainsi son statut libérateur au profit de celui de médicament. Suite au scandale, professionnel·le·s de santé et usagères ont, en effet, reconsidéré les risques inhérents à ce type de traitements. Selon une gynécologue travaillant en cabinet de ville, cette « crise » aura permis de « faire prendre conscience aussi aux gynécos et aux médecins que la pilule c'était pas n'importe quoi, c'est quand même un traitement. Et moi, bien souvent, quand j'interroge les patientes : "est-ce que vous avez un traitement ?" Elles me disent "non". Pour elles, la pilule n'est pas un médicament » (7 décembre 2016). Les propos d'une pharmacienne, d'une sage-femme et d'une usagère illustrent également cette reconsidération :

« C'est terrible mais les gens n'ont pas conscience que c'est un médicament. Il n'y a pas d'évaluation des risques. Il faut avoir en tête que le produit peut ne pas être adapté » (Une pharmacienne, 13 février 2017).

« Et ça a été tellement banalisé que dans la tête de beaucoup de femmes c'est un bonbon. Par exemple on va dire à une femme : "ahhaha t'as un problème t'es épileptique, va falloir que tu prennes de la Dépakine® à vie", alors là c'est

l'effondrement. "Oui ben t'es fertile, va falloir que tu prennes une pilule à vie", tout va bien. Alors que bon c'est un médoc comme un autre médoc. Faut se rappeler que c'est quand même un médicament. » (Une sage-femme, cabinet libéral, 25 janvier 2017)

« Mais c'est quand même un médicament, c'est pas un bonbon qu'on prend. C'est vraiment quelque chose qui fait quelque chose à notre corps » (Vaani, sans emploi, usagère, 30 juin 2016).

Des laboratoires laxistes ?

Historiquement les pilules ont fait l'objet d'importants lobbies. Pour rappel, dès les années 1920-1930, les groupes pharmaceutiques souhaitaient commercialiser et utiliser les hormones sexuelles dites féminines le plus largement possible et pour toutes sortes de « maux ». Ces molécules ont donc été testées sur le tard (Oudshoorn 1993; Löwy 2006). Encore aujourd'hui, les membres du corps médical peuvent regretter le manque de précisions dans la communication des laboratoires quant aux risques inhérents aux traitements contraceptifs. Une gynécologue (travaillant en cabinet de ville) donne l'exemple de l'un d'entre eux qui lui vend un patch contraceptif qui sera par la suite retiré du marché, du fait de risques sanitaires constatés. Le laboratoire ne l'a pas prévenu de ce changement. Par conséquent, le bien-être des femmes entre, encore aujourd'hui, en concurrence avec le profit pharmaceutique :

« [...] par exemple moi j'étais hyper choquée là, c'est le manque de communication des labos. Vous savez y avait le patch. Y a le patch Evra[®] et y a le patch Lisvy[®]. Le patch Evra[®] c'est un patch qui est sorti y a quelques années déjà, qui a un impact un petit peu plus important au niveau thromboembolique. En fait ils ont sorti le patch Lisvy[®] soi-disant moins dosé, mieux toléré, machin. J'ai les labos qui me le présentent. Donc c'est vrai que là-dessus si vous voulez c'est le même type de produit, si vous voulez ce qui m'avait choqué c'est que donc elle [une visiteuse médicale] me le présente comme quelque chose qui est moins dosé, avec un passage sanguin moins important, etc., etc. Et en fait quand y a eu les effets secondaires et qu'il a été retiré du marché elle me l'a pas dit. Donc si vous voulez ça, je suis choquée quoi. Je suis choquée de l'attitude des labos, enfin moi ce labo-là je le raye, définitivement, parce que c'est des gens je veux même plus les entre-apercevoir parce que j'estime qu'à partir du moment où on présente un produit on est responsable aussi de la prescription de ce produit et que c'est pas juste un acte commercial. [...] Alors peut-être que j'aurais pas dû le prescrire avant qu'on en reparle dans les congrès mais j'étais hyper choquée d'apprendre qu'il avait été arrêté. Et de pas avoir été prévenue, même pas un courrier, rien. Donc non, ça j'accepte pas. C'est un peu comme toute la polémique qui a eu autour des pilules. » (7 décembre 2016)

Face à ces risques, les femmes dénoncent à la fois les effets indésirables et l'autorité (para)médicale qui les minimise, voire les légitime.

10.1.2 Une libération de la parole des femmes ?

Depuis le début des années 2010, une visibilité des violences médicales est à l'œuvre. Une partie du chapitre 7 était consacrée aux violences médicales et gynécologiques en contexte de culture du viol et mentionnait différentes actrices et acteurs dénonçant et luttant contre ces violences. L'objectif était de mettre au jour le *continuum* de ces formes de violence en consultations de contraception. De manière complémentaire, la présente sous-partie propose d'élargir la réflexion à la formation médicale, particulièrement empreinte de sexisme et pouvant aller jusqu'à (l'apologie) des violences sexuelles. À travers quelques exemples (touchers vaginaux sur patientes endormies, fresque illustrant un viol collectif peinte au sein d'un CHU), l'objectif est de montrer que la libération de la parole des usagères de contraception (orale), quant aux effets indésirables et aux violences médicales, a certes été favorisée par « la crise de la pilule », mais s'ancre également dans un contexte de mobilisations plus large. Les expressions de « tournant génital du féminisme » ou de « bataille de l'intime » (Froidevaux-Metterie 2020, p. 68) renvoient à la recherche de l'égalité dans des sphères jusqu'ici (années 2010-2015) peu investies par le féminisme : la sexualité et la corporéité. Dès lors, de nouvelles revendications émergent : rendre les protections hygiéniques accessibles à toutes les personnes menstruées, représenter le clitoris dans les manuels scolaires, ou encore dénoncer les violences gynécologiques et obstétricales.

Un milieu médical sexiste

En 2015, la presse révélait que des touchers vaginaux (TV) effectués sur des patientes endormies³⁸⁵ faisaient partie intégrante de la formation en médecine. L'apprentissage de ces actes était présenté dans un document (voir la figure ci-après) de la rubrique « formation » du site Internet de l'université de médecine et de maïeutiques de Lyon Sud Charles Mérieux, et a été supprimé depuis.

³⁸⁵ (Lorriaux 2015a; Lorriaux 2018)

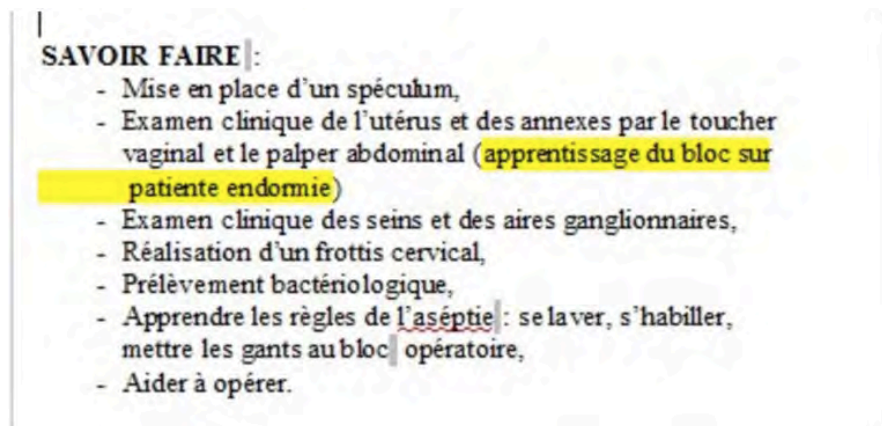


Figure 38 - Extrait d'un document de formation médicale préconisant l'apprentissage de touchers vaginaux sur patientes endormies (Lorriaux 2015)

Les arguments des défenseurs de cette pratique se heurtent notamment à des recommandations officielles. Des internes en médecine invoquent le caractère universitaire des CHU pour justifier ce type de pratiques qui seraient implicites à leur formation³⁸⁶. Parallèlement, Israël Nisand (président du Collège national des gynécologues et obstétriciens français) s'en réfère à l'oxymore de « consentement implicite » des patientes endormies³⁸⁷. Or, pour rappel, le consentement ne peut être tacite³⁸⁸. En outre, l'article L1111-4 du code de la santé publique affirme que « l'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable » et le code de santé publique précise que le consentement « porte également sur la participation éventuelle du [·de la] patient[·e] à la formation d'étudiant[·e·s] ou de professionnel[·le·s] de santé »³⁸⁹. Pourtant, la pratique des TV sur patientes endormies ne semble pas avoir cessé. L'enseignement du viol est donc toujours en vigueur³⁹⁰ et n'est de surcroît pas l'apanage de cet établissement à Lyon puisque ces pratiques sont courantes dans d'autres CHU de France, y compris dans celui de Toulouse Rangueil³⁹¹. De manière insidieuse, la présence des internes (au-delà du cadre des anesthésies) semble modifier le « script » (Bozon et Giami 1999; Le Feuvre et Lapeyre 2005) traditionnel des consultations. Face à la présence de ces étudiant·e·s, les médecins confirmé·e·s semblent plus enclin·e·s à effectuer des actes

³⁸⁶ (Lorriaux 2015b)

³⁸⁷ (Lorriaux 2018)

³⁸⁸ Voir (Winckler 2016) dans le chapitre 7.

³⁸⁹ (Lorriaux 2018)

³⁹⁰ (Winckler cité par Lorriaux 2015a)

³⁹¹ (Lorriaux 2015b)

non nécessaires, sous couvert de pédagogie : « Si y a pas de sens, je vais pas faire un toucher vaginal pour faire un toucher vaginal, dans l'absolu. Après c'est vrai que comme j'ai des internes parfois c'est vrai que ça modifie la prise en charge. C'est-à-dire que si c'est une femme qui vient pour une mycose peut-être que si j'avais été toute seule je l'aurais pas examinée et si y a l'interne je lui propose de l'examiner parce que du coup je fais de l'enseignement aussi. De toute façon elles sont libres de dire oui ou non, l'interne si elles veulent pas qu'il reste, il s'en va », explique une médecine généraliste (cabinet libéral, 9 février 2017). Au-delà de leurs confrères et consœurs, ce sont les accompagnant·e·s des patientes que les médecins peuvent prendre à partie en réduisant la patiente à la partie auscultée de son corps. Fanny (usagère de pilule, étudiante infirmière) est auscultée gynécologiquement pour la première fois à l'âge de treize ans pour cause de règles hémorragiques. Elle relate une expérience traumatisante : « Ah on a fini par m'ausculter à l'hôpital euh alors j'ai trouvé ça hyper gênant, parce que c'était sous présence des parents du coup et euh je trouve qu'ils ont pas du tout été pédagogues, parce que c'était la première fois qu'on me faisait un examen gynéco et euh la nana qui me l'a fait, je sais même plus si c'était une nana ou un mec, je sais plus. Je me souviens que j'ai pleuré parce que euh elle m'a auscultée et elle a dit à ma mère : "vous voulez voir l'intérieur d'un utérus ?" » (20 janvier 2014). La déshumanisation inhérente au morcellement des corps des femmes s'appréhende donc en termes de violences médicales et gynécologiques.

Par ailleurs, plusieurs sources et supports permettent de rendre compte de la prégnance du sexisme et des violences sexuelles dans la formation médicale. Le travail d'Emmanuelle Zolesio illustre ce type de violences dans le domaine de la chirurgie : à la fois envers les futures chirurgiennes³⁹² (Zolesio 2009) et les patientes (Mousse et Zolesio 2017). Aussi, médiatisée en 2015, une fresque³⁹³ peinte sur un mur de la salle de garde du CHU de l'hôpital de Clermont-Ferrand mettait en scène un viol collectif de Wonder Woman (représentant la Ministre de la santé de l'époque, Marisol Touraine, selon l'association Osez le féminisme ou une interne non renseignée sur la loi santé selon des internes du CHU) par quatre autres super-héroïne·e·s. Par l'illustration de ce viol, des membres du corps médical souhaitaient dénoncer les tenants de la loi santé (à l'étude depuis 2013 et adoptée en 2015). Or, la diffusion ou l'imposition de la vue d'images à caractère pornographique constitue une violence

³⁹² Emmanuelle Zolesio qualifie de « sexuel » un « humour » qui peut être identifié comme sexiste et parle d'ailleurs bien de « domination masculine » et de « violence symbolique ».

³⁹³ De par son caractère heurtant et son faible apport au propos (puisqu'elle est par ailleurs décrite), la fresque n'est pas exposée ici, mais est visible via le lien de l'article consulté : https://www.liberation.fr/societe/2015/01/19/la-fresque-du-chu-de-clermont-ferrand-fait-un-tolle_1183939

sexuelle³⁹⁴. Suite à sa condamnation par le Conseil national de l'ordre des médecins³⁹⁵, la fresque a été effacée.

Pour citer un dernier exemple, le site « Paye ta blouse » recueille des « témoignages de sexisme en milieu hospitalier »³⁹⁶. À ce titre, une jeune médecin généraliste enquêtée indique que les « facs de médecine sont pas réputées pour la finesse de leur humour ». Et d'ajouter : « Je me souviens pas d'avoir eu un message hyper ouvert sur la sexualité des patients » (17 novembre 2016).

Un contexte favorable aux dénonciations des dérives du tout pilule

Dans un contexte propice à la remise en question des diverses expressions du sexisme en milieu médical, « la crise de la pilule » semble apparaître dans cette dynamique comme une variable supplémentaire. Elle a participé d'une méfiance grandissante des femmes à la fois à l'égard des effets des hormones de synthèse, mais également envers l'autorité du corps médical. En mobilisant les réseaux sociaux ou en voyant leurs témoignages relayés par les journalistes, les femmes dénoncent des violences médicales et gynécologiques, notamment liées à l'usage de contraception orale. Des témoignages fleurissent sur Internet, *via* entre autres : la page « Paye ton gynéco » sur Facebook, les hashtag #PayeTonUtérus ou #MyPillStory sur Twitter, les sites Internet (Marie accouche là³⁹⁷), et les blogs et Tumblr³⁹⁸ dédiés à ce type de réflexions, comme l'illustrent les figures ci-après.

³⁹⁴ (ANEF et al. 2015)

³⁹⁵ (Bourgneuf 2015)

³⁹⁶ (Paye ta blouse 2016)

³⁹⁷ (Lahaye 2013)

³⁹⁸ (Gyn&co 2013; Je n'ai pas consenti 2015)



Figure 39 - Capture d'écran d'un en-tête d'article du site « Marie accouche là » (2016)

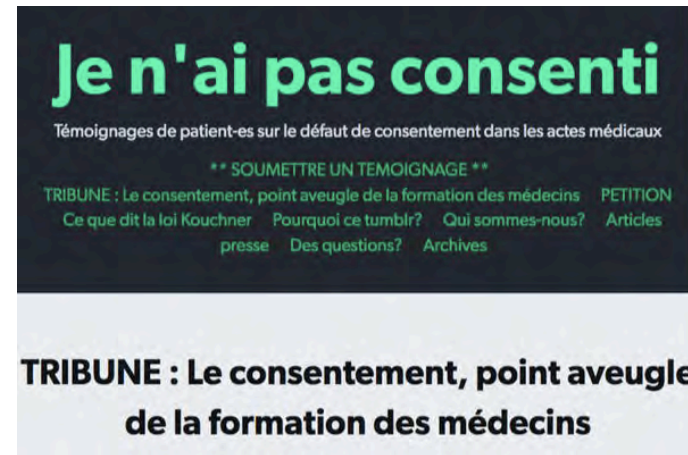


Figure 40 - Capture d'écran du tumblr « Je n'ai pas consenti » (2015)



Figure 41 - Capture d'écran d'un #PayeTonUterus (Twitter, 2016)



Figure 42 - Capture d'écran d'un #MyPillStory (Twitter, 2016)

Ces partages d'expériences remettent en question l'hégémonie de l'autorité médicale et montrent que la collectivisation des vécus est un outil pertinent de lutte contre ces violences (en les visibilisant, en les nommant, en luttant contre leur banalisation), pour pouvoir espérer y répondre. Les enjeux revendiqués autour de la contraception sont notamment le droit et l'accès à un choix libre et éclairé (impliquant une présentation de l'ensemble du panel contraceptif), l'arrêt des examens intempestifs et violents et une meilleure (re)connaissance des effets indésirables. Cette collectivisation médiatisée prouve également (s'il faille encore le faire) que le domaine de la contraception, bien qu'inhérent à la sphère dite privée, est empreint de rapports de pouvoir et donc de dimensions politiques.

Face à ces réactions, l'article 11 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé précise désormais que « toute personne a le droit d'être informée sur l'ensemble des méthodes contraceptives » et que « cette information incombe » aux « professionnel[·le·s]s de santé ». Les pouvoirs publics recommandent donc de présenter le panel contraceptif dans son ensemble. Parallèlement, les médecins enquêté·e·s constatent un attrait des femmes nullipares pour l'usage de DIU et se forment à la pose du dispositif pour pouvoir répondre à cette demande. Si les usagères ne sont pas les principales actrices de l'élaboration et l'assise de la norme contraceptive, en tout cas jusqu'en 2000 (Roux 2020), force est de constater qu'elles contribuent à faire évoluer les réflexions et les pratiques médicales, comme le montrent ces paroles de médecins :

« [...] le grand changement de ces dernières années ça a été de poser le stérilet aux nullipares. Après il y a une méfiance des gens vis-à-vis des médicaments ou des hormones qui font qu'on est obligé de changer, on va beaucoup vers le stérilet, vers les non hormonaux et il en reste pas trente-six. » (Un gynécologue, cabinet de ville, 10 mai 2017)

« J'ai l'impression que poser des stérilets chez les nullipares c'est peut-être quelque chose de plus, de plus récent et qui se fait de plus en plus. [...] ils ont sorti un stérilet plus spécifiquement pour les nullipares je crois, un stérilet encore plus petit que celui qui existait pour les nullipares. » (Une médecin généraliste, cabinet en milieu rural, 10 novembre 2016)

« Les stérilets ça se développe énormément en ce moment, même on peut le prescrire pour des nullipares, je trouve ça pas mal parce que du coup les gens sont tranquilles pendant cinq ans. [...] Je pense que c'est historique en France, on voulait pas poser de DIU chez les nullipares et puis ça a changé parce qu'ils se sont rendus compte que c'était pas un problème de les poser et puis maintenant la nouvelle

génération le fait en fait. ». (Une médecin généraliste, cabinet en semi-rural, 14 novembre 2016)

« Plus de demandes de mise en place de dispositifs intra-utérin chez les nullipares, qui ont été plus ou moins acceptées mais du coup qui ont obligé les soignants à se former à le faire parce qu'avant on le faisait quand même très peu. Donc ça fait aussi avancer la réflexion » (Une médecin généraliste, cabinet de ville, 9 février 2017)

Néanmoins, ces avancées se heurtent à certaines limites.

10.1.3 Entre prévention des risques et désorientation des pratiques

Outre la trop faible organisation de la parole des femmes face à la puissance de l'industrie pharmaceutique et le fait qu'elles ne bénéficient pas toutes d'une exposition médiatique équitable selon leur profil social (comme vu dans le chapitre 3), les avancées amorcées à la suite de « la crise » revêtent d'autres limites.

Le corps médical face aux médias

Les médias jouent un rôle central dans « la crise de la pilule » : un article de presse est notamment à l'origine de la médiatisation du scandale et les chaînes de télévision ainsi qu'Internet se sont fait les premiers relais de cette information. Les médias ont, en ce sens, court-circuité l'information médicale et les échanges entre patientes et professionnel·le·s de santé. L'ensemble des professionnel·le·s reconnaît d'ailleurs, non sans critique, cette place occupée par les médias. Iels témoignent des reconfigurations des relations médecins-patientes que cela implique :

« [...] c'est passé par la télé à l'époque, je m'en souviens très bien. [...] c'est très mauvais pour nous pour avoir un message correct. [...] y a une défiance parce que y a pas un langage suffisamment clair, suffisamment vrai, suffisamment lointain du lobbying » (Une gynécologue, cabinet de ville, 28 mai 2018)

« Ben que ça passe toujours par les médias avant de réfléchir, c'était un peu ridicule parce que y a eu la même histoire y a 20 ans chez les Anglais [en référence au « pill scare »]. [...] Mais les dames étaient très réticentes après, elles ont cru qu'on les empoisonnait sous prétexte qu'on était à la botte des laboratoires, enfin c'était ridicule. » (Un gynécologue, cabinet de ville, 10 mai 2017)

L'information passant prioritairement par lesdits médias entraîne une remise en question de la légitimité de la sphère médicale, dont l'expertise est, durant un temps, reléguée au second plan. Le pouvoir du *savoir* est alors redistribué, les femmes arrivant

en consultation avec un certain bagage cognitif qui échappe au contrôle des praticien·ne·s :

« Vous venez, vous en savez plus que moi bon ben super. Ben bonne journée madame [...] tout le monde a un téléphone donc pratiquement tout le monde a Internet sur soi et c'est là où je dirais qu'il faut un petit peu se méfier de la surinformation [...] Là tu te sens limité dans ton pouvoir un petit peu de conseils thérapeutiques, à plusieurs niveaux, cette limite, je viens de t'avouer, c'est parfois énervant. » (Un sage-femme, 14 décembre 2016)

Le discours général porté par les professionnel·le·s de santé se garde cependant de logiques manichéennes en reconnaissant les limites et les avantages imputé·e·s au scandale médiatique. Pour les gynécologues issu·e·s de cabinets de ville, les avantages reposent sur une meilleure connaissance apportée à la fois aux médecins et aux patientes. Ce que reconnaissent également les généralistes travaillant en centres de santé et en CDPEF, en insistant sur des avancées distinctes pour les deux parties : la simplification des prescriptions (les 2G en première intention) pour les un·e·s et une libération de la parole pour les autres. Pour ce qui est des limites, les gynécologues travaillant en cabinets de ville semblent responsabiliser tant les médias que les usagers en mentionnant des « exagérations », des « fausses informations », mais aussi une « agressivité » et une « défiance » vis-à-vis du corps médical, ainsi qu'un risque d'augmentation des IVG, dont la prévention reste considérée comme prioritaire par les politiques publiques (Rouzaud-Cornabas 2019). Si les généralistes issu·e·s de CDPEF ou de centres de santé se montrent également « agacé·e·s » et mentionnent que « l'information » a pu être « tronquée », iels identifient une « mauvaise communication » de la part des médias comme en étant la principale cause. Une généraliste travaillant en structure publique qualifie le scandale de « truc médiatique » mené par des « journalistes qui ne maîtrisent pas le sujet » (17 janvier 2018). Les généralistes travaillant en cabinets de ville identifient, quant à elleux, un défaut des autorités comme principale cause du scandale. Par conséquent, iels ajustent leurs connaissances en matière de contraception, en mentionnant à ce titre l'importance d'être formé·e·s à la pose de DIU, et revendiquent une revalorisation de « l'éducation » à la sexualité en général.

Une gynécologue ayant travaillé en dispensaire auprès d'un public précarisé regrette, quant à elle, l'absence d'études indépendantes.

Le groupe des sages-femmes semble particulièrement hétéroclite sur la question. Deux réactions peuvent être distinguées chez les sages-femmes travaillant en libéral. Certain·e·s ne se montrent pas étonné·e·s face au scandale et l'expliquent par des AMM précipitées. D'autres mettent soit l'accent sur leur « parcimonie » prescriptive

et indiquent alors être déjà en accord avec les nouvelles recommandations (c'est notamment le cas de ceux travaillant en milieu rural), soit considèrent que ce scandale est injustifié et mobilisent une rhétorique de la catastrophe (inhérente à la théorie de la société du risque) consistant à dire que le risque n'est pas l'apanage de la contraception orale : « On polarise sur les hormones mais on va s'acheter un diesel, pour moi c'est un faux débat », argue l'une d'entre elles (1^{er} février 2017).

Les praticien·ne·s, indistinctement de leur profession, montrent une tendance à relativiser (« Si on avait pas d'hormones on serait morte », indique une gynécologue, 8 mars 2018), voire à dépolitiser la méfiance des usagères envers les hormones de synthèse. Un sage-femme parle d'effet de « mode » (14 décembre 2016), tandis qu'un médecin généraliste réduit cette crainte à un « mouvement écolos anti hormones » (5 décembre 2017) alors même qu'il ne prône pas l'usage des pilules de dernières générations.

La dimension médiatique du scandale a au moins ponctuellement reconfiguré la relation patientes-médecins. Dans le cadre de « la crise », les patientes ont sollicité leurs médecins afin de repenser leurs choix contraceptifs ou les ont modifiés sans même se rendre en consultation lorsque cela était possible. Une gynécologue témoigne de l'impact du scandale sur la place, inhabituellement secondaire, des médecins :

« C'est un peu comme toute la polémique qui a eu autour des pilules. Ouais d'y a deux ans. Nous on a été mis au courant après les patientes, quelque part, de la teneur du contexte parce que ça a pris énormément d'ampleur alors que c'était ridicule quoi. Même pour adapter notre discours c'est compliqué. L'information passe aujourd'hui par les médias parce que le but est de divertir et de vendre de l'audimat » (Une gynécologue, cabinet de ville, 7 décembre 2016)

Une recrudescence du contrôle de soi ?

Si le scandale médiatique et les recommandations qui ont suivi invitent les professionnel·le·s de santé à faire preuve de précautions dans leurs prescriptions, il semble également encourager le contrôle de soi chez les usagères. En premier lieu, la centralité des médias dans ce scandale invite les femmes à être proactives dans la recherche d'informations et éventuellement de manière indépendante du corps médical, comme l'illustrent les propos de Stéphanie (mère de Manon, retraitée de l'armée de l'air) :

Stéphanie : On ne pose pas de questions [aux médecins] parce qu'on a pas envie de passer pour une andouille, une idiote, car avec les moyens qu'on a [pour se renseigner par soi-même, comme Internet]... [...]. Il y a des toubibs qui sont pas ouverts, vous

leur posez une question, ils vous regardent d'un air de dire "vous sortez de quelle planète ?".

Leslie : Comment vous avez eu connaissances des risques sur la santé ?

Stéphanie : Les médias. La gynécologue m'a dit qu'il ne faut pas écouter tout ce qu'on dit. Continuez de la prendre [la pilule] et au prochain rendez-vous, si vous êtes inquiète, on la change. Ça changeait rien de la prendre cinq ou six mois de plus. [...] On leur fait confiance [aux médecins]. (20 mars 2018)

En deuxième lieu, les professionnel·le·s de santé encouragent les usagères de contraception orale à une surveillance accrue des symptômes thromboemboliques. Lors d'une session d'observations de consultations gynécologiques en clinique, une gynécologue conseillait aux patientes de « faire l'effort d'être rigoureuses et vigilantes » (1^{er} mars 2017) au cours de leur prise de pilules. Dans ce contexte, l'interrogatoire en consultations (observées en clinique, en cabinets de ville et en hôpital) semble davantage axé sur les facteurs de risques que mobilisé comme outil explicatif. De même, le tabagisme étant contre-indiqué dans le cadre de prise de pilules de dernières générations, les médecins se montrent particulièrement strict·e·s envers les patientes fumeuses, quitte à exagérer les recommandations. Enfin, le personnel de pharmacie veille à ce que les jeunes usagères soient suivies gynécologiquement et ne manque pas de leur rappeler au moment de l'achat d'une pilule, et ce, d'autant plus si l'ordonnance n'est pas en règle.

Risques sanitaires, évolution des recommandations : des confusions

Suite à ce scandale médiatique, certaines confusions persistent, à la fois du côté des usagères et des praticien·ne·s. En effet, l'irruption de l'information quant au sur-risque sanitaire accolé aux pilules, et son manque de précision dans un premier temps, ont pu favoriser d'autres dangers pour les patientes : « Les filles ont arrêté la pilule parfois à leur première année de prise alors que c'est l'année la plus risquée pour les thromboses. Et elles recommençaient une nouvelle première année avec une autre pilule ! », alerte une gynécologue (cabinet de ville, 15 mars 2017). De même, un médecin généraliste (cabinet de ville) précise : « Après si c'est une pilule de troisième génération qu'elle prend depuis longtemps et qu'elle supporte bien et qu'elle a rien à redire, je la reconduis. C'est les deux premières années d'une nouvelle prescription que le risque est le plus important. Donc arrêter une pilule de troisième génération qui va bien pour reprendre un risque pendant deux ans avec une autre ça n'a pas d'intérêt » (9 février 2017).

Suite aux évolutions des recommandations, les professionnel·le·s font également part de leurs propres confusions. Pharmaciennes et vendeuses en pharmacie se déclarent « perdues », à la fois dans les (temporalités de) remboursements et face à tou·te·s ces marques et génériques : « On ne se souvient pas si telle pilule le jour J est encore

remboursée, et on est perdu dans les génériques » (13 février 2017). Une jeune médecin généraliste s'égarait dans les différentes AMM attribuées (ou retirées) à un même produit :

La médecin : Après si y avait une pilule, Diane 35[®], qui était, qui avait été retirée, enfin on lui avait retirée l'AMM je crois pour, parce que c'était pas une pilule contraceptive en fait et finalement elle est revenue sur le marché donc bon y a certaines femmes qui la réclament parce que ben voilà pour l'acné. Voilà c'est revenu sur le marché, bon elle est un petit peu plus à risques, mais bon, on la prescrit quand même dans certains cas.

La chercheuse : C'est pas juste un anti acné du coup maintenant ?

La médecin : Euh [elle souffle], je sais plus pourquoi elle a l'AMM d'ailleurs, mais bon souvent les femmes qui la demandent, c'est pour ça, c'est pour des problème de peau. (10 novembre 2016)

Plus étonnant encore, un homme sage-femme ne semble pas avoir connaissance que les pilules non remboursées sont celles mises en cause dans « la crise », justement pour encourager les prescriptions de pilules de deuxième génération (qui, elles, sont remboursées) en première intention : « Donc y a des pilules qui ne sont pas remboursées c'est vrai. Certaines sont remboursées parce que la contraception est un droit, enfin presque. Et d'autres euh... je saurais pas trop te dire. Ou j'ai pas envie de m'avancer dans des choses. Je saurais pas trop pourquoi certaines et pas d'autres » (14 décembre 2016).

Outre les confusions inhérentes aux risques et aux recommandations, ce sont les motivations à ces dernières qui interrogent les praticien·ne·s.

Recommandations des politiques publiques : motivations sanitaires ou réactionnaires ?

En définitive, les professionnel·le·s de santé adressent principalement deux reproches à ce scandale. D'abord, bien qu'il s'en soit suivie une diversification des usages contraceptifs (*via* des reports d'usages de pilule sur le DIU), les membres du corps médical regrettent par ailleurs des « régressions » (pour reprendre les termes d'une gynécologue, 8 mars 2018). Une gynécologue mentionne la « baisse de l'éventail » de choix que représente la prescription des pilules de deuxième génération en première intention et doute de son aspect progressiste (23 janvier 2018). Les recommandations sont donc interprétées comme restreignant les choix contraceptifs :

« À l'heure actuelle on choisit en première intention une deuxième génération mini dosée, en général c'est toujours les mêmes. » (Une gynécologue, cabinet de ville, 7 décembre 2016)

« [...] il y a plus trop le choix, y a que des [pilules de] deuxième génération donc je crois qu'il doit y avoir deux progestatifs au choix puis après c'est que de l'éthinylestradiol donc ça varie un peu entre les dosages mais voilà. » (Une médecin généraliste, cabinet de milieu rural, 10 novembre 2016)

« Moi je prescris des pilules remboursées donc après ça limite le choix. Elles sont remboursées, elles sont de deuxième génération. Donc après soit c'est en continu soit c'est en discontinu. C'est un petit peu la seule marge de manœuvre. » (Une médecin généraliste, cabinet de ville, 9 février 2017)

Pourtant, présenter le panel contraceptif de manière incomplète en consultation ne semble pas être envisagé comme une entrave au libre choix des patientes. Les professionnel·le·s décrivent simplement ici une restriction du choix au sein de la contraception orale. En envisageant, voire en confondant, l'encadrement des prescriptions des pilules de troisième génération comme une entrave à l'ensemble de la contraception sans penser les autres moyens, iels recourent précisément au « pilulocentrisme » (Roux 2020).

C'est finalement l'ensemble des scandales touchant la contraception en général que les membres du corps médical questionnent. Revenant sur le retrait du marché de l'implant de contraception à visée définitive Essure[®], une médecin généraliste travaillant en centre de planification qualifie ces scandales d'« agaçant » et s'interroge sur l'aspect possiblement « réactionnaire » des intentions (17 janvier 2018). Ici, le retrait est perçu comme une limitation des choix contraceptifs possibles, d'autant qu'il concerne une méthode déjà marginalisée. De même, selon un gynécologue (de clinique) : « Aujourd'hui il s'agit de lutter contre la bêtise comme le scandale de 2013 qui était une idiotie. Ça rend pas service aux femmes, elles en pâtissent. Essure[®] est une perte pour les femmes » (3 mai 2018). Une autre médecin généraliste travaillant en cabinet libéral s'inquiète des « ruptures de stock de Dépo-Provera[®] [moyen contraceptif injectable] » qui « gêne le libre choix », et s'étonne : « En revanche, pas de rupture de pilules de troisième génération. [...] Il faut rester vigilantes, notamment face aux ruptures de stock » (10 janvier 2018).

Pilules non remboursées : pilules dépréciées ?

Suite au scandale médiatique des pilules de dernières générations, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé de l'époque (Marisol Touraine) avait avancé le déremboursement des pilules, prenant effet en mars 2013³⁹⁹. Cette mesure en demi-teinte n'interdit pas la vente de ces pilules tout en favorisant les inégalités financières

³⁹⁹ (HAS 2013b)

d'accès à ce moyen de contraception. Des praticien·ne·s sont favorables au non remboursement des pilules de dernières générations : « Ces pilules ne sont pas remboursées et on ne va pas se battre pour qu'elles le soient [...] Elles n'apportent rien de nouveau et ont des effets indésirables », affirme une médecin généraliste (cabinet de ville, 24 janvier 2018). D'autres, questionnent et regrettent l'absence d'un remboursement généralisé à l'ensemble de la contraception :

« [...] un an avant [l'éclatement du scandale] on parlait de rembourser toutes les contraceptions. C'est bizarre car le remboursement avait été accepté. Les accidents étaient connus, on le savait dans les études » (Une gynécologue, CDPEF, 23 janvier 2018)

« Ben le déremboursement quand même c'est pas rien. Je veux dire ils ont vraiment profité du mouvement c'est ça qui est écœurant. Ce qui est écœurant si vous voulez c'est qu'ils estiment qu'une pilule c'est un confort. [...] Moi je trouve ça inadmissible, à partir du moment où on met une pilule, elles devraient toutes être remboursées. Ils veulent soi-disant diminuer l'IVG, à un moment faut arrêter. Il faudrait que les préservatifs soient gratuits. Même si y a une part de responsabilité, je veux dire même si c'est un euro le préservatif, c'est cher quoi. Quand vous avez quinze ans, seize ans, votre sexualité est plutôt développée, à un moment donné vous avez pas vingt euros à mettre... donc non c'est trop cher, beaucoup trop cher. » (Une gynécologue, cabinet de ville, 7 décembre 2016)

Pour une gynécologue (travaillant en cabinet libéral), le contexte de « crise de la pilule » revient potentiellement à « choisir entre une pilule pas remboursée sans risques, et une remboursée avec des inconvénients [comme l'acné] » (15 mars 2017). À ce titre, une gynécologue (travaillant en cabinet libéral) témoigne :

« On a eu un afflux de patientes monumental pour ça alors que... Y a des patientes elles avaient pas plus de risques que quelqu'un d'autre, mais allez expliquer ça quand on [les médias] vous dit que vous risquez la mort. Bon ben d'accord on va mettre une deuxième génération. Vous étiez bien avec [celle de troisième génération], maintenant vous avez des boutons » (7 décembre 2016)

En effet, les pilules de deuxième génération peuvent être peu adaptées aux usagères. La moitié des interlocutrices sont passées de pilule(s) de dernières générations à une ou des pilule(s) de deuxième génération, parmi lesquelles seulement deux ont explicitement mentionné le scandale médiatique comme raison à ce changement. Sans nommer ou conscientiser la controverse, d'autres invoquent les effets indésirables ou le souhait de passer à une pilule remboursée. Ainsi, quatre usagères (Ana, Angélique, Eva et Manon) sont passées de l'usage d'une pilule de dernières générations à une pilule de deuxième génération car la leur a été retirée du

marché des suites du scandale. Deux autres (Aurore et Elia) sont passées à une pilule de deuxième génération alors même que celles de dernières générations qu'elles utilisaient jusque-là étaient toujours disponibles sur le marché. Une autre (Fanny) a souhaité changer de pilule pour une qui serait remboursée (et a donc changé de génération) et une dernière jeune femme (Andréa) a changé de moyen de contraception (en passant d'une contraception orale à un DIU) au moment de « la crise ». Certaines font du remboursement et de la génération des comprimés un critère désormais essentiel dans le choix de leur pilule et approuvent donc ce changement. À l'inverse, celles qui ne se sentent pas concernées par les sur-risques sanitaires relatifs à ces pilules regrettent de se voir restreindre l'accès à leur contraception, devant se tourner vers des pilules qui leur conviendraient moins :

« Elle [sa gynécologue] me l'a changée parce que c'était une troisième génération. Alors qu'elle m'allait très bien cette pilule. [...] On m'en a donné une autre [...] qui m'a continué le cholestérol » (Elia, étudiante infirmière, 4 janvier 2014).

« En fait je suis arrivée j'ai dit : "voilà la Diane^[35] elle est pas commercialisée, qu'est-ce que vous me proposez d'autre ?" Donc il [le médecin] m'en avait fait une première [prescription] et je l'avais essayée sur une semaine et là c'était plus possible, donc j'ai repris rendez-vous même pas quinze jours après pour qu'il m'en remette une autre. Je lui ai dit que la pilule était pas adaptée, que j'avais des boutons comme si j'étais pré-pubère, que moi je voulais justement que ça fasse pas ça, donc vraiment qu'il me choisisse une pilule dans ce but. » (Eva, attachée commerciale en banque, 19 décembre 2016)

La perception de « la crise de la pilule » par les jeunes femmes va effectivement montrer qu'elles s'identifient comme peu exposées aux effets indésirables les plus graves.

10.2 Les usagères et leur entourage : peu exposé·e·s aux sur-risques sanitaires ?

10.2.1 Des usagères peu concernées par « la crise » ?

Au pays de « la crise »

Les usagères n'ont que vaguement entendu parler de « la crise de la pilule ». Bien qu'elles décrivent les rendez-vous gynécologiques comme étant *a minima* désagréables et qu'elles fassent l'expérience de multiples effets indésirables, elles ne se sont senties que peu concernées par le scandale médiatique qu'elles n'ont

qu'entraperçu à travers la radio, la télévision ou Internet. Au moins trois éléments, développés dans cette sous-partie et les deux suivantes, semblent expliquer ce paradoxe. D'abord, cette « crise de la pilule » est à appréhender en contexte français. Or, toutes les usagères n'étaient pas en France au moment de l'apogée médiatique du scandale. Rosa, par exemple, interlocutrice algérienne et en Algérie à ce moment-là, déclare :

« Alors j'en ai pas entendu parler, j'étais pas là. Absolument rien. Quoi comme effet indésirable ? Ah ouais ?! Le genre d'effet qui peut te tuer quoi. [...] Bizarre. Non j'en ai jamais entendu parler. [...] Moi personnellement si ça me fait pas du mal, je les prendrai les hormones » (4 février 2018)

Si l'origine des usagères est une donnée importante quant à l'appréhension de cette « crise » et son impact ou non sur les parcours contraceptifs, elle ne se suffit pas à elle-même. C'est aussi et surtout le pays de résidence des usagères au moment du scandale qui semble être un facteur plus significatif. Par exemple, Ambre, originaire d'Amérique Latine mais résidant en France depuis plusieurs années au moment du scandale, a délaissé la pilule au profit du retrait. En effet, ce sont surtout les usagères résidant en France au moment du scandale qui sont en demande d'une contraception dite plus naturelle. Une sage-femme confirme que le changement ou l'abandon de la contraception orale suite au scandale concerne surtout les femmes francophones, et d'ajouter : « Tu sens les personnes qui ont vécu ou pas la polémique de la pilule. Les femmes blanches portent cette connaissance, elles ont vécu une ambiance médiatique » (11 janvier 2018). La dimension culturelle de cette « crise » est donc indéniable. À ce titre, le scandale médiatisé en France a rapidement résonné en Belgique et si la méthode dite naturelle de la symptothermie est pratiquée en Flandre, le recours aux méthodes non hormonales s'observe davantage en Wallonie et donc chez les belges francophones⁴⁰⁰.

Du non « naturel » : fatalement risqué ?

Considérant la contraception orale comme étant chimique (par opposition aux méthodes dites naturelles), les usagères ne se sont pas déclarées étonnées par les surrisques mis en cause. Leur perception se construit autour de la dichotomie « naturel/bon », « synthétique/mauvais » : « Et de toute façon, en même temps, comme je te disais toute à l'heure, c'est des trucs chimiques, des hormones chimiques, peu importe la génération de la pilule, dans trente ans on nous dira : "celle-là aussi elle faisait ça" », déclare Cyrielle (manipulatrice en électroradiologie, 14 octobre 2016). Ou encore, selon Eva (attachée commerciale en banque) : « La pilule c'est bien dans un

⁴⁰⁰ (Pitisci 2015)

sens, mais c'est mal parce que c'est des hormones, c'est pas naturel » (19 décembre 2016).

En effet, à la question « Est-ce que tu considères le "naturel" comme quelque chose de forcément bon ? », une autre jeune femme, Lisa, répond positivement.

Altérer le risque : se distinguer des « mauvaises » usagères

Bien que dans une moindre mesure par rapport aux IVG, il s'agit pour les usagères de se distinguer des utilisatrices touchées par ces sur-risques, qu'elles semblent assimiler aux conséquences d'une mauvaise pratique :

« Moi j'ai compris, je sais pas trop le scandale, mais pour moi c'était vraiment les filles qui exagéraient sur autre chose en fait. Parce qu'elles, la pilule, elles fumaient comme des pompiers, elles buvaient pas non plus que le samedi soir. Et moi j'avais compris que c'était un peu le trio ou le duo qui faisait que ça avait des conséquences. [...] Après si on abuse pas à côté, il faut avoir un minimum d'hygiène pour que ça perturbe pas encore plus le corps. » (Eva, attachée commerciale en banque, 19 décembre 2016)

Si, suite au scandale, les usagères se sont penchées sur la génération de leurs pilules (sans forcément se rappeler de celle-ci au moment des entretiens), le fait de ne pas être personnellement - ou de ne pas voir leurs proches - impactées par ces graves effets indésirables (type thrombose veineuse) a par ailleurs contribué à leur détachement vis-à-vis de ces risques : « Après, voilà, j'ai pas connu personnellement des gens qui ont eu des soucis vraiment très graves », déclare Dévi (technicienne de gestion du personnel, 14 novembre 2016). Lisa indique également :

« Moi je regarde ça de très loin en fait. Je me sens jamais concernée par les choses. C'était pour un type de pilule particulier et moi je n'étais pas concernée. Donc égoïstement, pour moi, ça ne me regardait pas. J'ai suivi ça de loin. J'en ai eu écho mais sans plus. » (Lisa, assistante de gestion, 7 février 2018)

Dans une même logique, Emma affirme ne pas s'être intéressée à ce scandale qui s'est déroulé en amont de sa première prise de pilule.

Pour d'autres raisons, les mères et les partenaires se sentent également peu, voire pas, concerné·e·s par le scandale médiatique.

10.2.2 Pilules comme innovations « positives », mères détachées de « la crise »

Les mères ont peu entendu parler de « la crise » et ne savent pas exactement ce qui est reproché aux pilules. Elles semblent moins au fait de « la crise de la pilule » que leurs filles. Mais comme chez ces dernières, le scandale a contribué à renforcer le statut de médicament de la contraception orale et celles dont les filles vivent une prise

de pilules sans encombre, évaluée comme « positive » (Desjeux 2008), sont aussi celles qui se montrent les plus détachées des risques. Lili (mère d'Emma, retraitée de La Poste et aide à domicile) dit avoir peu entendu parler du scandale et ne plus avoir confiance en les laboratoires pharmaceutiques de manière générale et non pas spécifiquement du fait de « la crise » :

« Il y a des scandales comme pour tous les médicaments. [...] Dans les années 60 c'était pareil avec d'autres médicaments contre les fausses couches qui rendaient les enfants handicapés. La pilule ça peut être pareil. » (28 janvier 2018)

Yvonne (mère d'Andréa, manutentionnaire retraitée) affirme, quant à elle, ne pas avoir du tout connaissance du scandale :

« Non... Je sais pas. Non ça me dit rien... 2012 euh... [le téléphone sonne] Non, non ça me dit rien, 2012, alors 2012... [je lui explique] Ben non. Ça fait six ans, [la petite sœur d'Andréa] elle avait 15 ans, elle était pas concernée et Andréa ben non j'ai pas souvenir, franchement j'ai pas souvenir. » (12 juin 2018)

Béatrice (mère d'Eva, ATSEM) partage l'opinion de sa fille Eva (et inversement) quant au fait que les risques concerneraient surtout les usagères ayant des antécédents médicaux ou des conduites incompatibles avec un usage de pilule :

« Ça pouvait éventuellement provoquer des crises cardiaques. Mais bon comme elle [sa fille Eva] la prenait en plus depuis des années. Elle avait jamais eu de réaction particulière. [...] On en a fait une polémique là-dessus à n'en plus finir et puis après ils sont revenus un peu dessus donc bon il faudrait réfléchir un peu. Il faut voir ce qu'il y a derrière, si les jeunes filles qui prenaient ça elles avaient pas autre chose à côté, etc., parce que c'est souvent le cas. Comme dans d'autres polémiques pour d'autres médicaments. » (10 janvier 2017)

Par contraste, les mères dont les filles vivent des rendez-vous gynécologiques conflictuels ou appréhendent la pilule comme une « innovation négative » (*Ibid.*) ne sont pas davantage en mesure d'expliquer les causes de la controverse, mais ont, en revanche, été mises au courant de « la crise » par les principales intéressées et ont ainsi bénéficié d'une « socialisation » au risque « à rebours » (Maslet 2015, p. 63) :

« Ben Laura m'en a parlé. Justement elle me disait que c'était une pilule qu'elle avait, troisième génération, et que c'était je sais plus qui, toi ou je sais plus qui, qui lui avait dit que c'était pas bien. Peut-être pas toi. Ou une autre copine à elle. Qu'elles étaient pas bien ces pilules, mais je sais pas qu'est-ce qu'elles ont en fait ? » (Christine, mère de Laura, fonctionnaire, 6 octobre 2016)

Finalement, la seule fois où une mère a déclaré avoir elle-même pris l'initiative d'informer sa fille des risques mis en cause, l'enquêtée en question avait elle-même été concernée par d'importants effets indésirables : « C'est pas possible y en a qui ont des effets monstrueux, comme avant [...]. C'est fabuleux puis tu te rends compte des

effets. Je l'ai vécu dans ma chair. » (Montserrat, mère d'Ambre, anthropologue, 6 avril 2018).

Si une mère (Montserrat) s'est déclarée particulièrement proactive face au scandale médiatique (les autres mères pouvant par ailleurs l'être plus fréquemment en prenant part à la gestion contraceptive de leurs filles), aucun des partenaires n'a manifesté une telle posture.

10.2.3 Les partenaires, le père : le genre de l'altérisation du risque

Excepté Christian qui reconnaît ne pas en avoir du tout connaissance, les cinq autres partenaires déclarent avoir « vaguement » « entendu parler » de ce scandale, sans pour autant être en mesure de revenir sur les faits. Morty (partenaire de Manon, doctorant en astrophysique) confond finalement Diane 35[®] avec le Médiator[®]. Michel (partenaire d'Emma, dessinateur industriel) relègue cette « crise » au rang de « faits divers » et sera surpris d'apprendre, au cours de l'entretien, que les sur-risques en question peuvent provoquer de telles situations de handicap pour les victimes de ces usages. Tout comme les mères et les usagères, les partenaires mentionnent le fait de ne pas connaître de personnes concernées (leurs propres partenaires ou des proches) comme facteur expliquant qu'ils soient peu au courant des faits. Mais, cela semble aussi et surtout dû au fait qu'ils n'aient pas ou peu échangé avec les usagères à ce sujet, celles-ci étant une importante source d'informations pour eux.

Si certains ont connaissance et s'inquiètent des effets néfastes des hormones synthétiques, peu semblent enclins (à part Jean, partenaire d'Ambre) à utiliser le préservatif dans le cas où l'usagère souhaiterait délaissé la contraception orale. Ils participeraient ainsi à l'injonction à ce moyen contraceptif et au maintien de sa centralité dans le panel existant. C'est ce dont témoigne Laura (étudiante en BTS à ce moment-là) :

« Pour moi c'est égoïste. Moi je vais avoir des problèmes [de santé] et pour une question de cinq minutes moi je préférerais mettre un préservatif [plutôt] que ma copine elle crève parce qu'elle prend la pilule [...] Il aurait dû accepter mon choix d'arrêter la pilule et de mettre un préservatif [...] c'est ma vie qui est en jeu, pas la sienne. » (27 février 2014)

Bien que les enquêtés aient suivi ce scandale de loin, aucun·e d'entre elleux (que ce soit les usagères, les mères ou les partenaires) ne remet en question les plus graves effets néfastes que peut provoquer la contraception orale ; à l'exception d'Archibald (père d'Aurore, avocat).

Archibald : J'ai pas eu le temps de trop l'examiner de près. J'ai un peu l'impression qu'il faudrait faire un peu la part des choses parce que ça va un peu dans tous les sens, donc je préfère pas m'aventurer sur un terrain que je connais pas. Par rapport à d'autres scandales de santé que je connais, j'ai un peu l'impression que c'était surmédiatisé. Mais ça n'a pas les mêmes effets néfastes pour la santé que dans d'autres domaines comme le Médiator®. Je pense pas qu'on puisse dire, à moins qu'on me montre le contraire, que prendre la pilule a occasionné des morts ou alors dans des cas particuliers. Mais on peut pas mettre comme le Médiator® qui a généré mille morts en trente ans.

Leslie : En revanche, il n'y a pas eu d'hommes morts à cause d'une contraception.

Archibald : Apparemment, à part le préservatif y a pas de contraception masculine. Ben la pilule pour homme ça n'existe pas, elle est pas opérationnelle. Ça a trop d'effets secondaires.

Leslie : La pilule pour femme aussi.

Archibald : Oui c'est vrai. [...] Je sais qu'elle [sa fille Aurore] a changé de pilule, elle avait une troisième génération, et elle a pris une ancienne. Le problème des pilules de troisième génération c'est que c'était des pilules, j'allais dire de confort, où on avait l'impression que parfois elles étaient prescrites pour des raisons autres que la contraception, notamment dermato et compagnie. Donc si le but principal de la pilule c'est d'abord la contraception, prenons un truc qui fait bien son boulot et qui n'a normalement pas d'effet secondaire. [...] Mais je suis pas certain, contrairement à d'autres produits, qu'on puisse accuser la pilule hormonale d'avoir des conséquences néfastes sur la santé. Il me semble que le couple intérêt-efficacité est très largement en faveur... après je peux me tromper, je suis pas médecin, c'est des impressions causées par un environnement culturel.

La perception du risque par les individu·e·s dépend de la possibilité de voir sa propre santé impactée par le danger en question (Mulot 2020). Dans le cas de « la crise de la pilule », la construction du groupe de personnes à risques a principalement ciblé les usagères de pilules de dernières générations ayant des contre-indications sanitaires à cet usage. Il est donc aisé pour ces hommes (père ou partenaires) de se distinguer des personnes vulnérables et de se tenir éloignés des situations ordinaires à risques. Face à une crise sanitaire, les individu·e·s ont tendance à recourir à un processus défensif d'altérisation du risque, comme peuvent le faire les hommes en n'étant pas usagers. Mais reste qu'ils réaffirment l'altérité (féminine) comme étant pathogène et leur identité (masculine) comme étant protectrice, en ne s'intéressant pas à ce qui ne concerne pas directement leurs corps. Ils échappent à la charge mentale et sociale de la gestion du risque qui impliquerait de modifier le quotidien (par exemple en partageant la charge contraceptive), voire de questionner les privilèges.

À mi chapitre, des similitudes (comme la réaffirmation du statut de médicament des pilules) et des divergences (quant à l'importance du remboursement par exemple) s'observent dans les récits d'expériences médicales et contraceptives et

quant aux perceptions de « la crise ». La dernière partie se consacre maintenant aux pratiques et aux représentations des professionnel·le·s de santé au temps de « la crise ».

10.3 Réenvisager l'exercice médical face à la défiance

10.3.1 Les pilules : quelles (re)considérations de l'évidence contraceptive ?

Des pilules (sous-)cutanées et intra-vaginales ? Définir « la pilule » selon les professionnel·le·s de santé

« La crise de la pilule » a focalisé le risque sur les (combinaisons d')hormones de dernières générations. L'appellation « pilule(s) » employée par les membres du corps médical ne renvoie pas seulement à la contraception orale. Elle renvoie, avant tout, à un fonctionnement hormonal et des combinaisons d'hormones : d'abord démocratisé·e·s par les contraceptifs oraux puis développé·e·s *via* d'autres modes d'administration. Pour rappel, la composition hormonale de l'implant (administration sous-cutanée) est similaire aux contraceptifs oraux de deuxième génération, tandis que celle du patch (administration cutanée) et de l'anneau (administration intra-vaginale) est assimilée aux contraceptifs oraux de dernières générations. Ainsi, une gynécologue (travaillant en cabinet de ville) explique : « Je parle aussi de l'anneau, mais enfin c'est une pilule. L'anneau, le patch. Je leur explique que c'est des pilules. [...] ça dépend comment vous considérez les choses, moi l'implant, le patch et l'anneau je considère que c'est une pilule donc après ça dépend de ce que souhaite la patiente » (7 décembre 2016). Or, en appréhendant « la pilule » de manière aussi large, les professionnel·le·s ne définissent pas la contraception de la même manière que les usagères et alimentent un hiatus entre leurs propres perceptions et les attentes des femmes.

1^{er} mars 2017, clinique

Suite à des migraines sous contraception orale, la patiente (métisse, travaillant en gériatrie) demande à avoir le patch comme nouvelle méthode de contraception. Mais la gynécologue dit que « c'est comme la pilule », que c'est le même principe, qu'il n'y a pas d'avantages. L'on peut pourtant supposer qu'il y aurait (entre autres) celui de ne pas penser quotidiennement à l'ingestion. La gynécologue lui propose alors deux solutions :

- soit d'arrêter son contraceptif oral actuel durant trois mois pour voir si les migraines persistent, et ce uniquement si l'utilisation du préservatif « est possible ». Dans le cas où il n'y aurait pas d'amélioration, le DIU serait à envisager ;
- soit d'utiliser un autre contraceptif oral : une pilule en continu.

Cette appellation élargie de « la pilule » n'a pas manqué d'alimenter des quiproquos entre chercheure et professionnel·le·s de santé durant les entretiens, comme l'illustrent ces échanges avec une des premières gynécologues interviewées (travaillant en clinique), ainsi que l'annotation entre crochets, ajoutée au moment de la retranscription de ces premières lignes :

La gynécologue : Alors pour celles qui étaient sous pilules [il n'est en fait pas question de contraception orale mais d'implant, de patch et d'anneau], elles étaient satisfaites donc on n'a pas discuté un changement et après y en a qui avaient des stérilets et on n'a pas non plus décidé de... elles ont pas voulu changer de contraception [...]

On parle contraception, tout confondu hein ? Ou pilule ? Alors oui pilule en fait j'en avais pas. [...]

Alors quand on dit « pilule », quand je dis « pilule », c'est contraception hormonale. Ça peut être l'anneau vaginal, ça peut être le patch. [...]

La chercheure : Pour désigner les pilules, les comprimés, vous dites plus « contraception orale » ?

La gynécologue : [...] ce sont les mêmes hormones que la pilule. « Pilule » c'est vrai que c'est un terme tout-venant, familier, mais...

La chercheure : C'est pour être sûre qu'on parle...

La gynécologue : Oui de la même chose. [...]

La chercheure : Quand je dis pilule dans le schéma [contraceptif normé] c'est « contraception orale », pardon. (20 février 2017)

Une équivalence a donc été faite entre contraception (censée regrouper toutes les méthodes) et pilules (qui ne sont qu'un type de moyens parmi d'autres). Ce « biais de perception de la contraception au travers de la pilule » occulte alors toutes les autres

méthodes de contraception. C'est ce qu'Alexandra Roux qualifie dans sa thèse de « pilulocentrisme »⁴⁰¹ (Roux 2020, p. 48).

Aussi, certains traitements, n'ayant pas l'AMM en tant que contraceptifs, sont parfois prescrits comme tel (à l'image de Diane 35[®]), ici dans le cas de Lutéran[®] :

3 avril 2018, hôpital

La patiente (blanche) a 26 ans, est venue (avec son partenaire) pour une consultation pré-IVG et indique avoir vomi sa pilule Lutéran[®]. Une fois la consultation terminée, la médecin généraliste me dit que la prise de ce traitement « est souple normalement » et que donc « elle doit beaucoup vomir ». Et d'ajouter qu'« elle a des choses à régler dans sa tête », car elle fait de l'anorexie-boulimie. Je lui demande alors des précisions sur le traitement Lutéran[®] que je ne connais pas. Elle m'indique que Lutéran[®] peut se prendre comme une pilule, que c'est un médicament qui n'est pas officiellement une contraception mais dont un des effets est de bloquer l'ovulation. C'est un macro progestatif. Il est notamment prescrit en pré ménopause ou comme anti saignement. La patiente prenait ce traitement avant tout pour ne plus avoir de règles car elles sont hémorragiques.

Le biais des traitements n'ayant pas l'AMM en tant que contraceptifs, mais ayant des propriétés similaires à ceux-ci, est que cet effet dit secondaire ne soit pas indiqué à l'usagère. Une sage-femme explique, à ce titre, que les traitements qui régulent les menstruations ont un effet contraceptif et que les gynécologues ne le précisent pas toujours aux femmes concernées.

L'ensemble de ces constats vient renforcer la pertinence de parler de pilules au pluriel plutôt qu'au singulier, cette réflexion étant amorcée dans le chapitre 3.

« Échec » contraceptif, échec professionnel ?

Concernant les usages de pilules, l'ensemble des professionnel·le·s de santé semble s'accorder sur plusieurs points. D'abord, en associant la prise de contraception orale à un rituel quotidien impliquant une responsabilité individuelle, iels conseillent de trouver le « bon » moment de la journée dédié à l'ingestion, tout en préconisant des rappels de type applications ou alarmes téléphoniques⁴⁰². Ensuite, cette assimilation de l'habitude, selon une médecin généraliste (cabinet en milieu rural), a la particularité de s'acquérir par la « peur de l'oubli » (10 novembre 2016), car, contrairement à l'oubli de n'importe quel autre médicament, celui de la contraception

⁴⁰¹ Elle lui reconnaît trois manifestations : sa métonymie, son biais normatif et son évidence technologique.

⁴⁰² Ces usages seront analysés dans le chapitre 11.

orale entraîne un risque de grossesse. Les professionnel·le·s semblent en fait projeter leurs propres compétences, de ce qu'ils percevraient comme étant un « échec » contraceptif, sur les capacités des usagères. Une médecin généraliste, travaillant notamment en foyer d'urgence, raconte avoir présenté l'ensemble du panel contraceptif à une patiente qui choisira la contraception orale. Plus tard, cette usagère reviendra pour une demande d'IVG. La médecin explique alors être « vexée » que la patiente ait « mal pris » sa pilule, alors qu'elle est par ailleurs consciente que ça n'a sans doute « rien à voir avec [elle] » et sa « manière » d'expliquer comment l'utiliser. Pourtant, elle confie « vivre » les oublis de pilules de ses patientes « comme un échec » ; et de manière plus générale explique : « [...] quand j'arrive pas à convaincre de prendre quelque chose [un moyen contraceptif] après une IVG. Je le vis comme un échec quand elles repartent sans contraception, alors que ça me regarde pas » (2 février 2018). Ce transfert des compétences professionnelles sur les pratiques contraceptives des patientes explique en partie que nombre de praticien·ne·s soient réticent·e·s à l'idée de conseiller à une patiente une méthode contraceptive mécanique, nécessitant une grande implication de la part de l'usagère. « Moi je voudrais pas me sentir responsable de ça [d'une GNP sous méthode contraceptive mécanique] », affirme une gynécologue (cabinet de ville, 7 décembre 2016).

« La magie des noms » : la part de marketing dans les prescriptions

Tou·te·s les professionnel·le·s de santé semblent reconnaître l'aspect marketing inhérent à la contraception orale. Une jeune médecin généraliste explique choisir les pilules qu'elle prescrit parmi une liste restreinte qui semble déterminée par trois facteurs : les habitudes de prescriptions, l'expérience contraceptive personnelle de la praticienne (Roux, Ventola et Bajos 2017), et les noms marquants des pilules :

« [...] j'ai pas en tête dix-mille noms de pilules donc voilà je commence toujours par une pilule que je prescris souvent [...] [rire] Souvent je prescris la mienne, celle que je prends moi. C'est Ludéal[®] ou Minidril[®] elle s'appelle. [...] Sinon j'ai un nom qui me vient en tête et je regarde exactement ce qu'il y a dedans, le dosage par rapport à la première. [...] Je pense que ça c'est la magie des noms [rire] il faut trouver un bon nom [...], il y a des noms qui restent en tête. Il doit y avoir du marketing auprès des médecins, auprès des internes. Parce que, moi je reçois pas les labos par exemple dans mon cabinet, mais bon, quand on est interne on reçoit diverses documentations avec des noms de pilules donc je pense que ça joue forcément. C'est vrai qu'il y a des noms de pilules qu'on entend très régulièrement et si on regarde une plaquette exhaustive de tous les noms de pilules on se dit mais ça j'ai jamais entendu... ça c'est un peu les aléas du marketing, oui c'est vraiment ça. [...] Y a par exemple DailyGé[®], voilà c'est un nom qui sonne bien "Daily", après non je sais pas, bon la Cérazette[®], y a pas beaucoup de microprogestatives donc celle-là c'est une qu'on entend souvent. Mais après j'en connais pas dix-mille moi des noms, je vous dis il faut que je cherche.

Voilà après oui Minidril[®] et Ludéal[®], celle que j'ai, elle est pas mal. Y en a une qui s'appelle Lovavulo[®] aussi, voilà. Jasmine[®] c'est une qui était pas mal prescrite [...]. Enfin voilà c'est des noms comme ça. » (10 novembre 2016).

Les habitudes, dont les pilules aux noms marquants peuvent faire partie, représentent une part significative des critères - pas nécessairement médicaux - de prescription. Une gynécologue indique : « j'ai des ados aux petites mamies [dans sa patientèle] donc c'est cool. Parce que je pourrais pas faire de la pilule tout le temps, parce que y a un moment où son discours est trop rodé. Et si on rode trop son discours après on n'est plus à l'écoute des gens. Y a eu des fois où quand vous avez quatre, cinq consultations d'affilée de pilules, vous sortez votre blabla, vous vous écoutez parler et c'est très chiant. Donc ça va pas » (7 décembre 2016). Dans cette logique, un homme sage-femme insiste sur le fait que, lors des prescriptions, les « habitudes de travail » seraient un facteur bien plus déterminant qu'une potentielle « corruption » des praticien·ne·s auprès des laboratoires pharmaceutiques :

« [...] le principal facteur je crois que plutôt, c'est au cours de conversations, y a pas uniquement que les congrès, mais aussi les réunions de service, où quand c'est quelque chose [un contraceptif oral] qui fonctionne bien, pourquoi ne pas utiliser ce qui fonctionne bien avec le voisin. [...] Y a le côté habituel, le gynéco qui en prescrit soixante par mois, pourquoi changer. Y a le côté habituel qui est franchement établi. Les habitudes de travail et puis les conversations avec les collègues. Donc ça, ça y participe et puis malgré tout je crois aussi qu'il faut avouer qu'il y a peut-être aussi quelques marques qui sont restées [...]. » (14 décembre 2016).

En outre, d'après certain·e·s soignant·e·s concerné·e·s, les cabinets installés, c'est-à-dire ceux disposant d'une boîte aux lettres (qui plus est nominative), seraient davantage visés par les laboratoires par rapport aux autres structures. « Comme nous [jeunes médecins en remplacement] on n'est pas installé en cabinet, on n'a pas notre boîte aux lettres avec les labos qui nous envoient forcément les choses. Alors on a des choses sur le téléphone, des sortes de, pas des *mailing list*, mais des applications, par exemple "Univadis" c'est tous les jours qu'ils m'envoient un mail, alors des fois c'est des trucs intéressants, des fois c'est une nouveauté, des fois je les lis pas », explique une médecin généraliste (cabinet en milieu semi-rural, 14 novembre 2016). Finalement, parmi les noms de pilules marquants et retenus par les médecins, comptent à la fois ceux de pilules de deuxième et de dernières générations. Les pilules de troisième et quatrième générations n'étant pas remboursées, l'on comprend qu'un important travail marketing soit réalisé sur ces comprimés.

« Maintenant c'est pas féministe de prendre la pilule » : effets de professions, de générations et de genre

Tout comme les jeunes femmes usagères et leur entourage enquêtée·s, pour l'ensemble des professionnel·le·s de santé le combat féministe résiderait actuellement davantage dans l'accès à l'IVG qu'à la contraception (orale). Aussi, si pour les gynécologues travaillant en cliniques, les avancées restent à faire « ailleurs » (l'un d'entre eux mentionne par exemple le Sénégal), pour les généralistes issu·e·s de structures publiques (CDPEF et centres de santé), certains enjeux restent à défendre en France. Iels invoquent à ce titre : la possibilité d'une maîtrise totale de la fécondité impliquant l'absence de toutes formes de violences sexuelles ; la possibilité d'avoir le choix de sa contraception ; la possibilité de s'affranchir des injonctions contradictoires (telle que la friction entre la libération de la sexualité des femmes et l'autorité médicale). Pour les gynécologues travaillant en cabinets, la contraception reste une révolution pour les femmes (tandis que les hommes ont toujours fait ce qu'ils voulaient). Chez les sages-femmes, l'on note un effet de genre quant à l'appréhension de ce qui relèverait d'un combat féministe. Un homme sage-femme indique que le mot « féministe » ne lui « plait pas trop » (entretien, 14 décembre 2016) car il renvoie à une révolte. Au contraire, ses consœurs (indistinctement de leurs structures d'exercice), reconnaissent bien davantage la nécessité de tels mouvements. Elles indiquent que le monopole de la contraception est détenu par des institutions non féministes (notamment les industries pharmaceutiques) ; que la contraception, en plus de l'émancipation sexuelle qu'elle permettrait, représente un moyen de contrôle et d'interdiction. Elles reviennent sur les motivations familialistes à sa diffusion, dont les conséquences se ressentent encore actuellement. À ce titre, bien que plus démocratisé depuis « la crise », l'accès aux DIU pour les nullipares n'est toujours pas évident : « avant l'idée c'était de pas donner de contraceptif aux jeunes femmes, du tout, pour qu'elles aillent pas courir à droite à gauche. Elle est là l'idée quand même de base. Et donc le stérilet n'y avait droit que les femmes qui avaient des enfants déjà et qui en voulaient pas d'autres, mais avant on n'y avait pas droit », indique une sage-femme travaillant dans un cabinet collectif (25 janvier 2017). Enfin, elles mentionnent l'évolution perpétuelle de ces combats : oscillant notamment entre l'accès à la contraception orale et la volonté de mieux connaître son corps et de se le réapproprier.

L'ensemble des discours des professionnel·le·s de santé met également en évidence la spécificité générationnelle de la méfiance généralisée (car minoritaire en France dans les années 1970) à l'égard de la contraception orale. Une gynécologue confie ce qui se dit dans les congrès : « on pourrait pas l'inventer [la pilule] aujourd'hui, on a l'impression qu'on pourrait pas la sortir » (28 mai 2018). La réaffirmation des

prescriptions de pilules de 2G en première intention n'a pas impacté les pratiques de toutes les prescripteurs et prescriptrices avec la même intensité. En effet, certain·e·s ont exercé avant, pendant et après « la crise de la pilule », ce qui n'est pas le cas des plus jeunes professionnel·le·s : « les jeunes médecins ne savent pas, elles connaissent pas cette histoire des [pilules de] troisième génération qu'on nous a dit dans les années 1990 : "arrêtez y a ça". Pendant dix ans on a laissé faire et on attend 2012-2013 pour que non on arrête, sur pression d'associations », raconte une gynécologue (vingt-cinq ans d'exercice, cabinet libéral, 28 mai 2018). Par un effet de générations, ce sont alors davantage les praticien·ne·s plus expérimenté·e·s qui voient la norme contraceptive, et *a fortiori* leurs pratiques médicales (habituelles), remises en question :

« Les jeunes femmes qui veulent rien ça m'agace. C'est quelque chose qu'on avait gagné. » (Une médecin généraliste, trente-trois ans d'exercice, cabinet de ville, 24 janvier 2018)

« Les consultations ne sont pas simples, la contraception est difficile, c'est plus difficile que les générations avant. Avant, les générations tolérées de grosses doses d'hormones. La pilule était là quand l'IVG était encore illégale. [...] Je ne suis pas de la génération de l'opposition à la pilule [...] » (Une gynécologue, trente ans d'exercice, CDPEF, 23 janvier 2018)

Par contraste, une jeune sage-femme (cabinet libéral, la trentaine) rappelle également le biais « pilulocentrique » (Roux 2020) : « Et par rapport au féminisme, c'est vrai que ça a été un combat, et que y en a beaucoup qui disent "mais non il faut pas lâcher ça", mais en oubliant qu'il y a autre chose, et en oubliant que, pour moi, y a eu aussi une évolution sur la prise de conscience des femmes par rapport à leur corps et que ça va dans un tout autre contexte aussi je dirais sociétal, d'écologie et tout ça de pas prendre la pilule. Ça peut aussi jouer sur le fait que oui ça a été un combat mais en oubliant que finalement c'était pas la pilule le combat, c'était le droit à la contraception et à l'avortement » (19 janvier 2017). En ce sens, il apparaît pertinent pour une autre sage-femme (la trentaine) de « sortir du tout pilule » sans pour autant « stigmatiser » l'ensemble de la contraception (11 janvier 2018). De même, tout en indiquant que « La pilule a été un combat féministe, un symbole » et que « Maintenant c'est pas féministe de prendre la pilule, il y a des discours anti pilule dans les milieux féministes », une jeune médecin généraliste (travaillant dans un foyer d'urgence, la trentaine, 2 février 2018) rappelle : « Après il y a eu une injonction à la pilule. Pour autant, il ne faut pas faire d'injonctions contraires. Il faut avoir le choix ».

10.3.2 Impact du scandale sur les expériences et relations professionnelles

Légitimité de prescription en concurrence ?

Les recommandations étant désormais plus affirmées, il semblerait que « la crise de la pilule » exacerbe les tensions (et contradictions) entre prescripteurs·prescriptrices, notamment quand il s'agit d'envisager de changer la contraception d'une patiente, prescrite initialement par un confrère ou une consœur. Des rapports de pouvoir sont identifiés entre les professions : les généralistes regrettant l'affection des gynécologues pour les pilules les moins recommandées et les gynécologues se positionnant comme expert·e·s de la contraception.

La première tension identifiée se cristallise autour de la prescription des pilules de dernières générations, mises en cause dans le scandale. Une médecin généraliste (cabinet de ville) indique à ce titre « avoir une dent contre les gynécologues qui les donnaient en prétextant des nouvelles molécules qui font maigrir » (24 janvier 2018). Si « la crise de la pilule » s'est accompagnée d'une certaine libération de la parole des femmes, il semble qu'il puisse en être de même pour les professionnel·le·s de santé considéré·e·s comme prescripteurs et prescriptrices moins légitimes que les gynécologues. Cette même médecin confie en effet que « le Médiator® » l'a « libérée » en ce que, depuis, elle s'est « autorisée à dire ce qu'[elle] pensait » des prescriptions gynécologiques de pilules de 3 et 4G. Bien qu'elle remarque que « [l]es femmes accordent plus de crédit aux gynécologues », elle indique aux patientes si « la pilule prescrite par le gynécologue n'est pas bien » et leur précise qu'elle ne prescrit pas ce type de contraception. Pour cette médecin, mais aussi pour une sage-femme (cabinet libéral), les gynécologues mettent parfois les usagères en « danger » *via* leurs prescriptions et prennent elleux-mêmes des « risques », notamment médico-légaux. Il s'agit alors de rectifier une prescription tout en privilégiant une approche confraternelle·consorelle, comme le fait cette sage-femme : « Moi des fois je vois des femmes elles ont pris la pilule, je leur demande les antécédents, je leur dis "ah bon il vous la donne ?" Intérieurement je me dis ça, je leur dis pas toujours, je veux pas non plus me mettre en contradiction. Je leur dis pas comme ça mais c'est vrai que je me dis ils prennent des risques » (19 janvier 2017). Ces tensions ne sont pas l'apanage des relations entre médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues. Les pilules ayant des propriétés médicales (et pouvant avoir une AMM pour d'autres raisons que contraceptives), d'autres professionnel·le·s peuvent être amené·e·s à les prescrire. Un médecin généraliste confie, à ce titre, que sa fille « qui a une vingtaine d'années, est allée chez le dermato et qu'il lui a prescrit [la pilule] Diane 35® ». Le médecin en question se dit « furieux ».

En miroir, les gynécologues portent également un regard critique sur les pratiques des généralistes, dont l'expertise contraceptive est discutée. Des gynécologues arguent, par exemple, que contrairement aux médecins généralistes, leur spécialité est gage de compétences dans le domaine de la contraception (orale) :

« Après, à une époque c'est beaucoup la DailyGé[®], enfin la Adépal[®] et Trinordiol[®] qui étaient essentiellement prescrites. Aujourd'hui, les patientes qui sont sous ce type de traitement essentiellement c'est leur médecin traitant qui les prescrivent. Parce qu'ils connaissent pas les autres pilules. Après, nous, en tant que gynéco, c'est vrai qu'on a un panel plus important, parce qu'on les connaît, parce qu'on s'y intéresse, parce qu'on nous les présente, parce qu'on va en congrès, mais les médecins généralistes finalement ils changent pas trop de... des fois ils donnent même le générique sans faire exprès. Une patiente dit : "celle-là je la supporte pas", mais ils donnent le générique. Super ça a dû être efficace [rire]. J'ai une patiente là qui est venue en me disant : "oui voilà j'ai demandé à mon médecin parce que je suis sous Adépal[®], non sous Trinordiol[®], et je lui ai demandé si je peux enchaîner les plaquettes et il m'a dit oui" et ça c'est une connerie. Et elle vient me voir en me disant : "j'ai des saignottements et j'ai mal au ventre". J fais "ben je suis désolée mais il faut pas les enchaîner les DailyGé[®]". Trinordiol[®] et tout ça c'est des triphasiques, donc si vous enchaînez vous êtes à risque d'avoir des douleurs et des saignements jusqu'au prochain cycle. Donc voilà les médecins généralistes savent pas forcément comment fonctionne une pilule, ils interrogent pas forcément leurs patientes pour savoir si elles fument ou pas. J'ai l'impression qu'en tant que gynécologues on a quand même été beaucoup plus sensibilisé, c'est notre job. » (Une gynécologue, cabinet de ville, 7 décembre 2016)

« Les [pilules de] troisième génération ont été mises en cause, or les risques sont que les premiers mois. Des généralistes ont arrêté la pilule de mes patientes. C'est difficile à gérer. » (Une gynécologue, cabinet de ville, 8 mars 2018)

Ces différences de pratiques, qui n'en restent pas moins individuelles, peuvent être l'occasion de rappeler les vertus du « nomadisme médical » (Fainzang 2006), exprimé ici par une gynécologue (cabinet de ville) : « Puis il faut réévaluer en permanence parce que c'est pas parce que... Régulièrement je vois des patientes qui sont fumeuses, qui viennent là parce qu'elles sont suivies par des médecins traitants, qui ont 40 ans, qui ont une pilule type Adépal[®] ou DailyGé[®] et voilà sauf qu'une contraception ça se réévalue régulièrement, revoir les antécédents, les problèmes médicaux, tout ça. Mais limite je trouve ça bien de changer de médecin régulièrement en fait, pour avoir un regard neuf sur les choses. Je trouve pas ça négatif » (7 décembre 2016).

Des tensions s'observent également entre personnel de santé prescripteur (les gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes) et délivreur (les pharmaciennes et vendeuses en pharmacie). En effet, ces deux groupes de professionnel·le·s divergent quant aux délais de rachat des pilules, mettant les usagères en porte-à-faux. Une médecin généraliste (cabinet libéral) conseille, par exemple, aux patientes qui le souhaitent, de prendre une pilule (de vingt-et-un comprimés) en continu et donc d'enchaîner les plaquettes sans tenir compte de la semaine d'arrêt d'ingestion, qui, selon elle, complique la réflexion en cas d'oublis. Mais au moment du rachat de plaquettes, « les pharmaciens leur disent [aux usagères] qu'elles reviennent trop tôt. Dans ce cas "tu lui dis [au pharmacien] qu'il sera le parrain [en cas de GNP menée à terme]", ça les calme », s'indigne-t-elle (10 janvier 2018). Aussi, une ordonnance de primo-prescription est valable trois mois pour une première délivrance et doit être utilisée dans l'année dans le cas où elle mentionne un renouvellement. Habitée aux décalages entre les délais de validité des ordonnances et la réalité des usages des femmes, une gynécologue (cabinet libéral) explique : « Des fois la première délivrance est trop tard, la prescription a plus de trois mois. [...] Je marque de faire la délivrance en une fois quand elles partent à l'étranger. Il y a des connards partout, même chez les pharmaciens [qui refusent de délivrer la contraception dans ces conditions] » (8 mars 2018).

Néanmoins, il convient de nuancer ces démonstrations, afin de rendre compte au mieux de la complexité de la réalité, en précisant que les professionnel·le·s se sollicitent également entre eux selon les compétences de chacun·e : « Par exemple, chez une femme qui a des migraines très importantes avec des signes neurologiques d'accompagnement, théoriquement c'est une contre-indication aux œstrogènes. Donc si on sait pas nous, et puis moi je sais pas toujours si c'est vraiment une migraine ou pas, je l'envoie voir son médecin traitant, qui l'envoie éventuellement voir le neurologue pour être sûr qu'on puisse le donner. Voilà, quand on sait pas, on demande l'accord, l'avis de quelqu'un d'autre », explique une gynécologue (clinique, 20 février 2017).

La matérialité de l'influence des laboratoires pharmaceutiques

La nature des liens entre professionnel·le·s et laboratoires pharmaceutiques diffère, d'une part, selon que les professionnel·le·s soient délivreurs·délivreuses ou prescripteurs·prescriptrices, et, d'autre part, selon la spécialité de ces dernier·e·s. Les pharmaciennes rencontrées déclarent échanger avec les laboratoires pharmaceutiques principalement pour deux raisons : en cas de rupture de stock de

produits qui ne seraient pas non plus disponibles chez les grossistes, et lorsque les laboratoires ont des nouvelles molécules à présenter ou des nouveaux kits, notamment de contraception d'urgence. Les vendeuses en pharmacie évoquent aussi les logiques marchandes des pharmacies qui travaillent avec les laboratoires pharmaceutiques sous certaines conditions d'achat et de vente, afin de pouvoir concurrencer les autres officines. Il s'agit par exemple de s'approvisionner en génériques de pilules qui soient les moins chers possibles. À ce titre, une médecin généraliste (cabinet libéral) indique : « le fait d'être dé-remboursées, les labos appliquent le prix qu'ils veulent, [...] pour tous les médicaments remboursés y a un accord plus ou moins entre des responsables publics, c'est pas la sécu, mais voilà des autorités publiques et le laboratoire » (10 novembre 2016). Consciente de ces enjeux financiers et marketing, une jeune médecin généraliste (foyer d'urgence) explique qu'elle a reçu un mail d'un laboratoire fabricant le DIU Mirena® et qu'elle a « été obligée de les recevoir [les visiteurs médicaux] », que ça l'a « énervée » mais que ce n'est « pas grave » car « c'est le seul labo à faire Mirena®, donc y a pas de concurrence directe » (2 février 2018).

Les laboratoires pharmaceutiques sont à la fois identifiés comme sources de connaissances, comme le mentionne ce gynécologue obstétricien (cabinet de ville) : « les laboratoires qui viennent parler de leurs produits, donc ça nous apporte beaucoup d'informations » (10 mai 2017). Et comme ressource matérielle, comme le montre cet extrait de journal de terrain :

8 mars 2017, clinique

Je vois sur le planning électronique de la gynécologue qu'un repas avec un laboratoire est prévu. Plus tard, elle me dira : « c'est compliqué parce que l'industrie pharmaceutique aide dans la formation des médecins, aide à louer des salles pour des congrès. Mais la jeune génération on est plus sur le recul. Mais c'est intéressant financièrement. »

Les prospectus envoyés par les laboratoires pharmaceutiques aux médecins combinent ces statuts de source d'informations (en présentant des méthodes contraceptives) et de ressource matérielle (en étant un support mobilisable en consultation), en tant qu'« objets publicitaires ayant une utilité démonstrative » (Roux 2020, p. 244). Tout comme la présence physique des médicaments (Fainzang 2003, p. 144; Fisher, Grove et Langlands 2016)⁴⁰³, celles des prospectus des laboratoires semblent également propices aux échanges entre professionnel·le·s et chercheur·e :

⁴⁰³ Voir la sous-partie du chapitre 5 consacrée au rangement de la contraception orale.

18 mai 2017, cabinet de ville

Entre les deux consultations, l'obstétricien regarde son courrier. En feuilletant un prospectus de laboratoire, il me dit : « tiens ça c'est intéressant pour quelqu'un qui fait de la socio ». Il m'explique alors les conflits entre deux laboratoires français : 7 MED (qui conçoit exclusivement des DIU « made in France ») et CCD (spécialisé dans les produits de gynécologie et d'obstétrique). Ce dernier fabrique des DIU en Inde et propose « une marge aux pharmaciens, donc les femmes débarquent avec des nouveaux produits qu'on connaît pas », poursuit-il. Et d'ajouter : « [Le laboratoire] Fabre fait faire des pilules en Inde, mais on en sait rien [où elles sont réellement fabriquées], ils le disent parfois ». Il coche des cases sur le prospectus - qu'il finira finalement par jeter - pour recevoir des tests de grossesse gratuits, avant de s'étonner : « Ils ont eu mon adresse je sais pas comment ».

Les divers prospectus envoyés par les laboratoires servent donc à la visibilité de leurs produits mais sont aussi présentés comme permettant de faciliter le travail des professionnel·le·s. Ils sont des outils de présentation des méthodes contraceptives comme vu précédemment, mais peuvent aussi prendre la forme de modèles de documents fréquemment utilisés par les médecins :

« Moi je reçois pas les labos mais quand je les recevais, oui, les labos qui prescrivent des pilules ils viennent vous présenter le truc en disant que c'est la dernière, qu'elle est encore mieux que toutes les autres. Ceux qu'on appelle les visiteurs médicaux ils viennent en personne, ils se déplacent, ils ont des tas de plaquettes et des tas de trucs pour vous expliquer par A + B pourquoi ça c'est mieux que ça. Et sinon les labos envoient aussi des courriers aux professionnels, puis par mail aussi. Après y a tous les trucs un peu, pas détournés mais, les laboratoires par exemple pour l'IVG médicamenteuse, ceux qui fabriquent le comprimé ils envoient des modèles de feuilles de consentement à faire signer, des modèles de documents à remettre pour pas avoir à le faire soi-même, des petites plaquettes [indiquant] quoi faire en cas d'oublis de pilules. Ils sponsorisent des séminaires de formation, ils ont plein de beaux stands, plein de trucs. » (Une médecin généraliste, cabinet de ville, 9 février 2017)

Nul besoin donc pour les laboratoires d'envoyer des visiteurs médicaux ou visiteuses médicales pour impacter les pratiques médicales. En tant que ressources matérielles et d'informations, les laboratoires pharmaceutiques influencent les prescriptions réalisées par les médecins, y compris lorsque leurs logiques marchandes se heurtent aux recommandations des autorités sanitaires. Cela est notamment le cas dans le cadre de promotion de pilules de dernières générations : « Et nous comme on est formé dans nos congrès et qu'à priori on croit ceux qui nous forment et ben on s'est remis

à prescrire les [pilules de] troisième génération jusqu'à ce que de nouvelles plaintes de patientes... y a eu des AVC, etc. et on a ressorti les statistiques, on a ressorti ça. Mais dix ans plus tard », explique une gynécologue (cabinet de ville, 28 mai 2018).

Les conflits d'intérêt apparaissent alors comme principaux biais à l'implication des laboratoires auprès des médecins, comme en témoigne cette même gynécologue :

« Après y a eu des conférences, des formations, où y a eu un gars qui nous baratait complètement, il avait des conflits d'intérêt avec ces labos qui lui payaient ses études. Ils le payaient pas lui mais ils lui payaient ses études et un chercheur il aime bien qu'on lui paye ses études, il veut des sous puisque c'est comme ça, donc il va chercher des financeurs. Donc, là, il nous a dit des choses sur les pilules de troisième génération comme quoi il y avait pas de soucis. Mais je vous dis, y en avait des soucis puisqu'après dix ans plus tard on a dit "mettez des pilules de deuxième génération en première intention et arrêtez de prescrire les autres". Les autres c'était deux fois plus cher. Trois fois plus cher. Je sais plus c'était n'importe quoi, c'était très cher, elles étaient pas remboursées en plus. » (28 mai 2018)

Face à ces biais, des professionnel·le·s limitent au maximum le contact avec les laboratoires. Lors du recrutement des membres du corps médical dans le cadre de cette thèse, une médecin généraliste (cabinet de ville) s'est par exemple inquiétée de savoir ce qu'étaient les laboratoires CERTOP⁴⁰⁴ et LabEx SMS⁴⁰⁵. Durant nos échanges mail, elle m'interroge : « Pourriez-vous me dire ce qu'est le laboratoire CERTOP et LabEx SMS ? » (13 décembre 2017) et indiquera, lors de notre rencontre, qu'elle voulait s'assurer qu'il ne s'agisse pas de laboratoires pharmaceutiques.

Cependant, il semblerait que les laboratoires investissent différemment les professions prescriptrices en ciblant particulièrement les gros prescripteurs de contraception, à savoir, les gynécologues. Ceux-ci semblent plus intensément mobilisé·e·s en étant par exemple sollicité·e·s pour répondre à des enquêtes sur la contraception, menées par les laboratoires. Cette sollicitation semble en outre efficace d'un point de vue marketing ; en témoigne une gynécologue travaillant en cabinet :

« Ben déjà on a la visite médicale par des labos. Ça devrait pas exister. Ça ne devrait pas exister. Je sais pas si dans les autres pays ça se passe comme ça mais... Qui viennent dans le cabinet, qui me prennent depuis toute ma carrière, et encore moi je limite, mais un quart d'heure, alors moi maintenant j'en ai moins, mais disons que c'est deux fois un quart d'heure si c'est pas une demie heure par semaine. Gratuitement. Non mais un quart d'heure. Mais maintenant c'est plus ça, voilà, j'ai limité, j'ai dit "vous viendrez tous les six mois sauf produit nouveau. Ou tous les ans

⁴⁰⁴ Mon laboratoire de rattachement, dont l'acronyme signifie : Centre d'Etude et de Recherche Travail Organisation Pouvoir.

⁴⁰⁵ Le financeur de mon CDU (contrat doctoral unique), dont l'acronyme signifie : Laboratoire d'Excellence, Structuration des Mondes Sociaux.

sauf produit nouveau”, sinon ils viennent quoi. Ils viennent, ils parlent et puis avant ils donnaient des enquêtes à faire. Je me souviens à l’époque de Stédiril[®], donc il fallait que je réponde. Non c’était pas Stédiril[®], c’était une autre pilule : Trinordiol[®]. Donc il fallait que je réponde pour faire une étude, une pseudo étude, sauf qu’après Trinordiol[®] elle revenait souvent comme ça, parce que quand on prescrit c’est un réflexe. » (28 mai 2018)

Aussi, les visites médicales sont organisées et réparties géographiquement : « Dans chaque labo y a des visiteurs médicaux qui sont sur un créneau en fait et après ils ont des secteurs géographiques répartis », explique une médecin généraliste (cabinet de ville, 9 février 2017). Les médecins sont donc amené·e·s à recevoir régulièrement les mêmes visiteurs et visiteuses avec qui ils tissent des liens durables, voire affectifs. Dans cette optique, les visiteuses et visiteurs n’abordent pas exclusivement avec les médecins des sujets relevant de la sphère professionnelle mais échangent également sur des thématiques comme la famille ou les vacances (Greffion 2019). Mentionnant que les médecins ont le droit de refuser les visites médicales, une gynécologue ajoute : « Mais on aurait presque une culpabilité parce qu’on les connaît maintenant. [...] C’est rare de refuser complètement » (cabinet de ville, 28 mai 2018).

Parmi les différentes méthodes contraceptives, la contraception orale est particulièrement objet d’intérêt pour les laboratoires pharmaceutiques, à la fois à travers la production d’une grande variété de pilules et par les avantages lucratifs qu’elle représente : « La pilule est très investie par les labos, il y en a plein de différentes, plein qui ne sont pas remboursées et qui n’ont pas d’intérêt. [...] Une Jasmine[®] rapporte plus qu’un DIU », affirme une jeune médecin généraliste (2 février 2018). Un gynécologue témoigne de la routine des visites médicales dédiées à la contraception : « Des visites médicales pour des pilules, des Essure[®], des DIU. Le matin en général on discute cinq minutes avec eux entre deux consultations » et affirme que Traphémie[®] (3G) ne serait pas plus risquée qu’une pilule de deuxième génération. Il évoque aussi la pilule Seasonite[®] en ces termes : « une deuxième génération non remboursée », qui « vise les jeunes femmes », qui permet d’avoir les « règles tous les trois mois » et promet « donc plus de confort », notamment pour les femmes atteintes d’endométriose (clinique, 3 mai 2018). Or, il a été explicité dans le chapitre 3 que ce résultat peut être atteint en enchaînant les plaquettes et, le cas échéant, sans ingérer les comprimés placebo. Les méthodes contraceptives non hormonales et locales ne font, en revanche, pas autant l’objet de démarchage de la part des laboratoires. Une gynécologue indique recevoir des visites médicales biannuelles concernant les pilules, tandis que celles concernant le préservatif externe se comptent seulement au nombre de deux pour toute sa carrière. Une autre gynécologue témoigne : « Ben ça, par exemple, on en parle jamais. J’ai jamais eu un

délégué pour venir me parler de préservatif féminin » (28 mai 2018). Dans une même logique, une jeune médecin généraliste explique qu'elle a elle-même contacté un laboratoire pour recevoir des diaphragmes. Ce qui, de la même manière, interroge l'une de ses consœurs :

« Ça c'est une vraie question de santé publique : pourquoi y a pas plus de promotion du diaphragme en France ? Peut-être à cause des lobbyings pharmaceutiques, personne n'en fait la pub. Je sais pas qui commercialise les diaphragmes, en tout cas, sur le sol français ils se font pas connaître. On pourrait aussi être démarché par des fabricants, on n'est jamais démarché par des fabricants de diaphragmes pour venir nous expliquer comment ça se prescrit, combien de temps il dure. Je sais pas pourquoi. » (cabinet de ville, 9 février 2017)

Si la hiérarchisation des méthodes contraceptives est notable à travers les recommandations des politiques publiques et selon leurs intérêts lucratifs pour les laboratoires pharmaceutiques, elle se manifeste à des degrés différents chez les membres du corps médical, selon les professions ou les structures d'exercice.

10.3.3 Perceptions des méthodes contraceptives par les professionnel·le·s de santé

De la même manière que les perceptions des méthodes contraceptives par les enquêté·e·s usagères et leur entourage ont été analysées dans le chapitre précédent, il s'agit maintenant d'interroger la perception de la contraception orale par les professionnel·le·s de santé, au regard de l'ensemble des méthodes contraceptives. Après avoir présentée leurs définitions de la contraception en général, leurs perceptions (et parfois celles de leurs patientes) de chaque méthode contraceptive seront analysées et présentées dans l'ordre suivant : la contraception orale ; les méthodes médicalisées vaginales/ovariennes ; la contraception d'urgence et la stérilisation à visée contraceptive ; les méthodes locales vaginales et les méthodes dites naturelles ; et enfin, les méthodes contraceptives testiculaires.

La contraception, des perceptions

En entretiens, il était demandé aux professionnel·le·s de santé de donner leur définition de la contraception. Les gynécologues ont témoigné d'une vision principalement médicale (ce point sera développé dans le chapitre suivant) en insistant sur le critère d'efficacité (déterminé par l'indice de Pearl) qui caractérise une contraception idéale. Cela implique donc une hiérarchisation des méthodes contraceptives favorisant la recommandation de méthodes médicalisées. Les

gynécologues, et particulièrement ceux travaillant en cliniques, affirment que la « liberté » de se contracepter a « un prix » et que l'efficacité recherchée s'accompagne fatalement d'inconvénients.

Les réponses des médecins généralistes sont plus hétérogènes : selon la structure d'exercice, et, dans une moindre mesure, selon l'identité de genre des praticien·ne·s. Ceux travaillant en cabinets libéraux prônent l'aspect évolutif des usages de la contraception, tout en préconisant d'éviter les changements intempestifs de méthodes. Dans une logique similaire à celle des gynécologues, les généralistes indiquent que la contraception est un compromis entre l'efficacité et l'acceptabilité. Pour autant, cette dernière n'est pas systématiquement appréhendée comme vérité : « Elles [les patientes] le disent [que la contraception orale fait baisser la libido], mais je sais pas si c'est vrai » s'interroge un homme médecin (cabinet de ville et hôpital, 5 décembre 2017). Par contraste, l'une de ses consœurs reconnaît que « La baisse de libido [induite par la contraception] évite que les femmes aillent voir ailleurs » (cabinet libéral, 10 janvier 2018). Par ailleurs, les médecins généralistes hommes affirment que le panel contraceptif se présente rapidement en consultations. Les généralistes se disent vigilant·e·s face aux « problèmes » de contraception qui peuvent résulter de violences (familiales, conjugales, sexuelles) et mentionnent ouvertement leur expérience contraceptive personnelle comme impactant la consultation (Roux, Ventola et Bajos 2017). Les médecins généralistes travaillant en centres de planification questionnent la pertinence du schéma contraceptif normé, notamment au regard de la disponibilité matérielle des méthodes dans les centres (qui peuvent fournir gratuitement les méthodes contraceptives dont ils disposent). Il s'agit alors surtout de faire « selon ce qu'il y a dans les tiroirs pour pouvoir le donner », comme l'explique une médecin exerçant dans ce type de structure (17 janvier 2018). Les médecins travaillant en centres de santé ou en foyers d'urgence mettent également l'accent sur la matérialité des méthodes en tant que support explicatif : il s'agit de montrer et manipuler les méthodes contraceptives dont il est question en consultation⁴⁰⁶.

Le groupe des sages-femmes présente également des discours hétérogènes, voire discordants, chez les praticien·ne·s exerçant en libéral. Certain·e·s envisagent par exemple l'IVG comme méthode contraceptive tandis que d'autres la qualifie de « traumatique ». Certain·e·s conseillent des méthodes dites naturelles, tandis que d'autres s'y opposent, considérant la légalisation de la contraception médicalisée comme une liberté. Les sages-femmes travaillant en centres de planification insistent sur l'aspect évolutif de la contraception au cours d'une vie, l'efficacité de longue durée

⁴⁰⁶ Cette pratique sera davantage explicitée dans le chapitre 11.

d'une méthode n'obligeant en aucun cas à un engagement d'utilisation aussi long pour les usagères. Pour elles, le critère est moins celui du bénéfice-risque (comme le prônent les médecins) que celui du rapport entre la durée d'efficacité et la fréquence des effets indésirables. En ce sens, elles tiennent notamment compte des « petits maux » courants. Tout comme leurs confrères et consœurs médecins travaillant en centres de planification, les sages-femmes doivent faire selon la disponibilité matérielle des méthodes et font, à ce titre, du profil des patientes le principal critère : elles **fournissent** la contraception aux patientes mineures, tandis qu'elles **dépannent**, si elles le peuvent, les patientes majeures. Enfin, les sages-femmes travaillant en centres de santé favorisent les méthodes contraceptives remboursées car ce critère est essentiel pour le public précarisé qu'elles reçoivent. Elles indiquent également ne pas pressuriser le choix contraceptif après une IVG et mentionnent la vie personnelle des patientes comme critère dans les choix contraceptifs. Selon elles, les choix et usages contraceptifs doivent se faire sans engagement. À ce titre, elles présentent les méthodes médicales par type d'hormones et par mode de prise.

La contraception orale : facilité prescriptive, ingestion punitive ?

Les gynécologues et généralistes travaillant en cabinets indiquent la contraception orale comme étant la contraception de première intention, notamment parce qu'elle est adaptée à un projet de grossesse (en permettant un arrêt facile et autonome du traitement). Les généralistes issu·e·s de structures publiques ou accueillant un public précarisé reconnaissent (tout comme les sages-femmes) la facilité de prescription de la contraception orale, tout en posant un regard critique sur cette norme contraceptive : « Il y a un déséquilibre entre usages et norme qui ne va pas avec une trop grande proportion de pilules par rapport à ses inconvénients » indique un généraliste travaillant en CDPEF (17 janvier 2018). Les sages-femmes évoquent à la fois ce principal avantage qu'offrent les pilules aux praticien·ne·s, tout en pointant les limites pour les patientes. D'une part, les sages-femmes rappellent le confort que représente la prescription de pilules pour les professionnel·le·s de santé : garantissant une facilité de prescription mais aussi permettant de faire abstraction de la sexualité. À ce titre, un homme sage-femme reconnaît : « [...] pour la plupart des gens sans doute il doit y avoir un tabou et soit c'est de la négligence, soit c'est de la gêne à proposer autre chose que la pilule parce que ça reviendrait à parler de la conception de l'intimité profondément. C'est bien possible aussi. Ce tabou là il faut l'explorer. Peut-être que proposer la pilule ça simplifie la vie de tout le monde pour pas aborder certains sujets » (14 décembre 2016). D'autre part, les sages-femmes signalent l'aspect punitif que la contraception orale peut représenter pour les patientes, en demandant

une discipline quotidienne, mais tout en conseillant elles-mêmes aux usagères de ne pas fumer.

Par contraste avec l'approche des sages-femmes travaillant en structures privées, celles issues de structures telles que les CDPEF semblent avoir une approche plus déculpabilisante face aux comportements inadaptés à une prise de contraception orale (ou à l'inverse : du fait que la contraception orale ne soit pas adaptée au mode de vie de toutes les femmes). L'une d'entre elles explique : « La pilule ne fait pas grossir : elle modifie l'appétit et la façon dont on stocke. Il ne faut pas augmenter le grignotage, il faut être vigilante » (23 janvier 2018). Pour autant, tout comme chez l'entourage des jeunes femmes usagères, chez les sages-femmes c'est l'identité de genre, plus que la structure d'exercice, qui semble déterminante quant à l'appréhension de la contraception orale. Un sage-femme homme qualifie la contraception orale de « pilule du plaisir », garantissant une sexualité épanouie (tout en ne sachant pas pourquoi certaines des pilules ne sont pas remboursées), tandis que ses consœurs en ont une perception bien plus nuancée. Si les (femmes) sages-femmes semblent moins enclines à prescrire la contraception orale en première intention, elles la favorisent après une IVG si la patiente concernée ne souhaite pas de contraceptif dont le fonctionnement nécessite une manipulation au niveau de l'appareil génital.

Selon les gynécologues travaillant en structures publiques ou auprès de publics précarisés (en CDPEF et en dispensaires), la contraception orale peut être adaptée aux comportements stigmatisés. En mettant les ovaires au repos, elle diminue le risque d'infections et est donc compatible avec une « sexualité débridée » (d'après une gynécologue de CDPEF, 23 janvier 2018) et représente la « solution la plus pratique » pour les « patientes et adolescentes négligentes » (selon une gynécologue à la retraite ayant travaillé en dispensaire, 6 mai 2019).

La contraception médicalisée vaginale et ovarienne : stigmatisée, non remboursée ou anaphrodisiaque

Les pharmaciennes rencontrées déclarent vendre peu d'anneaux et de patchs car ce sont des méthodes non remboursées. Pourtant, elles déclarent aussi délivrer encore peu de DIU et rarement des implants (qui eux sont remboursés). Ces discours concordent avec les expériences des vendeuses en pharmacie qui indiquent vendre un anneau et un implant tous les six mois. C'est finalement le DIU qui est la méthode déclarée la plus vendue après la contraception orale avec une estimation à deux ventes mensuelles.

À l'image de la contraception dans son ensemble, les gynécologues appréhendent le DIU en termes médicaux et de risques infectieux, surtout face aux

jeunes patientes. Tout comme le personnel de pharmacie, les médecins généralistes et les sages-femmes déclarent que cette méthode contraceptive est « demandée », voire « souvent demandée ». Ils mobilisent régulièrement des analogies pour dédramatiser l'aspect invasif du DIU parfois perçu par les jeunes femmes et le comparent par exemple à un bijoux (type piercing) ou au plombage pour les dents. Ils espèrent ainsi démontrer qu'il n'est pas rare ni dangereux d'avoir un corps étranger dans l'organisme. Ces deux groupes de professionnel·le·s s'accordent également dans l'ensemble (hormis le personnel de centres de santé et de dispensaires) pour dire qu'il n'est pas souhaitable de retirer un DIU au début de son utilisation (il s'agirait donc d'un engagement), que c'est une méthode particulièrement adaptée s'il n'y a pas de « désir imminent d'enfant ». Pour les sages-femmes, il est surtout dommage d'enlever le DIU dans les trois premiers mois d'utilisation car la plus grosse dose d'hormones aura été diffusée. Les médecins généralistes indiquent être formé·e·s sur le tas à la pose de DIU et refusent de le poser chez les femmes « vierges » car l'intervention est potentiellement plus douloureuse et demande donc une grande attention.

L'implant reste l'un des moyens contraceptifs les plus stigmatisés (Bretin et Kotobi 2016; Roux, Ventola et Bajos 2017), y compris dans les perceptions des patientes retransmises ici par les gynécologues travaillant en centres de planification. Ces patientes auraient intégré l'idée que l'implant est la méthode contraceptive des femmes qui ne sont « pas capables », c'est-à-dire dénuées de capacité d'observance et de contrôle de soi. Une gynécologue témoigne : « Ici l'implant signifie "vous êtes pas capable" et des femmes le disent "je ne suis pas capable de prendre une pilule". C'est choquant » (23 janvier 2018). Les médecins généralistes travaillant en centres de santé ou en foyers d'urgence indiquent également que la diffusion de cette méthode est empreinte de logiques validistes et racistes. Leurs consœurs de centres de planification prêtent attention au fait que ce n'est pas la méthode la plus adaptée dans le cadre d'une utilisation de contraception dans le secret, en raison de ses effets indésirables visibles (acné, prise de poids). Les sages-femmes confirment que l'implant est « mal toléré » et celles travaillant auprès d'un public précarisé le déclarent autant demandé que le DIU (ce qui n'est pas le cas des professionnel·le·s accueillant des femmes plus privilégiées). Par ces perceptions, toutes les femmes ne sont donc pas renvoyées à - et ne s'autorisent pas - une égale estime d'elles-mêmes. Elles ne sont, par conséquent, pas confrontées aux mêmes effets indésirables selon leurs profils (ce point sera développé dans le chapitre suivant).

Assimilé aux pilules de dernières générations par sa composition hormonale, **l'anneau** est peu valorisé par les professionnel·le·s de santé. Indépendamment de leurs

structures d'exercice, les médecins généralistes indiquent qu'il ne contient « pas les bonnes hormones », qu'il n'est pas remboursé et n'est donc pas souvent prescrit. En ce sens, pour les sages-femmes cette méthode contraceptive n'est pas adaptée aux femmes précaires. Ici, ce n'est donc pas son mode d'administration (intra-vaginal) qui est questionné. Des médecins généralistes travaillant en cabinets supposent même que l'usage de la méthode pourrait se développer en parallèle de l'usage des coupes menstruelles⁴⁰⁷ qui nécessitent également une manipulation intra-vaginale.

Tout comme l'anneau, **le patch** n'est pas non plus remboursé. Pourtant, ce n'est pas le critère que mentionnent les gynécologues pour justifier son faible nombre de prescriptions. En effet, iels jugent cette méthode contraceptive comme étant la moins « sexy » : « les patchs c'est sympa mais bon ça fait des petites marques et ça gratte, c'est pas très sexy alors comme il faut que le corps soit super sexy sinon ça va pas [rire] » argue une gynécologue (cabinet de ville, 28 mai 2018). Contrairement à l'anneau qui contient une combinaison d'hormones similaire, c'est bien le mode d'administration (cutanée) que les gynécologues reprochent au patch. L'aspect visible, et par conséquent problématique du dispositif, renvoie à la censure de la sexualité des femmes. Son mode d'administration est aussi ce qui fait dire aux pharmaciennes qu'il s'agit d'une méthode contraceptive particulièrement adaptée pour les femmes plus âgées en transition vers les traitements hormonaux utilisés lors de la ménopause et administrés en crème. Pour les médecins généralistes, le mode d'administration du patch n'est en revanche pas adapté aux adolescentes, chez qui le dispositif se décollerait plus régulièrement.

Tout comme l'implant, **les progestatifs injectables** sont connotés négativement (Bretin 1992). Les médecins généralistes travaillant en centres de planification indiquent qu'ils sont assimilés aux femmes atteintes de troubles psychiatriques et sont pensés comme un moyen imposé. Ces médecins précisent que seules les femmes qui utilisaient déjà ces dispositifs avant de se rendre en centre les demandent (notamment les femmes venant d'Amérique Latine). Le personnel des centres de santé indique peu y penser au moment de présenter le panel contraceptif, mais aussi que personne n'en veut.

⁴⁰⁷ Protection hygiénique utilisée lors des menstruations. Connues également sous l'appellation « cup ».

La contraception d'urgence et la stérilisation : méthodes impensées et de derniers recours

Tout comme chez les femmes usagères et leur entourage, les membres du corps médical ne perçoivent pas la contraception d'urgence et la stérilisation à visée contraceptive comme des méthodes contraceptives comme les autres. Le personnel de pharmacie rencontré déclare avoir rarement à délivrer une **contraception d'urgence** sur ordonnance. Les pilules du lendemain apparaissent surtout sur une primo-prescription et sont donc associées aux jeunes femmes. Lorsque les usagères la demandent, le personnel de pharmacie les rappelle à l'ordre : les pharmaciennes mentionnent l'importance de l'observance et indiquent ne pas vouloir banaliser cette méthode contraceptive. Dans une même logique, selon les vendeuses en pharmacie, les femmes seraient moins observantes en sachant qu'elles disposent d'une (ordonnance de) contraception d'urgence. À ce titre, elles indiquent poser « beaucoup de questions » aux intéressées, notamment afin de s'assurer que la prise est exceptionnelle et que les usagères ne perçoivent pas la contraception d'urgence « comme une contraception ». Pourtant, savoir que la contraception d'urgence est accessible est rassurant et participe donc d'un usage contraceptif serein. Le constat des pharmaciennes et vendeuses en pharmacie du peu de contraception d'urgence prescrite sur ordonnance concorde avec les pratiques déclarées par les autres professionnel·le·s de santé.

Chez les gynécologues travaillant en cabinets de ville, la contraception d'urgence est impensée et sa prescription est reléguée aux secrétaires. En témoigne les propos de cet obstétricien en réponse à la question « prescrivez-vous la contraception d'urgence sur les ordonnances de contraception ? » : « Non. Mais je leur dis en cas de problème de bien regarder la notice ou le site "choisir sa contraception" et en fonction de faire, et si y a un problème on est toujours joignables. Les secrétaires elles sont tellement habituées à entendre les dames que des fois elles donnent les conseils sans même nous... [...] Mais on est d'un accès facile pour nos patientes pour gérer le problème » (10 mai 2017). La contraception d'urgence est donc reléguée à la fois en marge du panel contraceptif, mais aussi vers les professionnelles situées plus bas sur l'échelle hiérarchique, comme si elle relevait moins des compétences des prescripteurs·prescriptrices. Dans une même logique, les autres gynécologues déclarent ne pas la prescrire de manière systématique, ne pas penser à demander si les patientes la souhaitent, mais indiquent plutôt que c'est à l'appréciation des femmes : à elles donc de la demander pour bénéficier d'une ordonnance.

Les discours des médecins généralistes sont plus hétérogènes selon leurs structures d'exercice. Les logiques de ceux travaillant en cabinets rejoignent celles des gynécologues ainsi que les constats du personnel de pharmacie : la prescription

n'est pas systématique et s'adresse surtout aux jeunes. Il s'agit de ne « pas donner un accès trop facile » à cette méthode qu'ils savent « mal perçue » par les pharmaciens (selon une jeune médecin généraliste, 10 novembre 2016). En revanche, les généralistes travaillant en centres de planification déclarent la prescrire systématiquement.

La plupart des sages-femmes indiquent prescrire la contraception d'urgence. Les principales disparités s'observent chez celles qui travaillent en cabinets. Deux sur cinq reconnaissent ne pas y penser systématiquement, sauf en cas d'IVG répétées. Les trois autres précisent la prescrire surtout dans le cadre d'un usage de contraception locale, de contraception orale, et chez les adolescentes. Elles souhaitent ainsi favoriser une prise en charge facilitée de ces dernières en cas de besoin et dédramatisent l'usage de cette méthode, en indiquant que si leurs patientes n'en ont pas l'utilité, elles pourront toujours dépanner une copine. Les sages-femmes valorisant de cette manière l'accès à cette méthode sont aussi celles qui exercent dans des zones semi-rurales à rurales⁴⁰⁸ où l'accès à ce dispositif est difficile, par exemple lorsque la pharmacie la plus proche se situe à plus de trente kilomètres du cabinet. Les sages-femmes travaillant en centres de planification et en centres de santé déclarent prescrire systématiquement la contraception d'urgence, y compris (en centres de santé) pour les femmes qui n'utilisent par ailleurs aucune autre méthode contraceptive : afin de dépanner ou de partager (avec une copine dans le besoin).

Les discours des professionnels de santé à propos de **la stérilisation à visée contraceptive** (la vasectomie et la ligature des trompes) sont significativement différents entre les gynécologues, d'une part, et les généralistes et sages-femmes, d'autre part. Selon les premières, cette méthode relève du militantisme et les collègues qui y prendraient part sont rappelés à l'ordre. Une gynécologue travaillant en cabinet explique que lorsqu'elle a proposé la vasectomie à un patient, un urologue l'« a traitée de castratrice » (8 mars 2018). Aussi, les patientes des gynécologues semblent avoir des perceptions similaires à celles de leurs soignants, car même lorsque ces derniers abordent cette question, et notamment celle de la vasectomie, les patientes usent de l'humour et ne parviennent pas à se projeter dans l'usage de cette méthode. L'extrait de journal de terrain suivant illustre également ces constats.

⁴⁰⁸ Une partie du chapitre 6 est consacrée aux enjeux d'accès aux structures de santé selon les territoires.

1^{er} mars 2017, clinique

La patiente est blanche, a la quarantaine, et travaille à l'Oncopole. La gynécologue en vient à évoquer la méthode de la vasectomie : « Et monsieur ? » La patiente éclate de rire. La gynécologue me lance un regard en arborant un léger sourire, elle m'avait décrit ce type de situation en entretien.

La gynécologue : « Vous avez quand même un facteur de risques [en utilisant une méthode hormonale], ça il peut l'entendre [...] pour votre santé. »

La patiente : « Ça se passe comment ? Il sort le soir ? »

La gynécologue confirme et précise : « [...] l'éjaculation reste la même » ; « et en plus on lui propose une conservation de sperme, donc ça va. » Elle poursuit : « Après 45 ans on arrête la pilule donc c'est soit le préservatif... » ; « vous avez cinq ans pour le travailler au corps. »

La gynécologue lui propose qu'il vienne en consultation. Elle imprime une fiche d'information sur la vasectomie à laquelle la patiente jette un coup d'œil via l'écran d'ordinateur.

La première gynécologue citée plus haut (travaillant en cabinet) indique qu'à la proposition de la vasectomie, les femmes lui répondent : « ah ben non le pauvre ». Une des vasectomies qu'elle a « initiée était chez un Allemand. Et un autre parce que le copain l'avait fait donc il était pas dans la méconnaissance » (8 mars 2018). Le recours à cette méthode relève de l'exceptionnel et dépend de la culture et du cercle social des patient·e·s.

Les généralistes et les sages-femmes mettent, quant à elleux, l'accent sur le difficile accès à cette méthode et ses disparités régionales. Les sages-femmes parlent de « parcours du combattant » selon les régions et les généralistes précisent que cette méthode s'applique davantage dans le nord que dans le sud de la France. Les médecins généralistes reconnaissent en parler peu et surtout en cas de contraception ovarienne difficile (comme l'a aussi montré l'extrait de journal de terrain précédent). La stérilisation à visée contraceptive est donc envisagée comme ultime méthode, presque par défaut et venant pallier les usages compliqués de méthodes hormonales. Les généralistes supposent aussi que leurs confrères et consœurs ne mentionnent que les effets néfastes de ces méthodes, les rares fois où il en est question en consultations. Les sages-femmes travaillant en centres de planification indiquent en parler mais que cela ne relève pas leur domaine. Quant aux professionnel·le·s de santé issu·e·s des centres de santé, iels sont les seul·e·s rencontré·e·s sur le terrain qui accompagnent une patiente nullipare dans un parcours de ligature des trompes, qui relève également d'un « parcours du combattant » (Tillich 2019).

Les méthodes locales vaginales non hormonales et les méthodes dites naturelles : hors compétences médicales ?

Les méthodes locales non hormonales et les méthodes dites naturelles sont reléguées au bas de l'échelle de hiérarchisation des moyens contraceptifs, au même titre que les méthodes dites naturelles.

En effet, le personnel de pharmacie rencontré affirme ne jamais vendre de **préservatif interne**. Une pharmacienne indique même avoir une boîte en stock dans la pharmacie depuis un an. Et pour cause, le préservatif interne est la seule méthode visible durant les rapports sexuels (une de ses extrémités dépasse du vagin et protège la vulve). Il se place ainsi aux antipodes d'une contraception discrète, « sexy », voire désirable. À ce titre, une gynécologue travaillant en cabinet de ville déclare : « [...] honnêtement vous les [les préservatifs internes] avez vu quoi ? Moi j'arrive pas à les vendre. Vous vendez un truc quand vous y croyez. Moi j'y crois pas, alors... Moi je pourrais pas me mettre ça, franchement, même s'ils ont progressé, parce qu'au début c'était des gros sacs plastiques [rire]. Franchement c'est compliqué. C'est compliqué de proposer quelque chose en lequel on croit pas. Je trouve ça un peu gore. [...] Puis, voilà, c'est à l'extérieur en partie, pour les caresses, pour tout ça, pff c'est lourdingue » (7 décembre 2016). Aussi, cette méthode nécessite de « montrer » le vagin⁴⁰⁹ et permet d'anticiper les rapports sexuels : il peut être placé dans le vagin plusieurs heures avant un rapport sexuel, notamment pour favoriser un certain confort et amoindrir les bruits de frottement du latex ou du polyuréthane lors d'un coït. Pour ces deux raisons, cette méthode cristallise un tabou autour de la visibilité du vagin et de l'expression du désir des femmes : « [...] les professionnels regardent d'un air un peu goguenard. Parce que ça montre le sexe féminin et alors là c'est mon dieu qu'est ce que c'est quoi. Donc ça montre la taille oui effectivement d'un vagin, ça parle du vagin, tout ça c'est innommable, donc on le montre en plus. [...] Alors le gros argument c'est "ça fait du bruit". Pas si on le met quelques heures avant parce qu'il prend la forme des parois », argumente une gynécologue (travaillant également en cabinet, 28 mai 2018). Pourtant, il semblerait que ce préservatif puisse être particulièrement respectueux de la sexualité des femmes, comme l'explique cette même gynécologue :

« [...] le préservatif féminin respecte plus la sexualité féminine que le préservatif masculin, et respecte plus la sexualité masculine aussi, parce qu'on peut le mettre comme vous le disiez avant la pénétration, [...] ça peut anticiper un acte sexuel ben c'est pas tabou, des fois ça peut être... c'est toujours tabou [...] c'est comme s'il fallait pas y penser et qu'il fallait que ça tombe comme un champignon, ploum ! [...] Donc

⁴⁰⁹ Les études portant sur les parcours des femmes excisées mettent en exergue les difficultés pour ces femmes à trouver des informations sur l'anatomie précise du vagin (Villani et Andro 2010), témoignant du tabou dont cette partie du corps fait l'objet.

ça respecte plus parce que ça coupe pas. Ça coupe le préservatif masculin, ben là ça coupe pas, très bien. Et il est pas obligé de se retirer après l'éjaculation donc une femme qui peut avoir plusieurs orgasmes... [...] c'est chacun son rythme, ben là ça respecte tout ça. Et comme par hasard on en parle pas. » (28 mai 2018)

De la même manière que les usagères et leur entourage, les médecins généralistes, quant à elleux, confondent le préservatif interne avec la cape cervicale ou le diaphragme. Iels semblent peu s'y intéresser du fait de son prix élevé, perçoivent son usage comme étant difficile et précisent ne pas être formé·e·s à l'indiquer.

Invisibles une fois placé·e·s dans le vagin, **la cape cervicale** et **le diaphragme** ne souffrent pas du tabou qui touche le préservatif interne. Pour autant, les professionnel·le·s les recommandent peu, voire pas. Les gynécologues ne se sentent pas concerné·e·s par ces méthodes et affirment ne pas les recommander car, contrairement au DIU par exemple, elles ne nécessitent pas d'intervention médicale : « encourager une contraception qui a une efficacité très dépendante de la patiente c'est pas trop mon rôle », affirme une gynécologue (cabinet libéral, 7 décembre 2016). Ainsi, lorsqu'en consultations les femmes sont demandeuses de méthodes sans hormones, iels ne mentionnent que le DIU au cuivre (et parfois le préservatif) : « Les patientes veulent de moins en moins de pilules. Elles veulent de plus en plus quelque chose de naturel et malheureusement on a à leur offrir que le stérilet et le préservatif. » (Une gynécologue, cabinet de ville, 7 décembre 2016). Iels insistent également sur le fait que la cape cervicale et le diaphragme « ne sont pas efficaces ». Iels n'apprennent donc pas aux patientes à les utiliser et surtout pas aux jeunes qui, selon ces professionnel·le·s, ne connaîtraient pas leur corps⁴¹⁰. Pourtant, les connaissances (et l'efficacité) autour de ces méthodes pourraient justement être favorisées par une plus grande communication à leur égard. Mais les gynécologues indiquent ne pas vouloir se sentir responsables d'une GNP. Plus haut dans le chapitre, il a effectivement été démontré que les professionnel·le·s vivaient les « échecs » contraceptifs comme des échecs personnels liés à leurs compétences.

Les médecins généralistes travaillant en cabinets libéraux et en centres de planification usent également de l'argument de la faible efficacité, en particulier chez les jeunes patientes. Iels posent, en outre, un regard évolutionniste sur ces méthodes qu'iels assimilent à des « vieux » moyens contraceptifs (comprendre peu confortables, contraignants et peu libérateurs). À ce titre, iels indiquent que cela nécessite beaucoup de manipulations, tout en précisant qu'iels ne sont pas formé·e·s pour cela : « La cape c'est du ressort de la pharmacie et pas du médical », affirme l'une d'entre elleux (9

⁴¹⁰ Ce point sera traité dans le chapitre 11.

janvier 2018). Aussi, iels mettent l'accent sur le fait que ces méthodes ne sont pas remboursées mais sans jamais mentionner le fait qu'elles sont réutilisables. Iels les envisagent comme éventuellement adaptées aux femmes qui ne veulent pas d'hormones, mais surtout pour celles pour qui la survenue d'une GNP ne serait pas problématique. Tout comme la stérilisation, ces généralistes envisagent le recours à la cape cervicale ou au diaphragme comme du militantisme et donc comme un usage qui ne serait pas de leur ressort. Iels indiquent que les usagères de ces méthodes ne s'adressent pas à elleux, et si cela est tout de même le cas iels les renvoient vers d'autres ressources : comme des sites Internet ou le Planning Familial.

Le personnel de centres de santé, de foyers d'urgence et de dispensaires indique également parler peu de ces méthodes, également du fait de leur moindre efficacité. Les quelques usagères, patientes de ces structures, ont plus de quarante ans. Ce sont les dernières méthodes proposées, « quand rien ne va », indique une médecin (2 février 2018).

Les arguments des sages-femmes travaillant en cabinets libéraux rejoignent en quelques points ceux des gynécologues et des généralistes : elles mentionnent la faible efficacité de ces méthodes, le fait que cela nécessite un apprentissage, que ce sont des méthodes de derniers recours. À ce titre, une sage-femme raconte à propos d'une patiente : « Du coup un peu en désespoir de cause elle s'est tournée vers ça » (1^{er} février 2017). En mentionnant la nécessité d'apprentissage, les médecins font surtout référence au temps que cela prend en consultations⁴¹¹, mais une sage-femme souligne aussi que cet apprentissage garantit une autonomie pour les femmes, peu intéressante pour les médecins :

« Parce que, quand même, pour faire de la contraception cape et diaphragme, ben là aussi on en revient au même truc, c'est-à-dire qu'il faut éduquer, éduquer c'est un vilain mot, il faut informer, apprendre à la dame à se connaître elle-même, à savoir manipuler, à savoir trouver son col, comment est le vagin. Bon ça quelque part c'est une perte de pouvoir sur les femmes. Non seulement ils risquent la perte de pouvoir, qu'elles se débrouillent sans eux et en plus il faut savoir faire, et en plus ça prend du temps » (25 janvier 2017).

À ce titre, les sages-femmes travaillant en centres de planification indiquent ne pas parler de ces méthodes mais renvoient les femmes vers d'autres praticiennes pouvant les initier. Toujours attentif à la disponibilité matérielle des méthodes contraceptives, le personnel de centres de santé déclare ne pas prescrire ces méthodes avant tout car elles sont difficiles à se procurer. Mais une praticienne d'un centre indique avoir essayé la méthode sur elle pour être en mesure de la proposer.

⁴¹¹ Voir chapitre 11.

Si les sages-femmes (de cabinets libéraux) mentionnent aussi que ces dispositifs seraient davantage adaptés aux femmes en mesure d'accepter une GNP, elles ajoutent qu'ils le seraient d'autant plus pour celles qui auraient peu de rapports sexuels et qualifient ces méthodes de « marginales ». Les sages-femmes prêtent également attention au fait que l'usage de ces moyens est mal vécu en cas de violences dans le couple. Les propos d'un homme sage-femme montrent également que, par contraste aux méthodes médicalisées, l'efficacité de ces méthodes dépend du respect du rythme de la patiente par les professionnel·le·s (ce que semble regretter ce praticien). En d'autres termes, un apprentissage efficace de l'usage de ces méthodes est incompatible avec l'emploi de violences médicales ou gynécologiques : « Après y a des méthodes qui sont un petit peu plus complexes, enfin complexes, non, elles sont pas difficiles mais disons qu'il faut un suivi et il faut une véritable adhérence de la patiente au projet parce qu'il faut qu'elle y participe pleinement. C'est pas juste prendre un comprimé » (14 décembre 2016).

Les discours en défaveur des **spermicides** englobent des arguments déjà mobilisés pour les autres méthodes. Les médecins généralistes mentionnent qu'ils ne sont pas remboursés. Au vu de leur indice de Pearl (plus faible que celui des méthodes hormonales), les gynécologues les préconisent davantage aux patientes âgées, ayant donc une fertilité moindre. Une gynécologue de centre de planification qualifie les spermicides de « contraignants » et affirme qu'une méthode contraceptive ne peut être libératrice que si elle permet la spontanéité d'un rapport sexuel, disqualifiant ainsi la plupart des méthodes locales non hormonales et réaffirmant le tabou du désir sexuel des femmes. Et d'ajouter que les spermicides peuvent être de couleur violet et donc peu discret. Les spermicides font donc partie des méthodes de derniers recours, mobilisées dans des cas exceptionnels et appréhendées comme extrinsèques au champ médical. À ce titre, une médecin généraliste raconte les avoir préconisés à une patiente qui a eu deux grossesses sous DIU, dont l'une était extra-utérine : « Là c'est quand on ne sait plus, ce n'est plus de la médecine, c'est de la cuisine », indique-t-elle (26 janvier 2018).

Chaque profession semble mobiliser une rhétorique spécifique à propos des **méthodes dites naturelles**. Constant·e·s dans leur vision médicale, les gynécologues s'inquiètent de l'incompatibilité de ces méthodes avec les cycles irréguliers qui caractériseraient les jeunes patientes. Les médecins généralistes ne considèrent pas ces méthodes comme contraceptives et y posent un regard évolutionniste en ce qu'elles renverraient à des pratiques anciennes, impliquant des idéologies religieuses et un asservissement des corps des femmes à travers la grande responsabilité qui les

incombe (en questionnant moins celle relative à un usage de pilules). Le personnel de centres de santé indique ne pas mentionner spontanément ces méthodes mais savoir y répondre en cas de demande des patientes. Quant au personnel des centres de planification, il insiste sur le fait que, par définition, aucune contraception n'est « naturelle » : « Ce qui est naturel c'est d'avoir un enfant par an et un sur deux qui meurt » (une médecin, 17 janvier 2018). Les sages-femmes de ces mêmes structures signalent renvoyer les patientes en demande de ces méthodes vers des confrères et consœurs en mesure de les initier. Quant aux sages-femmes travaillant en cabinets libéraux, elles perçoivent ces méthodes de la même manière que les méthodes locales non hormonales, en indiquant qu'il est préférable que les usagères soient en mesure d'accepter la survenue d'une GNP. Certaines accompagnent des patientes dans ces méthodes, qu'elles appréhendent comme un processus : d'une part, elles proposent pour commencer d'utiliser temporairement le DIU au cuivre pour permettre à l'usagère d'observer ses cycles. D'autre part, elles précisent que l'usage de ces méthodes s'insère généralement dans un ensemble de pratiques (y compris alimentaires par exemple) et tiennent donc compte d'un mode de vie plus général, plutôt que de se limiter à une approche strictement allopathique.

Anormale : la contraception pénienne et testiculaire

Si le **préservatif externe** est généralement la première méthode contraceptive utilisée au cours d'un parcours contraceptif, il n'est pas particulièrement encensé par les professionnel·le·s de santé. Le préservatif est moins considéré comme une méthode contraceptive que préventive (Rossier et al. 2004). En effet, dans une approche toujours très médicale, impliquant une réflexion en termes de bénéfices-risques, les gynécologues évaluent davantage les propriétés contraceptives que prophylactique du préservatif : « on est plus souvent enceintes que malades, [...] c'est pour ça qu'en matière de contraception il est moins efficace que en matière de prévention des IST », explique une gynécologue (28 mai 2018). Par conséquent, ces médecins pensent cette méthode contraceptive comme occasionnelle (adaptée aux rapports sexuels sporadiques) ou complémentaires à d'autres méthodes : le préservatif pallie un « mauvais » usage contraceptif (un oubli de pilule par exemple), s'utilise temporairement en début de relation, s'associe à d'autres méthodes afin de garantir une meilleure efficacité. Le préservatif externe n'est donc pas considéré comme une méthode de contraception à part entière, qui se suffirait à elle-même : « toujours rien ? Enfin toujours rien... le préservatif » dit une gynécologue à une patiente utilisant exclusivement cette méthode (observations en clinique, 1^{er} mars 2017). Les patientes (ici d'une généraliste) semblent avoir intégré cette perception, comme le montre cet extrait de journal de terrain :

3 avril 2018, hôpital

[...] Quand la médecin demande à la patiente si elle a une contraception elle dit que non. Mais quand la médecin lui demande si elle utilisait le préservatif elle répond positivement. Une fois la consultation terminée, je m'étonne de cela et en fait part à la médecin qui me répond que « le préservatif est limite comme contraception » car « les gens ne sont pas assidus avec, il faut arriver à le faire accepter à l'homme » ou alors les partenaires « le mettent une fois sur deux ».

Par ailleurs, les gynécologues reconnaissent que c'est la méthode la plus à même d'impliquer les hommes, mais qu'elle reste difficile à imposer et est donc perçue comme peu libératrice. En effet, même en pouvant se saisir de cet usage, les hommes échappent à l'autorité médicale : « le comble du comble c'est que moi j'explique aux femmes l'utilisation du préservatif masculin, parce que y a quand même une utilisation, mais les hommes on leur explique jamais. [...] y en a plein qui savent pas l'utiliser, mais pas du tout », raconte une gynécologue (28 mai 2018). Le préservatif externe reste donc, au moins en partie, « une responsabilité de femmes » (Thomé 2016).

Pour les généralistes aussi, le préservatif externe n'est pas une méthode qui se suffit à elle-même. Iels lui reconnaissent par ailleurs sa facilité d'accès, en l'identifiant comme un objet de la vie courante. C'est davantage vers ce dernier type de discours que les sages-femmes semblent se ranger, puisqu'elles identifient le préservatif comme méthode de première intention, mais aussi comme méthode propice en période post-natale et éventuellement à associer au DIU.

Gynécologues et généralistes considèrent que la « **contraception hormonale masculine** » et la « **contraception masculine thermique** » ne sont pas efficaces (et ne les reconnaissent donc pas comme contraception), sont anciennes, marginales et relèvent du militantisme. Pourtant, iels reconnaissent également ne pas en connaître le fonctionnement. Les gynécologues issus·es de cabinets de ville réagissent à ces deux méthodes contraceptives de la même manière que les patientes envers la vasectomie : sur le ton de l'humour, voire de la moquerie. Une gynécologue affirme : « Le slip chauffant ne marche pas. Vous vous rendez compte, ça chauffe ! [je lui explique que non...]. Le canal est fermé donc on peut pas remonter les testicules. Une ectopie c'est pas normal, c'est pathologique, ils peuvent se retrouver stériles ». Elle va voir sur internet et réagit : « Vous avez vu le truc ?! [Rires] » (cabinet de ville, 8 mars 2018). Pourtant, l'ectopie n'est pas plus « anormale » que le blocage de l'ovulation provoquée

par la contraception orale. Face à ces méthodes, les gynécologues et les généralistes s'inquiètent de la santé, de la fertilité, du plaisir sexuel et de la libido des potentiels usagers. Selon un médecin généraliste travaillant en cabinet en milieu rural (29 novembre 2017), l'orgasme masculin serait intimement lié à leur fertilité. Selon une gynécologue travaillant en centre de planification, la « contraception hormonale masculine » « démasculinise » les hommes en ce qu'elle les prive de testostérone : « pas de testostérone, pas de désir » argue-t-elle ; tandis que la contraception à usage ovarien ne « déféminise pas les femmes » mais au contraire, « les améliore » (23 janvier 2018). Un homme dépourvu de ses gamètes n'en n'est donc plus vraiment un, tandis qu'une femme dans la même situation est améliorée, y compris si sa libido est affectée. L'essentiel étant qu'un pénis use de sa capacité érectile pour pénétrer un vagin, même peu lubrifié. Seuls le désir et le plaisir dits masculins doivent être saufs. En affirmant que l'érection garantie un rapport sexuel, les gynécologues rassoient la norme d'une sexualité pénétrative pénovaginale (Thomé 2019), d'une part. D'autre part, la libido et la lubrification vaginale des femmes restent des impensé·e·s, nourrissant la culture du viol. Pour justifier leurs propos, les gynécologues mobilisent une approche culturaliste en rappelant que les hommes « latins » sont « machos » et tiennent à leur « virilité » (assurée par l'érection et la fertilité). Paradoxalement à cette « virilité », les gynécologues mentionnent la « fragilité » de la sexualité des hommes (qui ne doit pas être perturbée par un usage contraceptif). D'autres hypothèses sans fondement médicaux ou scientifiques sont avancées : il serait plus difficile de bloquer la spermatogenèse que l'ovulation et il y aurait une baisse de la fécondité en cas de diffusion de la contraception testiculaire (incompatible avec la politique nataliste du pays). Les médecins (gynécologues et généralistes) usent également d'un féminisme de façade (Descarries 2005) et de logiques masculinistes (Devreux et Lamoureux 2012) pour balayer la possibilité d'accès à ces méthodes. Dans le premier cas, la rhétorique consiste à envisager la contraception testiculaire comme un frein à l'émancipation des femmes (alors même que l'impact de la contraception ovarienne sur leur libido ne le serait pas). Dans le second cas, il s'agit de pointer le manque de choix contraceptif des « pauvres » hommes, selon un médecin généraliste à la retraite (anciennement en libéral) qui se dit « féministe mais égalitaire » (9 janvier 2018). Seul le personnel de centres de santé reconnaît que ces méthodes sont applicables. Les propos des femmes sages-femmes à l'égard de ces méthodes oscillent entre incertitudes quant à l'efficacité et intérêt pour les dispositifs. Elles reconnaissent être peu informées sur le sujet. Les propos d'un de leurs confrères remettent en question les arguments masculinistes mentionnés plus haut en ce qu'ils illustrent le fait que les hommes ne souhaitent pas nécessairement se saisir des moyens mis à leur disposition :

« Ah mais ça il faut pas le dire [que ces méthodes existent]. C'est terrible. Non parce que bientôt les garçons vont avoir... Non je plaisante. C'est bien si ça existe. Euh, c'est répandu ? J'en ai même pas entendu parler. [...] J'ai réagi sur le fond de la plaisanterie parce que je me voyais me faire une pique tous les trimestres pour la contraception. [...] Ça touche à quelque chose de très intime la contraception, parce que tu vois la première réaction que j'ai eu elle était pas bonne. C'est compliqué. » (14 décembre 2016)

Le tableau ci-dessous récapitule les résultats les plus significatifs des perceptions des différentes méthodes contraceptives par professions (para)médicales et en tenant compte des nuances selon les structures d'exercice.

Tableau 17 - Perceptions des moyens de contraception (autres qu'oraux) par professions (para)médicales

Méthodes vaginales et ovariennes	Gynécologues	Généralistes	Sages-femmes	Personnel de pharmacie
ANNEAU	<ul style="list-style-type: none"> Mauvaises hormones 	<ul style="list-style-type: none"> Mauvaises hormones, non remboursé : peu prescrit Usage possiblement grandissant car mode d'administration similaire à la coupe menstruelle 	<ul style="list-style-type: none"> Inadapté aux femmes précaires 	<ul style="list-style-type: none"> Rarement délivré au regard de la contraception orale (env. un tous les six mois)
CAPE CERVICALE ET DIAPHRAGME	<ul style="list-style-type: none"> Ne relèvent pas de la médecine Inefficaces Inadapté-e-s à la fertilité et à l'expérimentation des jeunes femmes Risque de responsabilité de GNP 	<ul style="list-style-type: none"> Perception évolutionniste : anciennes méthodes Absent-e-s de la formation Confusion avec préservatif interne Réutilisation impensée Militantisme : ne relèvent pas de la médecine Centres de santé, foyers d'urgence et dispensaires : moindre efficacité, adapté-e-s aux femmes matures, par défaut, derniers recours Cabinets et CDPEF : inefficaces et inadapté-e-s aux jeunes femmes 	<ul style="list-style-type: none"> Autonomie des femmes Cabinets : efficacité moindre, apprentissage nécessaire et incompatible avec violences médicales, derniers recours CDPEF : du ressort d'autres praticien-ne-s Centres de santé : difficiles à se procurer, autoformation 	

Tableau 17 - Perceptions des moyens de contraception (autres qu'oraux) par professions (para)médicales

Méthodes vaginales et ovariennes	Gynécologues	Généralistes	Sages-femmes	Personnel de pharmacie
CONTRACEPTION D'URGENCE	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription non systématique • À l'initiative des patientes • Cabinets : impensée, reléguée au personnel en bas de l'échelle hiérarchique et en marge du panel contraceptif 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinets : absence de prescription systématique, adaptée aux jeunes femmes, ne pas banaliser • CDPEF : prescription systématique 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription régulière, surtout en cas d'IVG répétées puis d'usage de contraception orale, de contraception locale • Faciliter usage chez adolescentes • Faciliter usage en zone rurale • CDPEF, Centres de santé : prescription systématique 	<ul style="list-style-type: none"> • Rarement sur ordonnance • Lors de primo-prescriptions • Public jeune • Rappel à l'ordre des « bonnes » pratiques • Ne pas banaliser • Détourne de l'observance contraceptive
DIU	<ul style="list-style-type: none"> • Risques infectieux chez les jeunes femmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Demandé par les patientes • Analogie avec autres objets • Engagement sur la durée d'efficacité (<i>sauf pour personnel au contact de public précarisé</i>) • Formation sur le tas • Refus de pose chez les femmes « vierges » 	<ul style="list-style-type: none"> • Demandé par les patientes • Analogie avec autres objets • Engagement sur la durée d'efficacité (<i>sauf pour personnel au contact de public précarisé</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rarement délivré au regard de la contraception orale (un à deux par mois)
IMPLANT	<ul style="list-style-type: none"> • Stigmatisé : méthode des femmes « incapables » selon les patientes de CDPEF 	<ul style="list-style-type: none"> • Centres de santé, foyers d'urgence et dispensaires : dénonciation des logiques validistes et racistes • CDPEF : inadapté à une prise dans le secret 	<ul style="list-style-type: none"> • Mal toléré • Centres de santé et dispensaires : autant demandé que DIU 	<ul style="list-style-type: none"> • Rarement délivré (env. un tous les six mois)

Tableau 17 - Perceptions des moyens de contraception (autres qu'oraux) par professions (para)médicales

Méthodes vaginales et ovariennes	Gynécologues	Généralistes	Sages-femmes	Personnel de pharmacie
MÉTHODES DITES NATURELLES ET TRADITIONNELLES	<ul style="list-style-type: none"> Inadaptées aux cycles irréguliers des jeunes femmes 	<ul style="list-style-type: none"> Perception évolutionniste : anciennes méthodes, non contraceptives Non mentionnées mais possibilité d'y répondre CDPEF : critique du terme « naturelles » 	<ul style="list-style-type: none"> Non mentionnées mais possibilité d'y répondre Processus d'apprentissage, vision de santé globale CDPEF : du ressort d'autres praticien·ne·s, critique du terme « naturelles » 	
PATCH	<ul style="list-style-type: none"> Mode d'administration anaphrodisiaque : non « sexy » 	<ul style="list-style-type: none"> Mode d'administration inadapté aux adolescentes Cabinets et CDPEF : mauvaises hormones 		<ul style="list-style-type: none"> Rarement délivré au regard de la contraception orale Mode d'administration adapté aux femmes matures
PRÉSERVATIF INTERNE	<ul style="list-style-type: none"> Anaphrodisiaque : non « sexy », « gore » Tabou autour du désir sexuel et de l'anatomie des femmes Respectueux de la sexualité des femmes 	<ul style="list-style-type: none"> Confusion avec cape cervicale et diaphragme Prix élevé Absence de formation 		<ul style="list-style-type: none"> Invendu

Tableau 17 - Perceptions des moyens de contraception (autres qu'oraux) par professions (para)médicales

Méthodes vaginales et ovariennes	Gynécologues	Généralistes	Sages-femmes	Personnel de pharmacie
PROGESTATIFS INJECTABLES		<ul style="list-style-type: none"> • CDPEF : assimilés aux patientes « déviantes », méthode imposée selon les patientes, usagères d'Amérique Latine • Contraignants • Ruptures de stock : atteinte au libre choix • Centres de santé : peu pensés, pas de demande 	<ul style="list-style-type: none"> • Centres de santé : peu pensés, pas de demande 	
SPERMICIDES	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptés aux femmes matures (faible fertilité) • CDPEF : contraignants car nécessitent anticipation, indiscrets et donc anaphrodisiaques 	<ul style="list-style-type: none"> • Non remboursés donc non prescrits 		
STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Militantisme • Exceptionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Centres de santé : accompagnement nullipare 	<ul style="list-style-type: none"> • « Parcours du combattant » • CDPEF : pas de leur domaine • Centres de santé : accompagnement nullipare 	

Méthodes péniennes et testiculaires	Gynécologues	Généralistes	Sages-femmes
PRÉSERVATIF EXTERNE	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité prophylactique > efficacité contraceptive • Occasionnel, complémentaire • Implique les partenaires sinon peu libérateur 	<ul style="list-style-type: none"> • Occasionnel, complémentaire • Objet courant 	<ul style="list-style-type: none"> • De première intention • Possibilité d'association avec DIU • Adapté à période post-natale
STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Militantisme • Exceptionnelle • Moquée 	<ul style="list-style-type: none"> • Disparités régionales d'accès : plus accessible au nord de la France • Par défaut : en cas de contraception hormonale ovarienne difficile 	<ul style="list-style-type: none"> • Disparités régionales d'accès • « Parcours du combattant » • CDPEF : pas de leur domaine
CONTRACEPTION HORMONALE ET THERMIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Inefficaces, marginales, militantisme • Méconnaissance du fonctionnement • Approche culturaliste • Féminisme de façade et logiques masculinistes • Risques liés à la fertilité, la libido, le plaisir, la santé • Inadaptées à norme sexuelle pénétrative • Cabinets : moquée 	<ul style="list-style-type: none"> • Inefficaces, marginales, militantisme • Méconnaissance du fonctionnement • Féminisme de façade et logiques masculinistes • Risques liés à la fertilité, la libido, le plaisir, la santé • Inadaptées à norme sexuelle pénétrative • Centres de santé : applicables 	<ul style="list-style-type: none"> • Centres de santé : applicables • Efficacité questionnée, intéressant • Peu d'informations

« La crise de la pilule » a permis une remise en question relative du schéma contraceptif, notamment freinée par les perceptions des méthodes contraceptives qu'ont les membres du corps médical. La plupart des professionnel·le·s semblent rester dans une logique « pilulocentrique » (Roux 2020, p. 38) en assimilant contraception et pilule, à la fois dans leur vocabulaire et de manière encore significative dans leurs pratiques prescriptives. Aussi, en ciblant les plus gros prescripteurs (les gynécologues) (Greffion 2019) et ceux déjà installé·e·s, en particulier dans les cabinets, les laboratoires pharmaceutiques visent un modèle de médecine dominant, c'est-à-dire allopathique et libéral (Aïach et Fassin 1992). Et pour cause, les professionnel·le·s adeptes de ce modèle affectionnent particulièrement les pilules de dernières générations (ayant des propriétés contraceptives et médicales). Les liens, parfois affectifs, entre prescriptrices et prescripteurs et visiteuses médicales ou visiteurs médicaux montrent que c'est notamment *via* des relations interpersonnelles que s'établissent des logiques plus macrosociales. Ce sont également plus largement des politiques publiques qui déterminent les pratiques contraceptives et prescriptives. Des professionnel·le·s peuvent en effet réfréner certaines prescriptions, selon les motivations propres à chaque type de structure d'exercice : pour des raisons matérielles en CDPEF et allopathiques en cabinets.

Par ailleurs, au même titre que la libération partielle de la parole des femmes usagères, la « crise » de la contraception orale semble exacerber les rapports de pouvoir entre membres du corps médical. Les praticien·ne·s (indépendamment de leur profession) travaillant en structures privées et en hôpital ont tendance à opposer pratiques médicales et militantisme. L'approche valorisant la « norme contraceptive » (Bajos et Ferrand 2004) au détriment de l'ensemble du panel contraceptif est donc appréhendée comme étant neutre. Or, la théorie du *standpoint* (Harding 1992; Harding 1991) permet de réfuter l'assimilation entre norme dominante et neutralité.

La moitié des interlocutrices sont passées d'une pilule de dernières générations à une pilule de deuxième génération depuis le scandale, mais une minorité d'entre elles a conscientisé ce changement comme étant dû à « la crise ». Ce sont surtout les effets indésirables et l'absence de remboursement qui sont mentionné·e·s.

De nombreuses constantes et limites persistent donc après « la crise ». Le scandale n'a, en effet, rien changé aux facilités de prescriptions des contraceptifs oraux, ni à la désaffection des médecins pour les méthodes à destination des hommes et les méthodes locales barrières vaginales. Le non remboursement des pilules de dernières générations éloigne encore davantage la possibilité d'accès à la contraception

gratuite et sans ordonnance. Par conséquent, cela amoindrit la marge de manœuvre des usagères lors de l'achat de la contraception orale en cas d'ordonnance non conforme ou absente. En même temps qu'elle s'inscrit dans une dynamique de remise en question, « la crise de la pilule » semble favorable au contrôle médical, sous couvert de précautions sanitaires, certain·e·s professionnel·le·s n'hésitant pas à exagérer les recommandations. De surcroît, le scandale médiatique a alimenté des confusions à la fois du côté des usagères et des praticien·ne·s et les motivations des (nouvelles) recommandations restent floues, voire soupçonnées d'alimenter un effet de *backlash* (Faludi 1993). En dépit des recommandations de prescriptions, le marketing des pilules inculpées dans le scandale médiatique reste donc à l'œuvre.

Bien que l'efficacité d'une méthode contraceptive soit favorisée par l'acceptation des usagères, la plupart des méthodes médicalisées semblent indépendantes du rythme des patientes et donc applicable dans le cadre de violences médicales. Selon les perceptions dominantes (les plus courantes mais aussi issu·e·s des médecins travaillant en structures libérales), une contraception est libératrice si elle est facilement négociable auprès des partenaires et si elle permet la spontanéité des rapports sexuels. Pourtant, d'une part, certain·e·s médecins imposent la « norme contraceptive » aux patientes. D'autre part, l'impensé de la libido des femmes n'est, quant à lui, pas appréhendé comme obstacle à leur libération sexuelle. Pourtant, les méthodes peu valorisées semblent particulièrement respecter la sexualité des femmes. L'usage du préservatif interne, s'il est anticipé, ne coupe pas l'acte sexuel et paraît compatible avec les orgasmes multiples. Proposant un usage similaire en plus d'être invisibles lors des rapports et de ne nécessiter qu'un achat unique, la cape cervicale et le diaphragme ne sont pourtant pas plus recommandé·e·s, car davantage envisagé·e·s pour les femmes « marginales », à savoir, qui auraient des rapports pénétratifs sporadiques, peu valorisés au regard de la norme de la sexualité pénétrative pénovaginale (Thomé 2019).

L'absence d'encadrement des pratiques médicales en France (contrairement à la Grande-Bretagne) (Ventola 2017) laisse une place significative aux représentations des professionnel·le·s de santé et favorise peu le choix des usagères. Pourtant, les perceptions des moyens contraceptifs concordent peu avec les taux d'usage. Par exemple, le préservatif externe est le troisième moyen le plus utilisé (chez les 20-29 ans et par l'ensemble de la population) (Bajos et al. 2014; Rahib, Le Guen et Lydié 2017), voire le deuxième plus utilisé (chez les 20-24 ans) (*Ibid.*) et reste néanmoins peu valorisé par les professionnel·le·s de santé. La contraception est alors grandement appréhendée au prisme des perceptions. En croisant les résultats de cette thèse avec ceux des enquêtes FÉCOND 2010-2013 et du Baromètre santé 2016 (cité·e·s

précédemment), le schéma ci-après donne à voir un « prisme contraceptif ». La notion de prisme renvoie aux perceptions et à leurs conséquences sur les pratiques médicales et contraceptives. Le prisme est également la forme choisie pour rendre compte de ces résultats. En regroupant les méthodes contraceptives selon les perceptions similaires dont elles font l'objet, ce prisme donne à voir leur hiérarchisation. Si, pour des raisons de lisibilité, les tailles des cases du schéma ne sont pas exactement proportionnelles aux taux d'usage (auquel cas celle dédiée à la contraception orale devrait occuper les 2/3 de la figure), elles rendent compte (ainsi que le jeu des tailles de police) d'une hiérarchisation « pilulocentrique » qui écrase et invisibilise les autres méthodes. Les enquêtes mentionnées illustrant ce résultat à travers des représentations graphiques, leurs données (report de la contraception orale vers le DIU, le préservatif et l'implant (*Ibid.*), profil des usagères de contraception d'urgence (Rahib, Lydié, et Le groupe Baromètre santé 2016 2018)) sont ici mises en perspective avec la hiérarchisation des profils d'usagères et des professionnel·le·s de santé que cela induit. En effet, les professionnel·le·s plus enclin·e·s à diriger les femmes qui le souhaitent vers les méthodes marginalisées le sont elleux-même dans la hiérarchie des métiers de la santé puisqu'il s'agit des sages-femmes et des praticien·ne·s exerçant dans des structures accueillant un public précarisé (CDPEF, foyers d'urgence, centres de santé) et donc situé au bas de l'échelle sociale. Quant aux usagères, les déçues de la contraception orale se reportent sur d'autres méthodes et se marginalisent ainsi dans leurs usages. Parmi les trois reports représentés, les usagères les moins dotées en capital social se tournent vers les méthodes les moins considérées par les professionnel·le·s de santé. Ce « prisme contraceptif » met également en lumière une certaine complexité de la réalité. Les femmes « déviantes » (Roux, Ventola et Bajos 2017) usagères de l'implant apparaissent plus haut dans la hiérarchisation du « prisme » que ne le sont les usagères qui se revendiquent féministes. Les résultats de cette thèse montrent que les secondes échappent plus aisément au contrôle médical et ont donc un profil moins compatible avec la norme de la médicalisation.

Malgré les recommandations officielles, tou·te·s les praticien·ne·s ne sont néanmoins pas impacté·e·s de la même manière par les politiques publiques selon leur profession et leur structure d'exercice, ne partagent pas les mêmes perceptions de la contraception et, par conséquent, informent et présentent le panel contraceptif de manière inégale, et ce donc, aussi selon le profil des patientes.

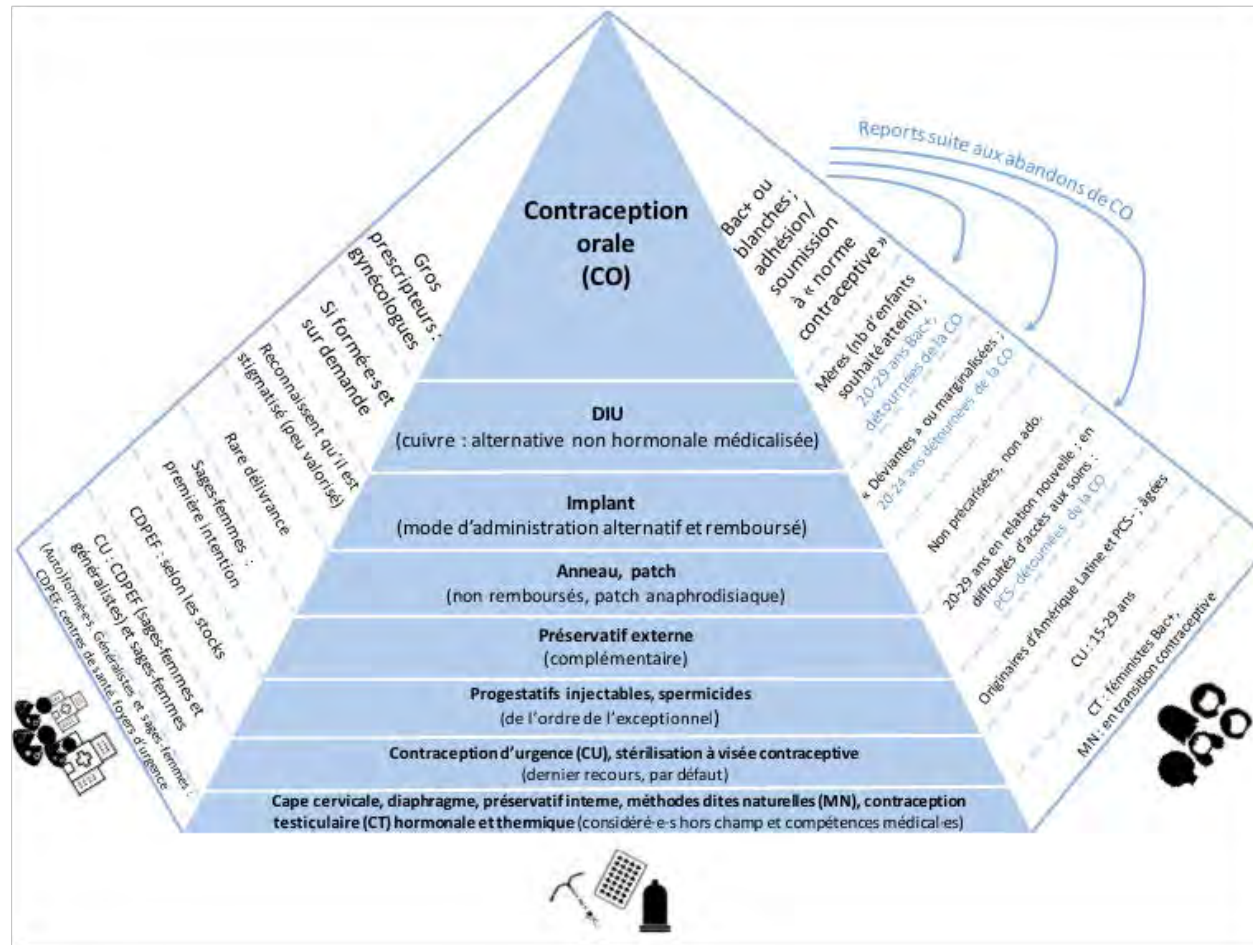


Figure 43 - Schéma du « prisme contraceptif »

CHAPITRE 11 – À QUI FAIRE AVALER LA PILULE ?

Si le taux de prévalence contraceptive reste élevé depuis la diffusion de la contraception (années 1970), cela ne signifie pas que toutes les usagères bénéficient d'un choix contraceptif libre et éclairé. Ainsi, l'adoption toujours première de la contraception orale signifie moins qu'elle est la plus choisie que la plus prescrite, certaines usagères cédant plus qu'elles ne consentent (Mathieu 1991b) à la prescription et l'usage d'une méthode de contraception. L'objectif de ce chapitre est alors de rendre compte de l'impact de différents ethos professionnels en matière d'inégalités d'accès à l'information et à la prescription de contraception et d'en saisir les spécificités selon les catégorisations de patientes que reproduisent, voire élaborent, les professionnel·le·s. En appréhendant les ethos à travers les « manières de faire » et « d'agir » des praticien·ne·s (Lapeyre 2008, p. 218), il s'agira, dans un premier temps, de poursuivre l'élaboration d'une typologie de différentes pratiques de soin (entamée dans les chapitres précédents) et de saisir leur influence sur la manière de mener une consultation de contraception. Les approches de soin sont ici entendues comme un ensemble de logiques et de pratiques médicales ou de soin (des sages-femmes, non allopathiques) traversées par des normes notamment médicales et de genre, plus ou moins conscientisées. Tout en poursuivant ce premier objectif, dans un deuxième temps⁴¹² sera explicitée la façon dont les professionnel·le·s de santé usent de catégorisations de patientes, selon quels critères et avec quelles conséquences en termes d'inégalités contraceptives. La citoyenneté thérapeutique (« therapeutic citizenship »)(Nguyen et al. 2007)⁴¹³ permettant des négociations dans la relation avec les professionnel·le·s de santé, comment s'élabore-t-elle selon le profil des femmes ? À quelles femmes les praticien·ne·s la reconnaissent-elle ? Comment les pratiques médicales construisent des citoyennes (in)égales ? Un troisième temps sera consacré à l'analyse du contrôle de soi attendu des jeunes femmes, selon les critères d'observance et de « compétence contraceptive » (Ventola 2014). Pour ce faire, les

⁴¹² Une version synthétisée de ces deux premières parties de chapitre a fait l'objet d'une publication dans le n° 35-36 de la revue *Emulations*, en 2020.

⁴¹³ Cité·e·s par Fanny Chabrol (2012), *Anthropologie et santé mondiale*. En ligne, consulté le 19 juin 2019. <https://chiasm.hypotheses.org/96> La citoyenneté thérapeutique est entendue comme la manière dont les usagè·e·s s'approprient un traitement et comme un ensemble de droits et de responsabilités (« a set of rights and responsibilities »).

observations de consultations et les entretiens menés auprès des professionnel·le·s de santé, des jeunes femmes usagères et de leurs mères seront les principaux matériaux de terrain mobilisés.

11.1 Impacts des pratiques de soin sur l'accès et le vécu contraceptif des patientes

« C'est à nous d'inventer le mode d'approche médical. » (Une gynécologue à la retraite)

Le secteur professionnel médical se caractérise par une hiérarchisation marquée que ce soit selon les statuts au sein d'une même profession ou entre les différents corps de métier. En France, la pratique dominante est représentée par une médecine libérale allopathique impliquant, d'une part, l'idée que la médecine libérale se consacrerait davantage aux patient·e·s que la pratique hospitalière (Aïach et Fassin 1992). D'autre part, l'allopathie en est l'approche légitime exclusive. Pourtant, le terrain témoigne d'une diversité de pratiques impactant inégalement l'accès des patientes à la contraception selon les professionnel·le·s qu'elles consultent. Cette première partie de chapitre présente une typologie de pratiques de soin, construite à partir de six variables ou « indicateurs » (Lapeyre et Robelet 2007, p. 22) : la profession et la structure d'exercice, la perception de la contraception, les prescriptions/renouvellements de pilules, le rapport aux corps, le facteur temps et le type de rapport (horizontal, vertical) aux patientes. Trois types de pratiques ont ainsi été repérés, allant d'une approche allopathique dominante à une pratique alternative, ponctuées par une approche sensibilisée, notamment aux enjeux de la pratique de l'IVG.

11.1.1 Médicalisation de femmes non malades : contracepter ou corriger ?

Entre les murs : exposition de l'information et conditions de travail et d'accueil des patientes

Si la profession détermine des approches de soin spécifiques (la pathologie pour les médecins (Gelly 2006), la physiologie pour les sages-femmes), la structure d'exercice est une variable tout aussi significative en ce qu'elle implique des enjeux singuliers en termes de « caractéristiques structurelles » (Le Feuvre 2008), ici de salaires, de nombre de consultations et de patientèle. En effet, ce n'est pas tant la formation du·de la médecin qui détermine son comportement, que le milieu dans lequel iel exerce sa profession (Guyard 2008, p. 14). Les médecins sollicité·e·s

travaillant en cabinet libéral collectif affirment partager un cabinet avec des collègues qui ont une approche médicale commune. Dès l'entrée en salle d'attente, les informations exposées diffèrent selon les structures. Un affichage des tarifs, des prospectus sur le don d'ovocytes ainsi que de la presse dite féminine ornent une salle d'attente de cabinets gynécologiques de ville. Une gynécologue travaillant dans un type de cabinet similaire indique en entretien : « j'aimerais bien avoir une affiche pour mon cabinet avec un truc de coupelle [comprendre diaphragme ou cape cervicale]. J'ai de toute manière les différentes contraceptions féminines mais [...] c'est vrai que le préservatif féminin j'en ai pas. En fait, il faut toujours avoir des exemples, sauf que j'en ai pas » (7 décembre 2016). En cabinets gynécologiques de clinique, l'affichage des tarifs est la seule information visible, tandis que l'on trouve dans une autre clinique « des affiches informatives sur la grossesse, notamment une indiquant qu'il ne faut pas consommer d'alcool durant la grossesse. Beaucoup d'affiches prônent le bien-être des enfants » (extrait de journal de terrain, 22 septembre 2016). Les cabinets de sages-femmes, quant à eux, laissent à voir une grande variété d'informations, comme par exemple des prospectus sur le yoga prénatal et le don d'ovocytes, des affichages sur le système des privilèges et des oppressions. En centres de planification, les murs sont habillés d'affiches de sensibilisation aux violences faites aux femmes et des prospectus d'informations sur l'anorexie sont mis à disposition. Dans cette structure aussi, de multiples affiches sont consacrées au bien-être des enfants, concernant leur alimentation, la mise en garde sur l'exposition prolongée devant les écrans, l'information sur la vaccination, l'importance de parler de l'allaitement. Mais contrairement aux cliniques, une part significative du lieu est équipée pour accueillir des enfants : exposant leurs dessins sur les murs et mettant à disposition des espaces de jeux. La structure est donc matériellement adaptée aux femmes qui viennent accompagnées d'enfants. Les centres de planification se distinguent également par l'absence de références aux laboratoires, les affiches comportant plutôt les logos de structures de politiques de santé publique : de ministères, de l'INPES, du conseil général et de l'assurance maladie. La salle d'attente d'un centre de santé est, quant à elle, la seule à exposer des activités réalisées par les usagè·r·e·s (adultes), comme des ateliers en non mixité créés par et pour des femmes de communautés spécifiques. Leur agentivité est reconnue, au-delà du cadre de la consultation. En entretien, une médecin de l'un de ces centres indique qu'une affiche (ici du Planning Familial), consultable ci-après, exposant les différents moyens contraceptifs représente une « accroche » dans le cadre des consultations (9 mars 2018).



Figure 44 - Affiche « La contraception » (Planning Familial, 2014) exposée dans un centre de santé

Les professionnel·le·s de ce type de centres, « habitué·e·s » à recevoir une patientèle précarisée ou « critique » envers la médecine libérale allopathique (selon les propos d'une médecin), indiquent que la structure ne compte aucun·e gynécologue, faute de salaire élevé.

Les praticien·ne·s étant passé·e·s d'une structure libérale à une structure relevant de la fonction publique expliquent bénéficier d'une stabilité de salaire depuis qu'ils et elles ne dépendent plus d'un système de paiement à l'acte, caractérisé par une « rentabilité aux patientes », selon une médecin de centre de planification. La médecine libérale dominante se traduit donc par des consultations courtes et nombreuses, garantissant *a priori* un nombre élevé de prescriptions (Greffion 2019). Les

consultations les plus courtes sont celles menées en cabinets libéraux (18 minutes en moyenne) et en clinique (22 minutes en moyenne), tandis que les plus longues ont lieu en centres de santé (34 minutes en moyenne), et, dans une moindre mesure, en hôpital et en centres de planification (25 minutes en moyenne).

Des corps performés par une médecine dominante ?

En consultant des gynécologues issu·e·s de structures privées, les usagères se tournent principalement vers le premier type de pratiques identifié, allopathique dominante, et y affrontent une perception différenciée de la contraception. En effet, les professionnel·le·s mobilisent une vision thérapeutique de la contraception (Ventola 2014) en se fiant à l'indice de Pearl et en la définissant comme devant « faire baisser la fertilité », excluant de fait toutes les méthodes barrières. La présentation faite du panel contraceptif est donc incomplète et traduit un décalage entre la loi⁴¹⁴ et les droits effectifs, dont les usagères ont conscience : « C'est drôle parce que dans le cabinet il y a une affiche avec marqué dessus : “La pilule n'est pas le seul moyen de contraception, il en existe d'autres, parlez-en avec votre gynécologue” », ironise Laura (chargée de gestion immobilière, 27 février 2014). L'efficacité n'est pas la seule préoccupation des usagères (Wale et Rowlands 2020). Les femmes souhaitent pourtant privilégier une méthode adaptée à leur mode de vie et à leurs représentations, notamment des menstruations, certaines pilules provoquant une aménorrhée. Or, une vision thérapeutique de la contraception amène à en minimiser les effets et à créer un hiatus entre professionnel·le·s et usagères : envisagés comme « secondaires » par les premier·e·s adhérant·e·s à cette vision, mais considérés comme véritablement « indésirables » par les secondes. Les professionnel·le·s différencient, en outre, les risques cardiovasculaires et thromboemboliques des « petits maux » (baisse de libido, prise de poids, état dépressif, etc.) auxquels les usagères sont pourtant plus souvent confrontées.

Cette vision thérapeutique implique aussi une pathologisation des corps des femmes, résultant notamment d'une mauvaise image des règles mobilisée en faveur du développement de traitements hormonaux tels que la pilule (Oudshoorn 1993). Au début de son histoire, la contraception orale « était employée comme traitement des irrégularités menstruelles » (Sanabria 2009, p. 172). La contraception orale bloquant l'ovulation, les saignements sous pilules imitent en fait artificiellement un

⁴¹⁴ L'article 11 de la loi de 2016 de modernisation du système de santé indique que « toute personne a le droit d'être informée sur l'ensemble des méthodes contraceptives » et que « cette information incombe à tout professionnel de santé ».

cycle menstruel de vingt-huit jours. D'une part, les corps des femmes sont stabilisés et surtout homogénéisés. D'autre part, la norme du modèle du cycle de vingt-huit jours est entérinée, désignant en miroir des cycles pathologisés. En ayant des propriétés pouvant réguler ou supprimer les saignements, ce type de contraception s'inscrit dans une logique médicale historique considérant comme imparfait tout corps qui ne serait pas celui d'un homme (blanc) (Dorlin 2009). La contraception orale revêt donc des propriétés médicales permettant de « corriger » et « d'améliorer » (selon des paroles de praticien·ne·s) ces corps : « C'est vrai qu'il y a des patientes sur lesquelles on insiste davantage sur les bénéfices de la pilule, les femmes qui ont des cycles qui sont très irréguliers, qui ont des douleurs importantes, qui ont des problèmes d'acné. La pilule peut les améliorer ces femmes-là » (une gynécologue, clinique privée, 20 février 2017). Dans cette logique, si en 1980 les pilules étaient prescrites après trois ans de vie sexuelle (Rossier et al. 2004), il est aujourd'hui courant qu'une première prescription précède les premiers rapports sexuels en anticipation de ceux-ci ou pour des raisons dites médicales. Les femmes sont alors (ré)assignées à certaines normes corporelles et de genre : les gynécologues recommandent de « faire attention au cholestérol » (renvoyant à la minceur), demandent si les patientes sont suivies par des dermatologues (revoquant à l'esthétique d'une peau lisse) et qualifient de « joli » un col de l'utérus pour signifier que « tout va bien » en termes de « potentialités reproductives » (Ruault 2015, p. 44). Les professionnel·le·s adeptes de ces pratiques thérapeutiques emploient un champ lexical marquant à la fois une logique assurantielle (i) et l'appropriation des corps à soigner (ii) : « **je vous** colle/mets tel médicament » ; « **on se fait** tel examen » ; « **je me fais** un coup d'écho[graphie] » ; « **j'ai pas** d'épanchement dans le ventre [celui de la patiente] ». Dans le premier cas (i), les pratiques décrites rendent compte des attendus de l'institution médicale : « on se fait tel examen » peut se comprendre comme « je vérifie que je ne passe pas à côté de quelque chose ». Les quatre *verbatim* retranscrits ici pourraient donner à voir trois types de pratiques de soin : « je vous colle » (pratique autoritaire) ; « on se fait... » (pratique davantage inclusive de la patiente) ; « je me fais... » et « j'ai pas... » (pratique strictement assurantielle). Dans le second cas (ii), l'emploi de la première personne du singulier (pour évoquer le corps des femmes) peut s'interpréter comme une appropriation des corps soignés. Par conséquent, les nouvelles et nouveaux né·e·s engendré·e·s par ces corps sont appréhendé·e·s comme faire-valoir de l'expertise médicale. Par exemple, en prenant des nouvelles de la petite-fille d'une patiente, un obstétricien lui demande si elle voit la photo du bébé en question parmi les innombrables clichés qui tapissent le mur derrière lui. Ces clichés, exposés tels des trophées, seraient garants de ses compétences (par exemple, faire accoucher). L'on

peut également y voir la volonté d'attester de ses qualités humaines (les femmes lui envoient ces clichés en guise de reconnaissance).

La prescription de contraception résulte donc d'un diagnostic médical (Ventola 2014) alors même qu'elle s'adresse à des femmes non malades (Grino 2014). Une pathologisation semble, en outre, aller de pair avec une appréhension des corps comme morcelés, selon les spécialités médicales dédiées aux différents organes. À ce titre, Montserrat (mère d'Ambre, 69 ans, anthropologue) parle d'une « escalade médicale » impliquant de « se faire réviser par morceaux. Alors que pour moi la médecine doit être globale. C'est angoissant, y a trop de morceaux » (6 avril 2018). De surcroît, ce morcellement ne garantit pas de communication entre les différentes spécialités médicales. Vaani (sans emploi) consulte plusieurs spécialistes (généraliste, gynécologue, psychiatre) et regrette le manque d'interdisciplinarité :

Leslie : Du coup y a pas vraiment de communications entre vos différents médecins ?

Vaani : Ah ça c'est le truc que je déplore beaucoup. Peu importe les médecins, j'arrive pas à comprendre pourquoi... C'est vraiment complémentaire [...]. Ça c'est un peu dommage, qu'il y ait pas un dossier où tout serait complémentaire, qui prendrait tout ce qu'on fait en compte (30 juin 2016).

Fanny (étudiante infirmière), quant à elle, questionne le recours systématisé à l'allopathie : « j'aime pas prendre des médicaments mais euh à mon école j'ai un prof qui m'a manipulée, ouais qui m'a remis le bassin en place pour mes, pour mes règles [...]. C'est pour ça que j'aime pas prendre des médocs parce que dès fois c'est juste par la manipulation, c'est ton corps qui est mal placé » (31 mars 2014).

Par contraste, les sages-femmes, spécialistes de la physiologie, prescrivent peu de pilules pour raison médicale et considèrent davantage l'ensemble des méthodes. Dans cette même logique, une approche désignée comme alternative (par rapport à la norme médicale) favorise une conception de santé globale, tenant compte de la multiplicité des facettes qui composent l'identité des patientes. Par exemple, une professionnelle de centre de santé indique une boutique de vêtements de grossesse d'occasion à une patiente précaire enceinte. Ici la grossesse n'est pas uniquement médicalisée, puisque sont aussi prises en compte les réalités matérielles de la femme concernée. Il s'agit alors moins de considérer une pratique allopathique comme modèle exclusif immuable que de mobiliser un « pluralisme thérapeutique » (Mulot 2014). En centres de santé, des professionnel·le·s s'inspirent par exemple de la naturopathie en conseillant d'utiliser du bicarbonate alimentaire pour soigner les mycoses ou des tisanes dans le cadre des premières règles, dépathologisant alors l'irrégularité des menstruations chez les jeunes femmes.

Ces alternatives sont dévalorisées par les professionnel·le·s adeptes d'allopathie exerçant en libéral, ici par une gynécologue de cabinet de ville : « Les

patientes se tournent davantage vers la naturopathie, elles ne veulent rien à part regarder leur glaire, c'est "je bouffe de l'herbe" » (15 mars 2017). Ainsi, dans ces structures, lorsque d'autres formes de pratiques sont plus rarement abordées, c'est moins dans un objectif de *cure* qu'en complément au modèle allopathique dominant. Afficher une tolérance (parfois caduque) aux recours alternatifs peut relever d'une stratégie pour garder les patientes. Une gynécologue de clinique conseille le yoga et l'acupuncture « pour se détendre » (1er mars 2017). De même, un obstétricien de cabinet de ville explique mobiliser le premier stade de l'hypnose en faisant parler les patientes pour ne pas qu'elles se concentrent sur la douleur, tout en ajoutant qu'il n'a pas de formation à l'hypnose car il est « cartésien » et « qu'il aime quand c'est efficace » (18 mai 2017).

11.1.2 Consultations courtes, risque accru de violences médicales ?

La parole ou l'action

Aborder l'ensemble du panel contraceptif nécessite du temps, un « bien rare » dans le cadre de consultations en libéral (Greffion 2019). Les jeunes femmes usagères déplorent pourtant cette précipitation (comme le montrent les paroles de Manon et d'Elia ci-après) et apprécient, par contraste, quand les professionnel·le·s prennent le temps de mener la consultation (exemple d'Elia) :

Extrait de journal de terrain, 21 novembre 2017

Manon (gestionnaire de communication en assurance maladie) était énervée que la gynécologue l'ait prise en retard. La gynécologue était « speed », elles n'ont pas trop discuté, elle est vite passée au déshabillage. Le rendez-vous était bref et Manon décrit la médecin comme étant « perdue ». Et d'ajouter : « C'est pas que je l'ai mal vécu mais c'était à la chaîne. Mais elle était sympa. Mais elle m'a pas hyper détendue ».

« J'ai vu un obstétricien [...] il est très sympa [...] il prend le temps quand il te reçoit, il a son petit carton où c'est tout noté sur toi. T'as l'impression d'avoir un rendez-vous individualisé, vraiment. Il fait pas ça à la chaîne. Il te pose des questions, il te demande ce que c'est ton métier [...] Et des fois les gynécos ils nous prennent pas au cas par cas. Ils prennent la pilule, bim allez prends la pilule. Et toi tu prends la pilule parce qu'en même temps tu sais pas, t'es pas informée, t'as pas ton mot à dire parce que t'as pas d'argument et tu sais pas ce qu'il y a d'autre. » (Elia, infirmière, 20 septembre 2016)

Les consultations en libéral sont donc « *timées* » (pour reprendre les termes des professionnel·le·s) et se différencient selon les métiers. Les gynécologues indiquent

être moins dans « la parole » que dans « l'action », en évitant par exemple de poser des questions ouvertes aux patientes : « Je me souviens d'un remplacement où c'était consultation tous les quarts d'heure. Là j'avais un mot d'ordre dans ma tête : ne pas parler. [...] Il faut interroger, avoir un interrogatoire fermé, pas de réponse ouverte. Oui, non, oui, non. Prescriptions, examens, prescriptions. Et ne pas parler. [...] Et puis en plus vous avez des professionnels qui sont dans l'agir, il faut agir, il faut faire des actes, faut pas parler, il faut agir. L'obstétricien il faut faire des accouchements, le chirurgien qu'il ait la césarienne. Il faut manipuler, voilà il faut agir, l'acte. Et donc qu'est-ce qu'un acte ? Et la parole n'est pas forcément un acte » (cabinet libéral, 28 mai 2018). De ce fait, si cette approche se caractérise par une importante fréquence de l'abord de la contraception en consultations, le temps qui lui est consacré est moindre. Or, le travail des médecins « débordés », « à la chaîne » ou « comme à l'usine », est marqueur du risque de violences gynécologiques ou obstétricales (Claro 2019, p. 303; El Kotni 2018, p. 51). Les sages-femmes et les médecins généralistes (de structures libérales et reconnaissant pouvoir prendre plus de temps qu'en hôpital), quant à elleux, témoignent d'une certaine souplesse en s'adaptant au temps consacré en consultations selon l'affluence en salle d'attente.

Par contraste, les sages-femmes, les médecins généralistes de structures publiques et, dans une moindre mesure, les gynécologues de structures publiques recevant un public précarisé (tels que des dispensaires), déclarent plus fréquemment « faire une médecine lente » et « moins rentable ». Ces pratiques alternatives privilégient l'échange *via* des questions ouvertes posées en consultations et une attention portée au dépistage des violences faites aux femmes, comme le préconise le Ministère des affaires sociales et de la santé⁴¹⁵. Une médecin généraliste travaillant en CDPEF raconte parfois discuter de féminisme avec les femmes pendant vingt minutes : « C'est aussi transmettre une vision politique, expliquer que c'est pas juste que tu n'as pas eu de bol, c'est politique, le viol est politique. Ce n'est pas que pour le plaisir de bavarder » (17 janvier 2018). La valorisation de l'échange semble aller de pair avec une plus grande variété de supports mobilisés pour illustrer les explications données, et ainsi prémunir d'une rétention d'informations. Si le premier type de pratiques privilégie l'exclusivité d'explications brèves et orales, l'alternative consiste davantage à « montrer » en mêlant explications, supports écrits (carte ou ordonnance indiquant la marche à suivre en cas d'oubli de pilules, schéma du cycle menstruel) et objets de démonstration (moyens de contraception factices). Une présentation plus complète du panel contraceptif se corrèle donc à des explications nécessairement plus longues.

⁴¹⁵ (Ministère des affaires sociales et de la santé 2016)

« Montrer » la contraception

En cabinets gynécologiques de ville, un des rares supports mobilisés est le schéma, dont l'un d'entre eux a pu être récupéré auprès d'une praticienne (figure ci-dessous). Selon une logique thérapeutique, les moyens de contraception sont présentés en trois catégories selon leur fonctionnement hormonal : les œstroprogestatifs (« EP », colonne de gauche sur le schéma ci-après), les progestatifs (« P », colonne du milieu) et les « sans hormone » où seul le DIU au cuivre est représenté (colonne de droite). La gynécologue « barre au fur et à mesure les contraceptifs qui ne sont pas adaptés, soit parce que la patiente est trop jeune, soit parce qu'il y a des risques sanitaires » (extrait d'entretien, 15 mars 2017) :

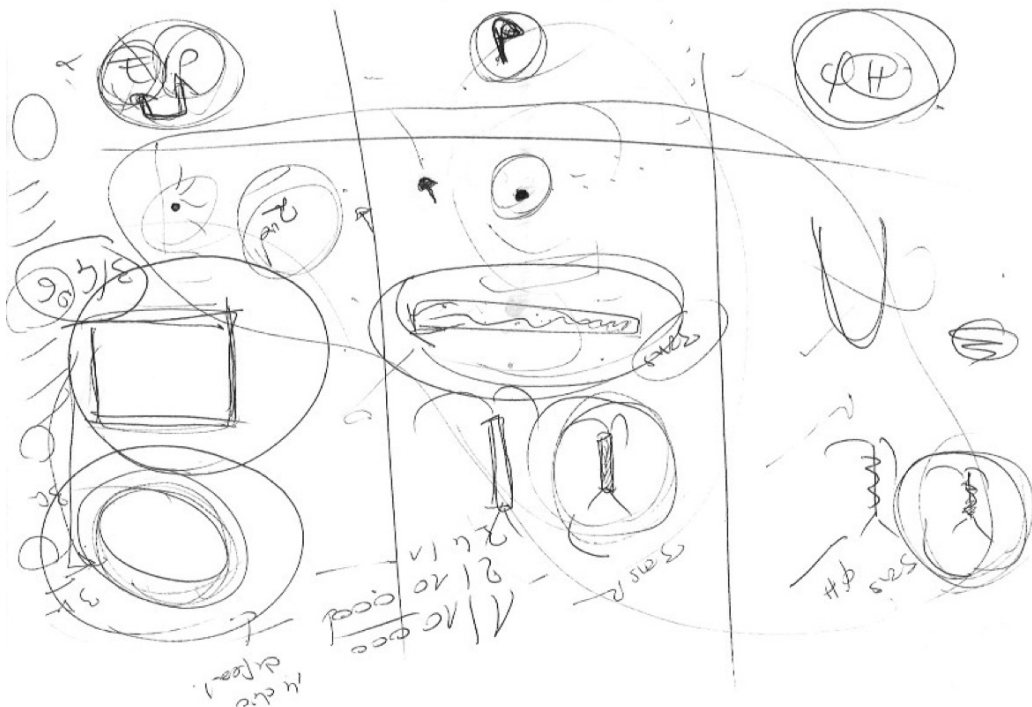


Figure 45 - Schéma de trois catégories de contraceptifs réalisé par une gynécologue

Mais en réutilisant le même schéma d'une consultation à l'autre, l'information devient peu lisible (la praticienne a notamment écrit dans différents sens) et le degré de personnalisation de la prescription reste moindre.

Une médecin généraliste travaillant en libéral mobilise elle aussi le support schématique (cf. figure à suivre), notamment pour expliquer les cycles menstruels :

« Souvent j'essaie d'expliquer comment ça fonctionne donc je refais mon petit schéma [je lui demande de le faire] du cycle, des hormones. J'explique qu'on est sur le cycle de vingt-huit jours et qu'on a le droit d'en avoir vingt-cinq ou trente, que pendant trois-quatre jours on a les règles, donc je fais un petit gribouillis pour les

règles. Je dis que là c'est le premier jour des règles [« R » et « 1° » sur le schéma ci-dessous], que normalement on a l'ovulation [« Ovul° » sur le schéma] quatorze jours avant les prochaines. Donc le problème c'est que c'est quatorze jours [« 14j » sur le schéma] avant, donc en fait on le sait jamais, si on a un cycle court c'est avant, si on a un cycle long c'est après. Donc j'explique que là y a beaucoup d'œstrogènes [« O »], que là y a l'ovulation et que là y a les progestérones [« P »], de façon naturelle dans le corps et j'explique que dans la pilule y a des œstroprogestatifs [...]. »

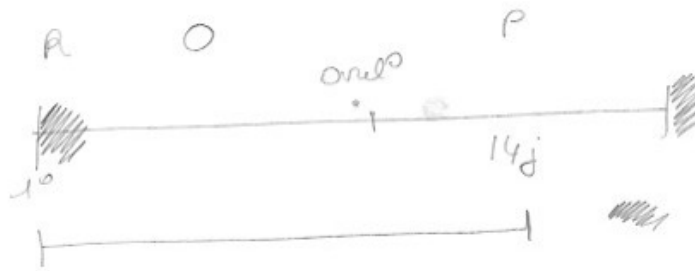


Figure 46 - Schéma de cycles menstruels réalisé par une généraliste

Le schéma, plus ou moins lisible, semble être le support privilégié en structures privées et est apprécié des patientes : « Enfin voilà il [le gynécologue] était très ouvert, quitte à faire des schémas ou autre quand il y avait besoin. Oui pour ça il était sympa », raconte Yvonne (mère d'Andréa, 63 ans, manutentionnaire retraitée). En cas d'oubli(s) de pilule, les praticien·ne·s en cabinets de ville énoncent la « triple protection » à adopter (prendre le comprimé oublié, utiliser la contraception d'urgence et utiliser le préservatif en cas de rapport sexuel jusqu'aux prochaines règles). Peu de (voire aucun) moyens contraceptifs de démonstration sont mobilisés. Une gynécologue exerçant dans ce type de structure prendra par exemple un bout de fil électrique en guise d'implant de démonstration. Des outils communs se retrouvent tout de même en structures publiques et privées, comme les disques de grossesse.

À l'exception des consultations dédiées aux IVG dans le cadre de consultations de CDPEF en hôpital, en structures publiques et chez les sages-femmes travaillant en libéral, les objets de démonstration viennent compléter les supports écrits. Une sage-femme indique : « Alors oui j'ai des tas de bidules [de moyens contraceptifs à montrer], après j'ai des stérilets qui se promènent, des [maquettes d']utérus, j'ai tout ce genre de truc pour montrer. [...] Après j'ai cape et diaphragme mais là par contre comme on s'en sert comme essai il est à la stérilisation. Pour expliquer je le sors mais par contre je fais attention que j'ai pas un essai de pose derrière » (cabinet libéral, 25 janvier 2017).

Une médecin généraliste, travaillant notamment en foyer d'urgence, explique en entretien qu'elle dispose d'une pochette où des moyens contraceptifs factices sont rangés et qui lui sert de pense-bête pour « n'oublier » aucune méthode à présenter (2 février 2018). En CDPEF, une grande règle en plastique du laboratoire Codepharma, que l'on peut retrouver en structures privées, se trouve sur le bureau de consultation du côté des patientes. Six contraceptifs y sont représentés : le préservatif externe, l'anneau, l'implant, le patch, les DIU et la contraception orale. Un implant et des DIU factices ont été collés par des professionnel·le·s de la structure par-dessus les images qui les représentent sur la règle et une affiche de l'INPES présentant l'ensemble des moyens contraceptifs est également exposées dans la salle de consultation. Lors d'une prescription de pilule, les professionnel·le·s de la structure délivrent une carte de poche récapitulant la marche à suivre en cas d'oubli(s) :

Que faire en cas d'oubli de pilule ?
Il faut réagir vite.

Nom de votre pilule :

Votre plaquette contient des comprimés inactifs (derniers comprimés de la plaquette) :
 oui non
 nombre

Délai au-delà duquel il existe un risque de grossesse : 3 h 12 h

Si le décalage est inférieur au délai ci-dessus, prenez immédiatement le comprimé oublié (2 comprimés peuvent être pris le même jour), puis les comprimés suivants à l'heure habituelle. Il n'y aura pas de risque de grossesse.

* Recommandations de la HAS. La notice de votre pilule peut donner des indications différentes. En cas de doute ou d'incompréhension, demandez conseil à un professionnel de santé. 413 899 11C

Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte
Pour retrouver une contraception efficace,
il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.

- 1 Prenez immédiatement le dernier des comprimés oubliés et poursuivez la plaquette à l'heure habituelle.
- 2 Utilisez des préservatifs pendant 7 jours.
- 3 Si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés actifs, poursuivez la plaquette jusqu'à la fin des comprimés actifs, puis enchaînez avec la plaquette suivante (sans jour d'interruption ou sans prise de comprimé inactif).

En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli,
prenez la contraception d'urgence.

Pour plus d'information ou pour être aidée, rendez-vous chez votre pharmacien, dans un centre de planification ou sur www.choisirsacontraception.fr

Figure 47 - Carte de poche en cas d'oubli(s) de pilule (Ministère de la santé, 2012)

Sur un corpus de plus de 33 prospectus recueillis dans les diverses structures, ceux provenant de laboratoires pharmaceutiques sont davantage présents dans les structures privées au sein desquelles se pratique une médecine allopathique dominante ou sensibilisée aux enjeux relatifs à l'IVG (comme le font les membres du REIVOC). En cabinets gynécologiques, les prospectus étudiés sont issus de sept laboratoires et

deux structures publiques (comme le Ministère de la santé). Ils concernent l'usage de la contraception médicalisée, principalement hormonale. En CDPEF et en cabinets de généralistes dont la pratique est sensibilisée, une large part des prospectus concerne l'IVG et sont issus de partenaires publics. Certains de ces prospectus se retrouvent en cabinets dans les structures où une approche alternative est mobilisée (comme les cabinets de sages-femmes), proviennent plus rarement de laboratoires et concernent davantage la contraception non hormonale, la stérilisation à visée contraceptive et les violences faites aux femmes.

En comparant deux cartes de poche dédiées aux oublis de pilules, il apparaît que les informations qui y figurent traduisent des logiques différentes selon qu'elles soient élaborées par un laboratoire ou une structure publique. La figure ci-dessus représente une carte de poche élaborée par le Ministère de la santé et se retrouve par exemple en CDPEF. Les consignes à suivre permettent une personnalisation de la démarche selon des cases à remplir et à cocher. La figure ci-dessous représente, quant à elle, une autre carte de poche cette fois-ci issue d'un laboratoire. Si des consignes similaires s'y retrouvent, le vocabulaire employé semble plus culpabilisant : « Et si malgré tout, j'ai oublié ma pilule ». La démarche proposée s'ancre davantage dans des logiques néolibérales en indiquant une application dédiée aux oublis de pilules et ses avantages (« alerte pilule », « calendrier de suivi gynécologique », « informations sur la contraception »).

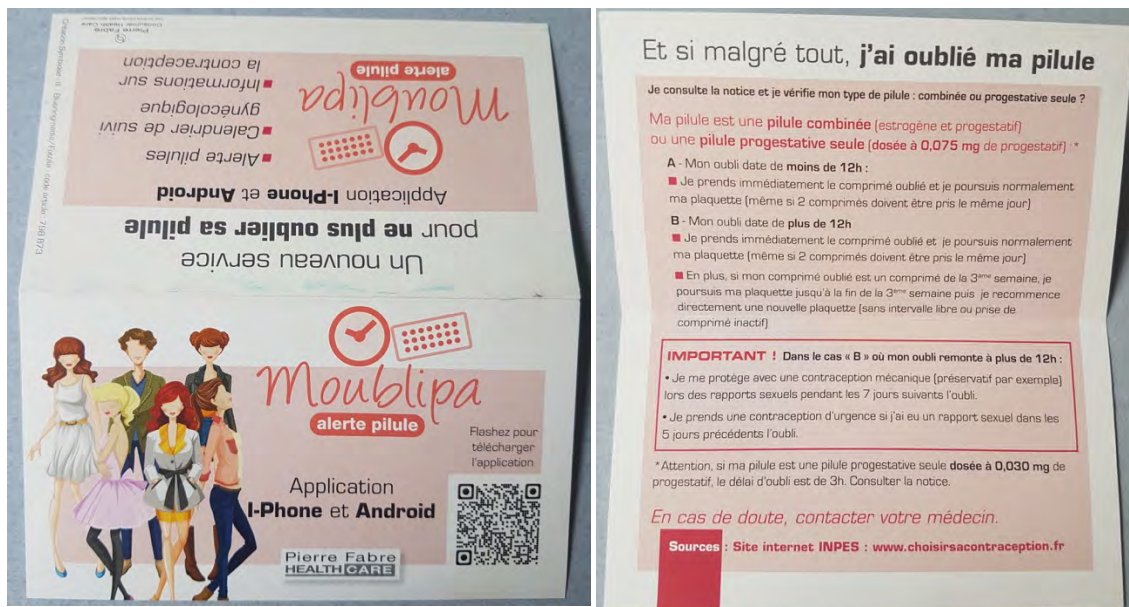


Figure 48 - Carte de poche en cas d'oubli(s) de pilule, recto-verso (INPES et laboratoire Pierre Fabre)

En centres de santé, les partenariats sont plus absents. Une praticienne indique en entretien que la marche à suivre en cas d'oubli(s) de pilule est en voie d'être directement indiquée sur les ordonnances de pilules (figure ci-après). Aussi, la manipulation directe de moyens de contraception factices (trois plaquettes de pilules différentes, deux DIU, un implant, un diaphragme et un anneau lors des observations) est privilégiée.

Mme PATIENTE TEST Test

O1. (DCI) ETHINYLESTRADIOL 30 µg + LEVONORGESTREL 150 µg cp
 Prendre 1 comprimé par jour pendant 21 jours
 à heure fixe
 puis arrêter 7 jours
 Les règles vont arriver
 Reprendre (nouvelle plaquette) après 7 jours d'arrêt quelque soit la durée des règles
 -QSP 12 mois
 QUAND COMMENCER?
 La contraception peut être démarrée à tout moment (pas besoin d'attendre la survenue des prochaines règles) ; il faut juste s'assurer de l'absence de grossesse en cours. Elle ne sera alors efficace qu'après 7 jours de traitement.
 Si elle est démarrée le 1er jour des règles, elle est immédiatement efficace.
 PRISE EN CONTINU:
 Possibilité de prendre un comprimé par jour, sans interruption de 7 jours
 La seule différence est l'absence de survenue de règles.
 OUBLIS:
 l'efficacité contraceptive n'est plus garantie (risque d'ovulation) en cas:
 -d'arrêt de plus de 7j entre 2 plaquettes
 -de vomissements et/ou diarrhées
 -prise concomitante de certains traitements
 -oubli de comprimé ou retard de prise >12h
 En cas d'oubli de pilule, suivre les recommandations suivantes : <http://g-oubliepilule.com/casoubli.htm>

Figure 49 - Extrait d'une ordonnance type de prescription de contraception orale en centre de santé, incluant la marche à suivre en cas d'oubli(s) de pilules

Dans le cadre des oublis de pilules, une gynécologue travaillant en cabinet libéral explique ne pas toujours penser à évoquer et prescrire la contraception d'urgence. Elle mentionne également l'idée de l'intégrer à l'ordonnance : « C'est pas systématique. C'est vrai que souvent j'ai tendance à *buguer* par rapport à ça, il faudrait que je les intègre directement sur mes ordonnances types. Ouais c'est parce que j'y pense pas, mais souvent quand j'y pense je la mets » (7 décembre 2016).

Au moment où elle était interviewée par Armelle Andro et Christelle Hamel, la médecin Emmanuelle Piet coordonnait une centaine de centres de planification. Exerçant « une médecine féministe », elle donne aux femmes la photocopie du schéma de leurs parties génitales et indique : « Elles repartent avec le dessin, et on avance ». Elle a également l'habitude de mettre au jour les stratégies communes aux agresseurs et parle de ce « schème de violences » aux usagères, qui repartent également avec un récapitulatif écrit (Andro et Hamel 2010, p. 95 et 97).

La consultation participative, une ressource contre la violence médicale ?

Le temps différencié accordé aux patientes par les professionnel·le·s et selon les structures témoigne de différents rapports entretenus entre ces actrices et acteurs. Les résultats de l'enquête montrent qu'en accordant une place centrale à la pathologie, l'approche allopathique dominante repose sur une présomption du consentement des patientes à la fois aux traitements et aux auscultations. Une gynécologue de cabinet libéral se dit par exemple « saoulée » qu'une patiente ne la laisse pas « l'aider » lorsqu'elle refuse un traitement provoquant une aménorrhée. Bien que le traitement réponde à des critères médicaux adaptés à la patiente, il ne semble pas compatible avec ses représentations. Une alternative à cette violence institutionnelle (Hanmer et E. L. Reviewed work(s) 1977) consiste à amoindrir la hiérarchie entre professionnel·le·s et patientes, en considérant ces dernières comme actrices et sachantes, en mobilisant par exemple une co-construction des savoirs (médicaux et de l'ordre de l'expérience du vécu des patientes). Ainsi, des sages-femmes libérales et les professionnel·le·s de centres de santé empruntent au *self-help* (Ruault 2016) en proposant aux patientes de s'auto-examiner à l'aide d'un miroir. Un médecin généraliste exerçant en territoire rural affirme qu'« en participant elles [les femmes] n'ont jamais mal » (29 novembre 2017). Cette approche se distingue également par une prise de parole plus équitablement répartie entre professionnel·le·s et usagères (qui, lorsqu'elle s'observe en clinique, concerne les femmes qui sont elles-mêmes médecins ou a lieu lors d'échanges sur des sujets non médicaux). Enfin, l'usage d'un vocabulaire valorisant et participatif de la part des première·e·s envers les secondes est de mise : « c'est vous qui savez ce qui vous fait du bien » ; « vous avez raison » ; « et vous, vous en pensez quoi ? ». L'alternative consiste donc à tendre vers une plus grande autonomie des femmes (Quéré 2016) vis-à-vis de l'institution médicale, impliquant une perte de pouvoir du côté des praticien·ne·s.

D'après les résultats de l'enquête, les pratiques des sages-femmes, contrairement à celles des médecins, semblent moins influencées par leurs structures d'exercice que par leur formation. La plupart des professionnel·le·s travaillent au sein de différentes structures et usent de pratiques de soin évolutives. Il ne s'agit donc pas d'inscrire définitivement des structures et des praticien·ne·s dans des types de pratiques immuables. Loin de vouloir dépeindre un schéma manichéen illusoire, la réalité invite à tenir compte de nuances significatives. Si, en ayant fait le choix de se former à la pratique de l'avortement, des médecins généralistes et des sages-femmes sont sensibilisé·e·s aux enjeux contraceptifs, certaines pratiques sont identifiables comme relevant de l'allopathie dominante, notamment lorsque la contraception des femmes ayant avorté est (re)médicalisée. Suite à ce recours, les femmes concernées

bénéficient d'un traitement spécifique influant sur leurs parcours contraceptifs. Il apparaît alors pertinent de s'intéresser aux catégories de patientes que renforcent ou créent ces diverses approches de soin : quels sont les critères de ces catégorisations et quelles en sont les conséquences en termes d'inégalités d'accès à l'information et à la prescription contraceptive ?

11.2 Catégoriser les patientes selon des critères non médicaux

La réussite professionnelle implique un confort d'exercice qui passe notamment par la sélection d'un type de patientèle (Lapeyre et Robelet 2010, p. 375). À la question « quel est le profil idéal de l'usagère de pilule ? » posée en entretiens, des gynécologues de centres de planification répondent par les critères suivants : un partenaire unique, une utilisation du préservatif et des dépistages à jour. Selon des médecins généralistes libéraux et libérales, une « usagère idéale » a moins de trente-cinq ans, est non fumeuse et n'a ni diabète, ni cholestérol. Dans le premier cas, l'accent est mis sur la prévention d'IST. Dans le second, la prévention est détachée des comportements sexuels et concerne par exemple des maladies de type cardiovasculaire, les médecins souhaitant se « protéger » d'éventuels « problèmes judiciaires » comparables à ceux à l'origine de « la crise de la pilule »⁴¹⁶. Les sages-femmes, qui ne peuvent, comme elles le disent, « s'occuper que des femmes en bonne santé », indiquent ne pas prendre le risque de s'éloigner des recommandations. Il semble alors que « l'idéal » en question désigne au moins autant les patientes que les consultations en elles-mêmes en ce qu'elles demanderaient une attention minimale à porter aux facteurs de « risques » (physiologiques et comportementaux) et permettraient ainsi une prescription sans entrave. Mais les professionnels s'adaptent, aussi selon des critères non médicaux, les conditions d'accès à la contraception à la patientèle reçue. Leurs diverses pratiques (observées ou relatées en entretiens) traduisent une catégorisation de cinq groupes de patientes (jeunes, précarisées, ayant eu recours à l'IVG, fumeuses, racisées) selon un *continuum* allant des patientes idéalisées aux patientes « déviantes » (Roux, Ventola et Bajos 2017). Cette catégorisation est établie d'après des critères tels que la « compréhension », la « compétence contraceptive » (Ventola 2014) et plus particulièrement la « capacité d'observance » qu'elle implique.

⁴¹⁶ Selon un gynécologue de cabinet de ville, le cas de Marion Larat (qu'il ne cite pas explicitement) est « le parfait exemple de tout ce qu'il ne faut pas faire » : avoir pris une pilule de troisième génération alors « qu'elle coagulait » et « qu'elle fumait » [en réalité ce n'était pas le cas] est « une bêtise de la part de la patiente [...] et du médecin, il faut le reconnaître ».

11.2.1 Entre compétences attendues des jeunes usagères et peur du médico-légal

En raison de la phase préconjugale qui la caractérise (Bajos et Bozon 2008), la jeunesse (sexuelle) est souvent abordée au prisme de l'instabilité⁴¹⁷ et du « risque » : d'IST, d'exposition à l'IVG, ou encore de précarité économique. Les jeunes usagères sont des patientes particulièrement infantilisées : « elles font des bêtises » (selon un obstétricien en cabinet de ville) et sont parfois perçues comme « immatures ». À ce titre, des professionnel·le·s (principalement les gynécologues indistinctement de leur structure d'exercice et les généralistes, excepté celles et ceux travaillant en centres de santé et en dispensaires) indiquent réduire les choix contraceptifs en début de parcours contraceptif. Dans le cadre d'une approche allopathique exclusive, la principale raison mentionnée est la priorité donnée à l'efficacité du moyen contraceptif en raison de la fertilité des jeunes femmes et de leurs cycles trop irréguliers pour pouvoir s'y fier (dans le cadre d'usage de méthodes dites naturelles). Partant de ce critère, l'accès aux méthodes les moins médicalisées est fortement restreint et les patientes qui refusent l'usage de méthodes médicalisées voient leur capacité de compréhension remise en question. Un obstétricien (de cabinet de ville) les perçoit par exemple comme « des hystériques ». La faculté de « compréhension » des patientes est questionnée si elles ne partagent pas une vision thérapeutique de la contraception. Les femmes comprenant vite et ne contestant pas l'autorité médicale représentent effectivement une catégorie de patientes appréciée des professionnel·le·s de santé (Gelly et Pitti 2016). Aussi, selon les professionnel·le·s qui mobilisent cette approche, les jeunes femmes ne seraient « pas à l'aise » avec la manipulation locale que nécessitent certaines méthodes et plus généralement « ne connaîtraient pas bien leurs corps » pour se voir proposer un panel contraceptif moins médicalisé : « La pilule c'est facile pour une gamine de 16 ans, [...] c'est plus facile de prendre un comprimé pour elles, que d'aller mettre les doigts dans le vagin pour aller chercher l'anneau vaginal par exemple », suppose une gynécologue (clinique, 20 février 2017). Elles ont donc, aux yeux de ces praticien·ne·s, une moindre « compétence contraceptive » (Ventola 2014, p. 10). Dans cette logique, une primo-prescription de pilule s'accompagne plus systématiquement d'une prescription de contraception d'urgence, envisagée comme un recours culpabilisant suite à un « échec ». Ici, la prise de pilules doit devenir un « réflexe » pour justement éviter l'usage de contraception d'urgence (Amsellem-Mainguy 2007, p. 325). Par contraste, en centres de santé les pilules du lendemain sont présentées comme des outils pouvant accompagner une

⁴¹⁷ (Service des recommandations professionnelles de l'Anaes, AFSSAPS, et INPES 2004)

transition contraceptive. Une gynécologue travaillant en structure publique indique à propos du diaphragme que « le problème c'est qu'il faut apprendre à le mettre ». Les professionnel·le·s peuvent donc en fait projeter sur les patientes leurs propres appréhensions : « C'est quelque chose avec lequel je suis pas très à l'aise [...]. Je ne pousse pas les patientes là-dedans, mais probablement parce que moi c'est quelque chose que j'aurais pas utilisé je pense comme contraception », explique une gynécologue (clinique privée, 20 février 2017). La contraception orale se caractérise au contraire par sa facilité de prescription qui ne nécessite aucune manipulation (McLaren, Morel et Rosenthal 1996, p. 360). L'absence de « compétence contraceptive » des jeunes femmes ne dépend donc pas uniquement d'elles-mêmes, mais relève aussi de la responsabilité des professionnel·le·s. L'accès à la stérilisation à visée contraceptive leur est également fermé surtout si les patientes sont nullipares et que leur degré de proximité avec les professionnel·le·s est moindre (s'iels « ne les connaissent pas ») : certain·e·s professionnel·le·s ne voulant pas courir le « risque d'un procès » si la jeune femme concernée change d'avis après l'opération. Une gynécologue (cabinet libéral) raconte avoir accepté de diriger une femme nullipare de 37 ans vers la stérilisation car elle l'a « connue quand elle avait 17 ans » et elle savait donc « que c'était sûr dans sa tête et [a] trouvé un chirurgien intelligent. Avant 40 ans il faut faire attention. Je sais qu'elle ne me fera pas un procès », explique-t-elle (8 mars 2018). En accordant le statut de patiente « PAC (parents, amis, connaissances) » à l'usagère, la gynécologue lui fournit un « passe-droit » (l'accès à la stérilisation), par rapport aux patient·e·s « anonymes » (Olivier de Sardan 2003, p. 266). Durant l'enquête, il semblerait que seule une jeune patiente nullipare d'un centre de santé soit accompagnée dans cette démarche. Les médecins libéraux et libérales considèrent en outre la « jeunesse sexuelle récréative » (impliquant une multiplication des partenaires sexuel·le·s) comme une période « d'urgence » et comme étant inadaptée à l'usage d'un DIU en termes de risques d'IST. Les méthodes nécessitant une manipulation sont peu compatibles avec les consultations courtes, les professionnel·le·s indiquant que « la pose de DIU chez les nullipares prend du temps ». Par conséquent, les praticien·ne·s issu·e·s du modèle dominant limitent aussi cette possibilité contraceptive qui ne s'installe que lentement depuis « la crise de la pilule ».

11.2.2 Usagères « déviantes », prescriptions de long cours

« Idéales » ou précarisées : les femmes inégalement exposées aux effets indésirables

Mais les injonctions diffèrent aussi selon le profil social des femmes. Les professionnel·le·s de structures libérales déclarent plus souvent associer les

contraceptifs de long cours aux patientes issues de milieux précarisés. L'implant est un des moyens contraceptifs dont l'efficacité, « parmi les plus élevées » (Bajos et al. 2012, p. 3), est indépendante des usagères. Il est surtout prescrit aux « femmes étiquetées comme déviantes » (Roux, Ventola et Bajos 2017, p. 45) : des femmes schizo-phrènes, des femmes ayant eu des « grossesses compliquées » (comprendre en multipartenariat et dont les enfants sont placés, ou encore étant sans domicile fixe), dont la vie est jugée « déjà suffisamment compliquée » par les professionnel·le·s pour envisager un contraceptif nécessitant une « capacité d'observance ». Par ailleurs, si les pilules de troisième génération sont parfois reconnues comme ayant des propriétés anti-acnéiques, elles semblent davantage adaptées aux patientes « idéales » puisque leur prescription demande une absence de contre-indications au vu des sur-risques sanitaires qui leur sont associés. L'implant, en revanche, est connu pour provoquer de l'acné. Toutes les patientes ne sont donc pas confrontées de la même manière aux différentes injonctions et effets indésirables. Si l'utilisation de l'implant peut résulter d'un choix, ce type de contraception est davantage imposé aux femmes issues des milieux les moins aisés. De ce fait, la prescription varie en fonction de la proximité sociale entre prescriptrices·prescripteurs et usagères (Bretin et Kotobi 2016, p. 127).

Cas de grossesse pluriels, responsabilité contraceptive perpétuelle

Néanmoins, l'invocation de cette « capacité d'observance » dépend du type de pratiques de soin. Par exemple, l'approche alternative observée en centres de santé ne consiste pas à considérer l'IVG comme un « échec » et permet de tendre vers un libre choix contraceptif après ce recours plutôt que d'inévitablement (re)médicaliser la contraception. Dans le cadre des autres pratiques de soin et notamment celles des généralistes de structures libérales, la reprise d'une pilule pour les patientes qui l'utilisaient déjà est privilégiée. L'objectif est de « ne pas les effrayer », afin d'envisager par la suite un contraceptif de long cours si ce type de méthode n'est pas utilisé directement après l'IVG. De surcroît, tout comme les primo-prescriptions de pilules, les prescriptions contraceptives post-IVG s'accompagnent plus systématiquement d'une prescription de contraception d'urgence que l'on peut interpréter comme étant à la fois dû aux risques accolés à un changement ou une mise en place d'une nouvelle méthode contraceptive mais aussi comme étant l'expression du stigmate de la « récurrence » (Mathieu 2017; Mathieu et Ruault 2014) et de la volonté des professionnel·le·s de ne pas en être responsables.

« Pas plus de cinq cigarettes par jour » : hygiénisme et recommandations officielles

Dans une logique hygiéniste, les professionnel·le·s principalement issu·e·s de structures libérales incitent les patientes à arrêter de fumer et les consultations de contraception et d'IVG sont des occasions de rappel à cet ordre sanitaire. À ce titre, un obstétricien se dit « plutôt contre » la vente libre de pilules en pharmacie « car ça leur [les patientes] fait du bien de se faire tirer les oreilles de temps en temps [en consultations] pour le tabac » (24 mai 2017). Lors d'un entretien, un médecin généraliste déplore que les pilules sans œstrogène, compatibles jusqu'à un certain point avec le tabagisme, « autorisent à s'intoxiquer » (29 novembre 2017). Même face au tabac, la physiologie des femmes est appréhendée comme ayant un potentiel maladif supérieur à celui des hommes, en raison des effets délétères qu'il peut causer sur la fertilité (Ruault 2015). Face aux usagères fumeuses, les praticien·ne·s usent alors du registre de la responsabilisation et de la culpabilisation :

1^{er} mars 2017, clinique

La gynécologue somme : « Il faut arrêter de fumer sinon on change de pilule » et indique que « c'est important de faire l'effort », « d'être rigoureuse » et « vigilante ». Elle prévient : « La balle est dans votre camp ».

La patiente répond : « Je n'y arrive pas, je sais que c'est pas bon, tout mon entourage me le dit ».

Elle voudrait arrêter la pilule mais la gynécologue rétorque : « L'idéal serait d'arrêter le tabac ». La patiente a un projet de grossesse d'ici moins d'un an. La spécialiste dit alors que le stérilet ne vaut pas le coup et rajoute : « Vous allez arrêter le tabac de toute façon pour la grossesse ». La patiente cède : « Ok, bon on teste ça alors. »

Pourtant, certain·e·s professionnel·le·s dénoncent l'hygiénisme qu'elleux-mêmes appliquent. Face à cette même professionnelle (*cf.* encart ci-dessus) une patiente donne l'exemple d'une amie enceinte qui fait très attention à ce qu'elle mange. La gynécologue parle alors d'une société « hygiéniste » et précise : « il faut arrêter de vouloir tout bien faire ». Parallèlement, les gynécologues (y compris cette enquêtée) vont jusqu'à user de « vérité manipulée » (Fainzang 2006) concernant le nombre de cigarettes compatibles avec une prise de pilules. La préconisation de « cinq cigarettes par jour » semble s'imposer comme recommandation officielle⁴¹⁸ communément

⁴¹⁸ Les recommandations officielle indiquent un maximum de quinze cigarettes par jour chez les patientes de plus de trente-cinq ans ayant un risque cardio-vasculaire (HAS 2013a).

admise. En abaissant le nombre officiel admis de cigarettes, les professionnel·le·s limitent la possibilité d'usage à certaines pilules, avec une marge de risque d'autant plus réduite. Iels se rassurent ainsi face aux éventuels risques médico-légaux. D'autre part, ce rappel à l'ordre sanitaire renvoie à l'expérience personnelle des professionnel·le·s (Roux, Ventola et Bajos 2017) : « Le tabac c'est pas un choix, je suis pas d'accord avec vous, c'est un fléau mondial. Le tabac a des effets délétères sur la santé. C'est plus facile d'arrêter cinq cigarettes par jour à vingt ans... Mon mari est mort du tabac », raconte une gynécologue travaillant en cabinet libéral (8 mars 2018). Envoyant des patientes en consultations de tabacologie, elle explique les « éduquer » à « avoir des frustrations ». Face à des patientes fumeuses en demande de pilules remboursées, elle rétorque « qu'on est pas au supermarché » et que « les cigarettes et le "MacDo" coûtent chers aussi ». Les jeunes patientes fumeuses sont particulièrement visées par des logiques relevant du « paternalisme médical » (Quéré 2016). À une jeune patiente, une médecin généraliste lance : « Vous avez que 21 ans. Ne pas fumer serait pas plus mal. Vous auriez une plus jolie peau (qui semble pourtant déjà dépourvue d'acné ou de tâches cutanées dues au tabac) » (journal de terrain, 6 mars 2018). La jeune femme est de fait réassignée simultanément à une norme corporelle esthétique et sanitaire. Les liens entre « beauté » et « santé » sont réaffirmés (Guyard 2008, p. 234-247).

Face aux patientes racisées : une médecine complice des situations qu'elle dénonce ?

Les entretiens réalisés auprès des dix-sept usagères ne rendent pas compte d'expériences de consultations significativement différentes selon les origines ethniques. Et pour cause, en étant diplômées, ces jeunes femmes semblent échapper aux injonctions spécifiques vécues par les femmes à la fois racisées et situées en bas de l'échelle sociale (Bajos et al. 2014; Bretin et Kotobi 2016). Lisa, d'origine marocaine, s'est vue imposer la contraception orale après son accouchement :

« C'est vrai qu'à la maternité on m'a dit "il faut que vous preniez la pilule", j'ai dit "non non hors de question, je ne prendrai plus jamais la pilule de ma vie". Sauf si vraiment j'ai pas le choix, si le stérilet ne marche pas ou que j'ai pas d'autres moyens de contraception que la pilule. Et ben on me l'a quand même imposée à la mater'[nité]. On m'a quand même dit "vous voulez quel type de contraception en sortant, vous y avez déjà pensé etc.". J'ai dit "ben écoutez je suis tombée enceinte sous pilule donc la pilule pour moi c'est non". "Ah mais si, il faut quand même prendre la pilule parce qu'après la naissance de la petite vous êtes hyper fertile donc il faut prendre la pilule". J'ai dit "mais non j'ai prévu de poser l'implant", à l'époque. Elles m'ont dit "oui mais l'implant il faut attendre le retour de couche... prenez la pilule dès maintenant". J'ai dit "non je ne prendrai pas la pilule". De toute façon je veux voir

avec ma sage-femme. Et après on m'a un peu laissée tranquille. Mais tous les matins on me répétait la même chose pendant trois jours. Et c'était des sages-femmes différentes et on venait me rabâcher la même chose alors que c'était marqué dans mon dossier. La pilule c'est un peu comme si on essayait de te la vendre, on te l'impose. » (Lisa, assistante de gestion, racisée, 7 février 2018)

Pour autant, les observations ainsi que les discours des professionnel·le·s témoignent de représentations différentes de la « capacité d'observance » des patientes selon une logique de « racialisation » (Kebabza 2006). Si pour les jeunes femmes blanches l'accès à la stérilisation à visée contraceptive se révèle être un véritable « parcours du combattant » (Tillich 2019), les femmes Roms, quant à elles, sont confrontées dès le début du XX^{ème} siècle à des stérilisations contraintes (reconnues à l'agenda international qu'en 2003) (Kóczé 2011). Selon une sage-femme libérale interviewée, les femmes « originaires des pays du nord » sont plus enclines à utiliser des méthodes nécessitant une manipulation locale. D'autres femmes sont en revanche moins valorisées par les professionnel·le·s dans leur usage contraceptif. Les femmes identifiées comme « Arabes » ou « Africaines » sont caractérisées par les médecins mobilisant une pratique allopathique dominante ou sensibilisée comme ayant « beaucoup d'enfants » et comme étant « trop fatiguées », « peu observantes », pour penser à prendre une pilule : « Elles sont conscientes de leurs intérêts. À part certaines Africaines qui font des gamins les uns derrière les autres [...]. On n'insiste pas trop sur la pilule parce qu'on a l'impression que c'est pas adapté à leur mode de vie. On les sent peu observantes » (un obstétricien, clinique privée, 3 mai 2018). Cela semble être moins le cas des femmes blanches (ou dotées d'un certain bagage scolaire) sortant de maternité qui se voient prescrire une pilule à moyen terme.

Les femmes voilées sont généralement caractérisées de manière similaire par ces mêmes professionnel·le·s qui les perçoivent aussi plus souvent comme des femmes opprimées par leurs partenaires (Mohanty 1986). Une gynécologue de cabinet de ville m'indique qu'une de ses patientes est « voilée de la tête aux pieds » parce « qu'elle a épousé un mec de je ne sais où » (22 mars 2017). Pourtant, lors d'une consultation avec un couple racisé, dont la femme n'est pas voilée et est non francophone, cette même gynécologue s'adressera davantage à l'homme qui parle « mieux » français. Dans ces circonstances, « la patiente assiste à sa propre consultation mais n'y participe pas, la gynécologue et le mari décidant pour elle et tentant de la convaincre de prendre un traitement provoquant une aménorrhée » (extraits de journal de terrain, 19 avril 2017). Ici, la praticienne « parle [de la] patient[e] devant [la] patient[e] », dont la présence est « oubliée » (Zolesio 2012b, p. 81-82). La gynécologue s'exclame : « Heureusement qu'il y a monsieur pour me dire les choses. Si c'est non à tout ça sert à rien de venir me voir » (extraits de journal de terrain, 19 avril 2017). L'appréhension des situations de

domination vécues par les femmes racisées ou voilées passe d'un stéréotype raciste à un impensé réflexif dans le cadre d'une pratique de soin dominante, dès lors que celle-ci se fait complice des situations qu'elle dénonce. Aussi, la dépossession de l'agentivité de la patiente, l'usage du classisme ou du racisme sont symptomatiques de l'expression de violences, par exemple obstétricales (El Kotni 2018, p. 47).

D'une manière générale, les patientes non francophones ont moins accès aux informations relatives à la contraception lorsque celles-ci ne sont pas traduites dans leur langue natale. Une gynécologue (cabinet libéral) reconnaît : « Des fois c'est intéressant : quand on voit arriver une femme, voilà qui est pas occidentalisée, qui arrive, elle arrive de son pays, elle parle mal. On a un regard qui est assez condescendant. [...] Et puis on leur demande qu'est ce que vous faites ici, [...] Et là : "ben j'ai fait des études de socio, j'avais un commerce, j'étais infirmière, je faisais ci, je faisais ça" et du coup on introduit la citoyenne qu'elles étaient et le regard change » (28 mai 2018). En cabinet de ville, pendant qu'une patiente [non francophone] se rhabille, une gynécologue me chuchote son avis médical qu'elle n'a pas communiqué à la femme concernée « qu'il faut enlever l'utérus car c'est un cataclysme d'hémoglobine » (19 avril 2017). Il n'y a qu'en centres de santé que le recours à des interprètes a pu être observé. Loin d'homogénéiser les langues dites étrangères (et les patientes), les praticien·ne·s suivi·e·s savent les distinguer, comme par exemple l'arabe oriental et le bengali du Bangladesh. Cette posture semble aller de pair avec une mise à distance de l'autorité médicale :

27 avril 2018, centre de santé

La patiente (une femme Syrienne vivant dans un squat) a des règles irrégulières et elle veut savoir si elle peut tomber enceinte. La professionnelle de santé lui répond que oui et demande si c'est ce qu'elle souhaite ou si au contraire elle veut éviter. La patiente veut tomber enceinte. La professionnelle lui explique alors que quand on vieillit les règles deviennent irrégulières et que donc on met plus de temps à tomber enceinte. Elle ajoute que les médicaments qui font revenir les règles empêchent de tomber enceinte. Tant qu'il y a des saignements elle peut tomber enceinte. La praticienne s'étonne : « C'est drôle, elle me croit sur parole ». Elle venait vérifier qu'elle peut tomber enceinte.

Les femmes gitanes, identifiées quant à elles comme ayant des enfants tôt (comme l'indique une gynécologue travaillant en dispensaire), sont au moins primipares lors d'une primo-prescription et sont aux antipodes de la figure de la patiente « idéale ». D'une part, elles cumulent des critères de contre-indications (tabac, « surpoids »). D'autre part, la « mentalité tzigane » se distinguerait par une volonté de « liberté »

inconciliable avec une « capacité d’observance » à la fois contraceptive et aux rendez-vous médicaux. Elles sont donc orientées vers une contraception de long cours. Enfin, bien que touchées par des logiques de racialisation dans une moindre mesure, les femmes originaires du sud-ouest de la France sont identifiées comme ayant des « caractéristiques androgènes » (comprendre qu’elles ont une peau à tendance acnéique), à « corriger » par l’usage de pilules de troisième et quatrième générations.

11.3 Avaler bien plus qu’une pilule, incorporer des normes de genre

Diplômées (et étant issues d’une région au sud de la France ou de l’Europe), les dix-sept interlocutrices représentent des profils d’usagères idéales de pilules (notamment de dernières générations). Cette dernière partie de chapitre entend mettre au jour les outils mobilisés par les jeunes femmes pour répondre à l’attendu d’observance, nécessaire à un usage contraceptif efficace. Le « travail contraceptif » (Thomé et Rouzaud-Cornabas 2017) inhérent à l’utilisation de contraception orale nécessite un contrôle de soi qui va bien au-delà de l’ingestion quotidienne des comprimés.

11.3.1 Se connecter à une prise de pilule « 2.0 »

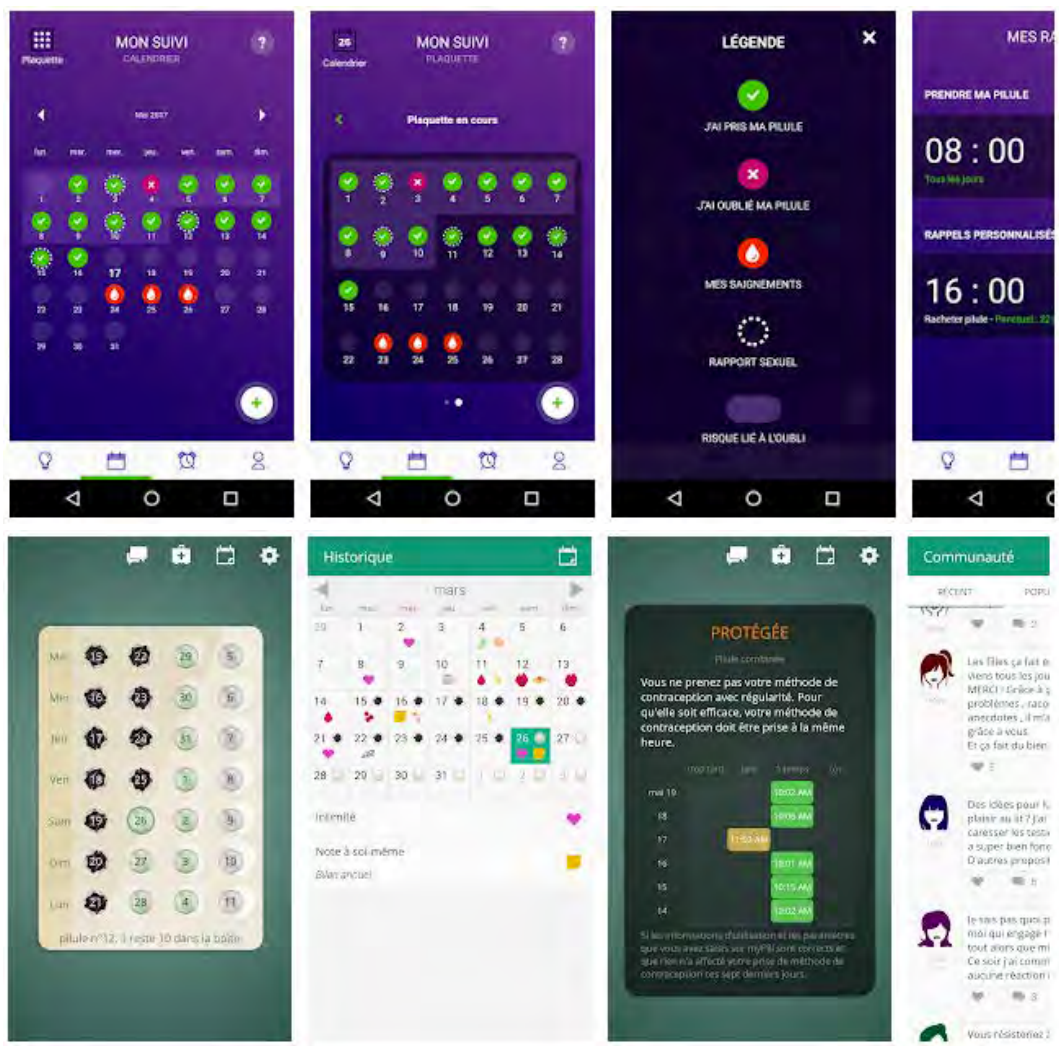
« Je l’ai pris [la pilule] quand j’étais vraiment jeune donc j’ai pris le pli quoi. » (Fanny, 22 ans, étudiante infirmière)

Un des principes du néolibéralisme est de faire entrer les individus dans une logique d’autocontrôle et de performance (Dardot et Laval 2010, p. 44). Pour les usagères qui ne se qualifieraient pas de « disciplinées », les professionnel·le·s conseillent des rappels visuels à des endroits déjà empreints de rituels, comme la salle de bain, en suggérant de : « coller un nœud sur la brosse à dents » ou « d’avoir une brosse à dents rose ridicule » (une gynécologue), ou encore de coller « un post-it sur le miroir » (un sage-femme). D’autres usagères privilégient un rappel d’ordre technologique en utilisant par exemple une alarme programmée sur le téléphone, voire des applications (gratuites ou payantes) spécialement conçues pour ne pas oublier la pilule (*Pill’oops* développée par le Planning Familial ; *myPill*, développée par Bouqt, une société « spécialisée dans les applications mobiles pour les femmes »⁴¹⁹ ; *Moublipa* développée par les laboratoires Pierre Fabre) :

⁴¹⁹ Elle est présentée comme telle par les plateformes qui hébergent ses applications : MyPill et une application dédiée à la cuisine.

« [Sur l'application] Il faut choisir sa plaquette (21 ou 28 jours), renseigner ses "règles", l'heure de rappel, ça indique pendant combien de temps on est protégée, renseigner les autres médicaments pris pour voir si ça n'interfère pas avec l'efficacité de la pilule. Il y a aussi un forum. Il faut cocher le comprimé sur la plaquette une fois qu'il est pris. L'alerte indique de "prendre la pilule" ou "c'est l'heure", accompagnée d'un son. Tout ça est personnalisable. Il faut annuler le message pour indiquer que la pilule a été prise, sinon un logo reste affiché en haut de l'écran du téléphone. » (Extrait de journal de terrain du 10 novembre 2017 lors de l'entretien d'Aurore, 24 ans, étudiante assistante sociale)

Après un entretien, Ambre prendra sa pilule et s'exclamera « j'ai gagné ! » pour y avoir pensé avant que l'alarme de rappel de son téléphone ne retentisse.



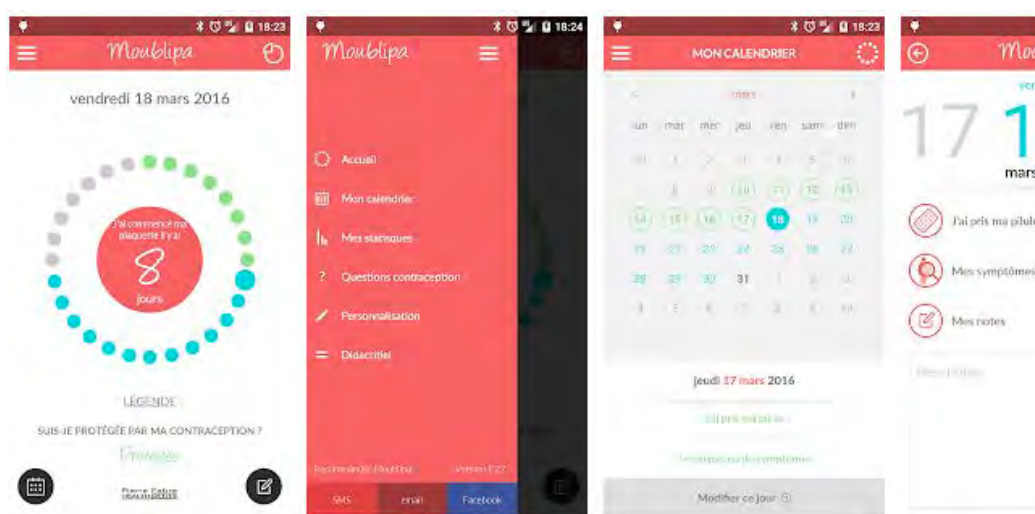


Figure 50 - Aperçus d'applications de suivi de prise de pilules (de haut en bas : Pill'oops, myPill, Moublipa)

Rappels, forums, suivi quotidien de l'ingestion et du « cycle », suivi des rapports sexuels, font partie des fonctionnalités proposées par ces applications que les patientes mobilisent, y compris pour les rendez-vous gynécologiques. Certaines regardent directement sur leur téléphone lorsqu'un.e médecin demande de quand date les « dernières règles » et indiquent une période précise « de telle date à telle date ». Si d'un côté ces applications peuvent permettre de meilleures conditions de prise (une meilleure compréhension de celle-ci, une décharge mentale ponctuelle grâce aux rappels, une personnalisation du suivi), d'un autre côté elles assignent à une importante discipline (nécessitant de renseigner des informations quotidiennement). Disponibles sur des plateformes de téléchargement comme Google Play, ces applications impliquent encore davantage de données personnelles (voire intimes) fournies aux grandes entreprises : mêmes gratuites les applications peuvent vendre les données récoltées. Ainsi, depuis le milieu des années 2000 l'on peut voir fleurir des articles de presse envisageant les données comme potentiel nouveau pétrole du XXI^{ème} siècle⁴²⁰. En outre, elles exacerbent la responsabilité individuelle et semblent peu favorables à une gestion équitable entre les partenaires. Morty (partenaire de Manon, doctorant en astrophysique) explique que quand Manon utilisait l'alarme de son téléphone comme rappel à l'ingestion, il l'entendait, allait l'éteindre et lui demandait si elle l'avait prise. Avec l'application, il n'y a plus de signal sonore. Il se

⁴²⁰ Les deux sources suivantes illustrent deux points de vue sur la question : l'une (*Le Point*) affirme que les données sont le nouveau pétrole (Grallet 2012), l'autre (*Les Echos*) pas (Babeau 2017).

rend alors compte qu'il demande moins à Manon où elle en est dans l'ingestion et s'implique donc moins dans la gestion contraceptive.

Face à cette offre technologique, les praticien·ne·s adeptes de pratiques dominantes, voire sensibilisées, tolèrent peu les oublis de pilule : « elles ont toutes des téléphones, qu'elles se fassent un rappel avec leur téléphone », somme une sage-femme. L'objet lui-même qu'est le téléphone semble être un facteur suffisant à la faible tolérance de l'oubli : une gynécologue travaillant en CDPEF indique préconiser « aux jeunes » « d'utiliser le portable », non pas pour y programmer une alarme mais pour y « mettre la pilule dans la coque pour toujours avoir une plaquette sur soi. Elles oublient jamais leur portable » (23 janvier 2018). Les oublis de pilule sont alors culpabilisants pour les usagères qui sont renvoyées à leur capacité individuelle. Pourtant, la contraception orale implique précisément à une possibilité d'oubli ou de gestion incorrecte, pensant « l'accident comme possibilité *sine qua non* de la sexualité féminine » (Preciado 2010, p. 255). Ces « technologies » sont donc « politiquement versatile » (Greco 2013) selon qu'elles soient émancipatrices (permettant de mieux connaître son corps par exemple) ou coercitives (pour répondre à un ordre médical ou de genre).

11.3.2 Se contrôler, parer à l'interrogatoire en collectant des données

Dans le cadre d'une socialisation à la fois « mutuelle »⁴²¹ (Koechlin 2021, p. 584) et « à rebours »⁴²² (Masclat 2015, p. 63), les usagères préparent ces rendez-vous en anticipant les attentes des professionnel·le·s. « Ça fait deux jours que j'ai tout [les papiers nécessaires] préparé », indique l'une d'entre elle en clinique. Une autre, « répond avec beaucoup de précisions et des détails plus qu'il n'en faut en donnant par exemple l'adresse de son médecin (alors que la gynécologue ne le lui a pas demandé et que le dossier informatisé ne nécessite pas non plus la saisie de cette information) » (1^{er} mars 2017). Dans une même logique, Elia (infirmière) indique : « Tu vois j'ai même des boites vides de pilules pour pas oublier le nom si jamais un jour... si je dois re changer de médecin et qu'on me demande le nom de ma pilule et que j'ai pas ma prescription parce que... après j'ai toujours ma prescription mais on sait jamais » (20 septembre 2016). Manon (gestionnaire de communication en assurance maladie) explique que sa nouvelle gynécologue lui a posé « plein de questions », sur ses dents de sagesse entre autres, auxquelles elle ne savait pas

⁴²¹ Dans le cadre du suivi gynécologique caractérisé par des consultations répétées sur le long terme, les usagères peuvent anticiper les arguments des professionnel·le·s, et inversement.

⁴²² Qui renvoie à un processus qui n'est pas unidirectionnel.

répondre. En rentrant du rendez-vous, elle s'est donc fait un « CV médical » recensant ses allergies, ses prises de sang et a regroupé l'ensemble de ses ordonnances dans une pochette. Patientes et professionnel·le·s renforcent mutuellement le recours à des outils de contrôle de soi puisque les praticien·ne·s, familièr·e·s de patientes qui les mobilisent, conseillent à d'autres « de faire un calendrier mictionnel (pour une patiente qui dit "faire beaucoup pipi") » ; « de faire un calendrier des douleurs » ; « d'écrire ses règles dans un carnet car il y a la possibilité d'être enceinte sous DIU ».

Habituées à être questionnées sur leur cycle, Emma note sur son agenda les jours où elle doit entamer une plaquette de pilule ainsi que le premier jour des « fausses règles », tandis que Vaani opte pour un suivi plus global de son cycle *via* l'application *Clue*, dont elle parle en ces termes : « Ah il [le téléphone *via* cette application] nous fait travailler, il nous fait rentrer des données mais c'est intéressant parce que après y a beaucoup de données qu'il prend en compte, par exemple [en faisant défiler les pages de l'application sur son écran :] mes saignements, les douleurs, nos émotions, le sommeil, le rapport, les pertes visqueuses, quel type de protection hygiénique, la digestion, les cheveux, la peau, ça continue... On peut remonter dans le temps » (30 juin 2016).



Figure 51 - Agenda d'Emma où les notes « JA » indiquent les premiers jours de règles (photo personnelle)



Figure 52 - Application Clue de Vaani (photo personnelle)

Une médecin généraliste qualifiera pourtant Clue de « scandaleuse » lorsque les usagères s'en servent d'outil accompagnant une méthode contraceptive dite naturelle nécessitant de suivre leur cycle (telle que la méthode Billings) : « C'est ce que faisait nos grands-mères, c'est scandaleux » (20 février 2018). « L'avancée » technologique

peut donc être perçue comme « rétrograde » selon les usages qu'en font les individus, notamment s'ils ne sont pas au service d'un projet procréatif ou de la contraception médicalisée et sortent donc de la norme médicale.

Familière des rendez-vous médicaux « *timés* », Vaani (sans emploi) note également une liste de questions qu'elle souhaite poser aux praticien·ne·s : « J'ai des listes des fois oui. Des fois j'ai des questions donc je leur amène une petite liste de questions pour pas oublier, sinon on n'a pas le temps, la consultation passe vraiment vite [...] Je pense qu'il faut pas hésiter, selon les médecins, à les bousculer un peu [...] Je pense qu'il faut pas hésiter à secouer le cocotier [rire] » (30 juin 2016). Supports technologiques et supports papiers semblent donc complémentaires en étant parallèlement mobilisés : « La patiente a noté ses migraines sur le calendrier de son téléphone (environ huit par mois). Elle a également sorti sa trousse et son agenda » (clinique, 1^{er} mars 2017).

À l'inverse, les patientes savent également lorsqu'elles dérogent à cet attendu disciplinaire. « J'ai rien préparé », s'exclame une patiente qui ne trouve pas sa carte vitale dans son sac. Une autre se cachera le visage entre les mains en se rendant compte qu'elle a oublié des documents. Enfin, lorsqu'une gynécologue demande la « dernière mammographie » d'une patiente, cette dernière « avoue » qu'elle a oublié le papier et s'empresse d'ajouter : « je vous ai amené tous les divers comptes rendus » (cabinet de ville, 22 mars 2017).

11.3.3 Anticiper l'auscultation, modeler le corps genré

Outre l'interrogatoire, c'est aussi l'auscultation que les usagères anticipent, en programmant les rendez-vous selon leur cycle ou en préparant leurs corps en s'épilant préalablement. Dans le premier cas, il s'agit de calculer au moment de la prise de rendez-vous que celui-ci tombe (par exemple pour la pose d'un DIU) ou ne tombe pas un jour de règles (supposant que la consultation peut induire un examen). Venant pour mettre en place une nouvelle méthode de contraception, une patiente indique que « ça a été compliqué de venir pile la semaine des règles » (19 avril 2017, en cabinet de ville). Dans le deuxième cas, selon Laura, c'est « un manque de respect d'arriver chez la gynécologue [en n'étant] pas épilée ». Une médecin généraliste constate que, pour les femmes, l'absence d'épilation est un critère de refus de l'examen : « des fois c'est juste la question de l'hygiène corporelle, elles sont pas épilées, tout ça, donc elles ont peur de montrer, tout ça, donc, bon, on comprend » (24 janvier 2018). Durant ses observations de consultations gynécologiques, Laurence Guyard remarque sur le corps des patientes des « rougeurs dues à une épilation récente » (Guyard 2002, p. 86)

qu'elle interprète comme l'idée d'une mise à nue obligatoire que les patientes appréhendent et préparent par l'épilation et le choix de sous-vêtements neutres et coordonnées (Guyard 2010a). Une médecin généraliste indique, qui plus est pour les premiers rendez-vous gynécologiques, que les jeunes femmes ont besoin de « cheminer », de se préparer aux rendez-vous : que ce soit en apprêtant leur corps ou en travaillant sur leur mental, notamment lorsqu'une première auscultation a été programmée pour la première fois ou repoussée. Néanmoins, une autre médecin généraliste reconnaît que ses confrères et consœurs véhiculent des jugements sur les corps des femmes, qu'elle relate : « des réflexions comme "c'est quoi cette forêt" [désignant un pubis peu ou pas épilé] ». Les patientes ont effectivement incorporé des normes esthétiques de genre. Cette même médecin rapporte les paroles de l'une d'elles : « je ne sais pas comment vous pouvez faire ce métier, c'est dégoûtant » et ajoute que « certaines se lavent à l'intérieur ou ne veulent pas faire l'examen car elles ne sont pas épilées. Elles demandent si ce n'est pas grave qu'elles soient pas épilées » (17 janvier 2018). La norme des pubis épilés peut également se lire au regard de l'influence des images pornographiques sur les pratiques corporelles, notamment chez les jeunes (femmes) (Amsellem-Mainguy et Vuattoux 2019).

Les corps des usagères sont donc sollicités avant, pendant les rendez-vous médicaux et quotidiennement lors de l'usage de pilules. L'utilisation de ce moyen contraceptif nécessite de mobiliser activement et durablement les corps et les femmes usagères avalent finalement bien plus qu'une pilule. En étant compétentes, observantes, prévoyantes, épilées (...), les femmes contraceptées incorporent des modèles normatifs politiques, médicaux et de genre.

Ce chapitre aura permis d'affiner la démonstration de l'impact d'un système politique particulier (de genre, de santé, néolibéral) sur des pratiques individuelles médicales et contraceptives. La catégorisation des patientes, établie selon des critères discriminatoires non médicaux, apparaît comme un outil de contrôle social d'accès à la contraception. Cet outil semble principalement mobilisé par les professionnel·le·s recourant à des pratiques de soin dominantes, qui se caractérisent par : une logique de productivité (à travers des consultations courtes et nombreuses), une priorité donnée à l'action plutôt qu'à la parole, une pathologisation des corps et une logique de multiplication des actes qui compromet régulièrement le consentement des patientes. Parallèlement, celles-ci répondent à un attendu de contrôle de soi en s'appropriant des outils (technologiques) de performances individuelles. Selon cette approche, il est par ailleurs attendu de ces dernières une « compétence contraceptive »

et une « compréhension » basée sur une vision thérapeutique. Une approche allopathique **exclusive** est donc polysémique. Elle est exclusive au sens d'unique approche légitime. Elle est également non inclusive envers certaines patientes. En ayant partiellement ou inégalement accès à l'information, toutes les femmes ne peuvent prétendre accéder à une « démocratie sanitaire » dont le principe est de garantir l'autonomie des patientes *via* un « pouvoir de décision » (Fainzang 2006, p. 119-146). La relation patient·e·s-professionnel·le·s de santé est un indicateur significatif de l'état de la « démocratie sanitaire ». Si elle est participative, elle la favorise. Si, au contraire, elle est basée sur l'autorité des professionnel·le·s, elle en devient un frein (*Ibid.*). Dans le cadre d'une relation participative, les patientes ont également davantage accès à la « citoyenneté politique » et peuvent ainsi faire partie d'un « projet de transformation sociale » (Mulot 2010, p. 100), lequel peut viser à combattre les violences médicales et gynécologiques. Ayant un statut d'expert·e·s pour aborder, fréquemment mais brièvement, le panel contraceptif (de manière incomplète), les gynécologues, principalement libéraux et libérales, semblent particulièrement mobiliser l'approche allopathique dominante. Cela est également le cas des généralistes libéraux·libérales, des médecins d'hôpitaux et de centres de planification dès lors que l'on prend en compte la variable de la perception de la contraception et de la minimisation des effets néfastes.

La racialisation des femmes, la crainte du médico-légal et la variable de l'IVG éclairent la complexité de la perméabilité des différents types de pratiques de soin puisque des professionnel·le·s qui, au vu d'autres variables, se situeraient dans une approche sensibilisée, tendent à se rapprocher d'une pratique allopathique dominante. Les sages-femmes et les généralistes libéraux·libérales semblent particulièrement concerné·e·s par cette friction.

Enfin, une pratique alternative mobilise une approche de santé globale et dépathologisante. Les sages-femmes de par leur formation ainsi que les professionnel·le·s de centres de santé semblent les plus enclin·e·s à accepter de perdre du pouvoir médical et proposent une présentation plus complète du panel contraceptif. Les médecins engagé·e·s dans des structures publiques favorisant l'accueil de publics précarisés se montrent plus disposé·e·s à prendre le temps en consultation et à sortir d'explications orales exclusives. Une corrélation est donc à noter entre l'approche de soin (plus ou moins alternative), le profil des patientes (plus ou moins déviant), les pratiques et les prescriptions contraceptives qu'elle englobe (plus ou moins médicalisées).

À partir de ces résultats et à l'image de la construction des « modèles de relations de soin autour du VIH » (Mulot 2014, p. 58), le tableau ci-après expose les

trois « types de pratiques de soin autour de la contraception (orale) » identifiés, ainsi que les caractéristiques de leurs variables. Pour aller plus loin et répondre encore davantage aux objectifs énoncés, la dernière partie du tableau met en avant des caractéristiques du « régime de genre » des professions investies, ainsi que leurs impacts sur la manière de prescrire la contraception et donc sur les femmes usagères.

Les prescriptions étudiées sont donc à envisager dans une approche de soin globale, dont la contraception ne représente qu'un domaine particulier. Les pratiques médicales résultent finalement de postures politiques, qui déterminent les conditions matérielles d'accès aux différentes méthodes contraceptives. Analyser différents types de pratiques de soin aura eu le mérite de désigner le dominant qui généralement ne se nomme pas (Kebabza 2006) ; une pratique alternative l'étant bien par rapport à une norme dominante (allopathique). La remise en question du tout pilule ainsi que la diversification des méthodes contraceptives semblent relatives en ce qu'elles peuvent être freinées selon les pratiques des médecins. Pourtant, une prévention des grossesses non prévues ne suffit pas à ce qu'une contraception soit vécue comme émancipatrice. Face à un usage injonctif, les usagères répondent de toute façon par des stratégies de contournement du pouvoir (para)médical.

Tableau 18 - Typologie des pratiques de soin autour de la contraception (orale) et des idéaux-types de régimes de genre associés

Variables \ Type de pratiques	Allopathiques	Sensibilisées	Alternatives
Professions, structures d'exercice	Gynécologues et obstétriciens de structures libérales	Généralistes de structures libérales, d'hôpitaux et de CDPEF ; sages-femmes en libéral	Sages-femmes ; sages-femmes et généralistes de centres de santé/structures accueillant public précarisé
Perception contraception	Thérapeutique	Pallie IVG	Au sein de la santé globale
Prescriptions/renouvellements de pilules	Fréquent·e·s, associé·e·s à examen	Favorisé·e·s en cas d'IVG	Rares
Rapport aux corps	Pathologisant	Hygiéniste	Dépathologisant
Temporalité consultations	-Courtes et nombreuses (logique productivité) -Action > parole	Adaptabilité : selon affluence	-Longues -Explications orales associées à outils de démonstration
Rapport aux femmes (patientes)	Vertical, autoritaire et excluant	Tend à la verticalité si : IVG, enjeux médico-légaux et profil femmes racisées	Horizontal et inclusif
« Régime de genre » \ Caractéristiques	Conservateur	Perturbateur	Rebelle
Division sexuelle du travail	Obstétriciens (h) Gynécologues (f)	Nb (f) > Nb (h) dans réseau REIVOC	Féminisation écrasante
Relations de pouvoir	Statut d'expert·e·s de la contraception	Lutte face à d'autres professionnel·le·s/structures pour faciliter accès IVG	Caractéristiques structurelles peu valorisantes
Configurations relationnelles	Faible prise en charge émotionnelle en consultation	Confrontation aux récits de violences vécues par les femmes (viols, incestes...)	Accompagnent de situations de violences politiques (médicales ou au sein de parcours migratoires)
Dispositifs symboliques	Prérogative des obstétriciens (langage paternaliste, équipement technologique...)	Offre contraceptive dépendante des stocks	Prise en compte des ressources matérielles des femmes

En complément, le schéma ci-dessous veut donner à voir la perméabilité (Schnapper 2012) des bagages de pratiques des professionnel·le·s.

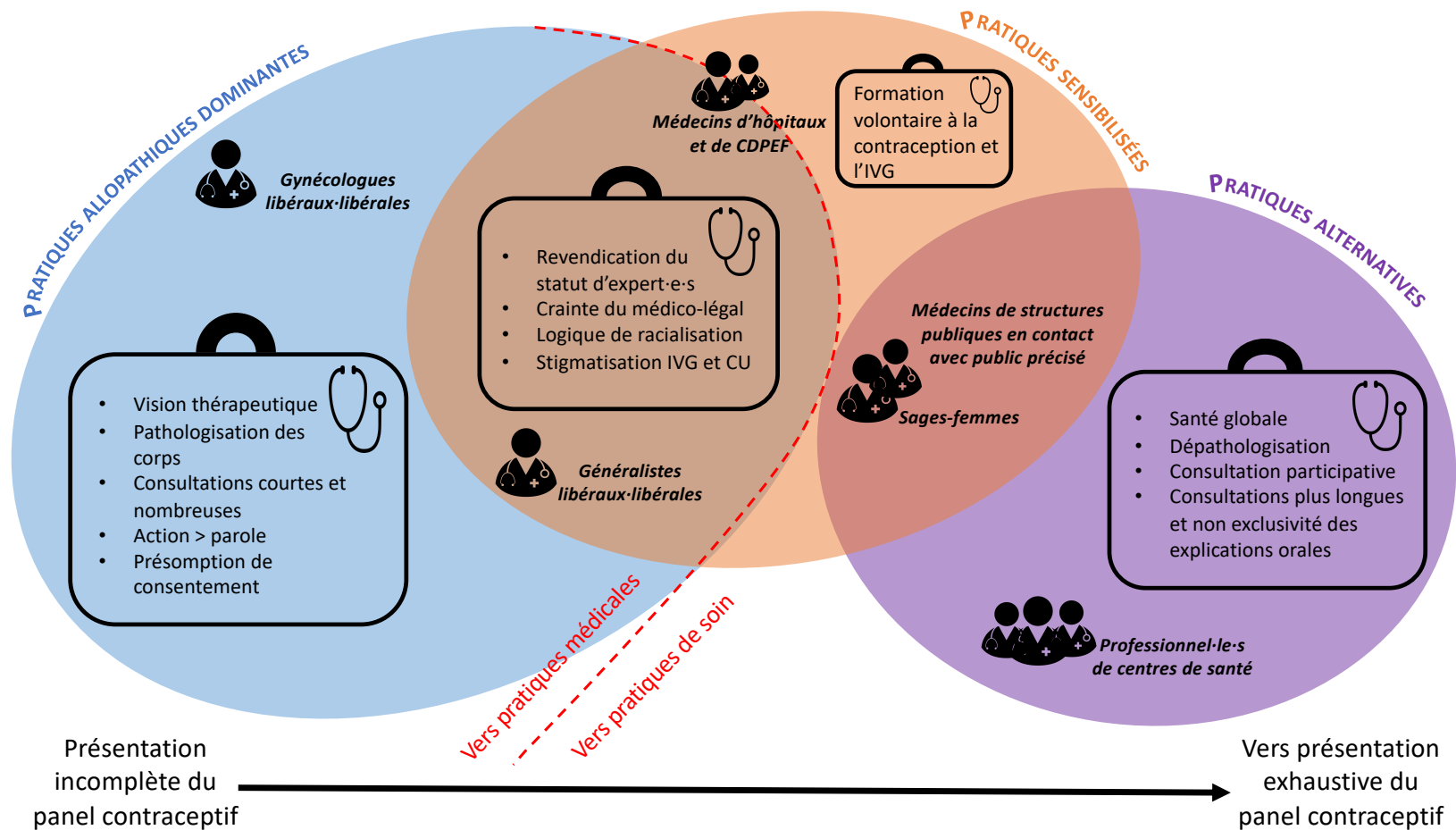


Figure 53 - Schéma de la dynamique des types de pratiques médicales et de soin

À ce stade de la thèse, un ultime schéma est proposé, afin d'illustrer l'imbrication des résultats les plus significatifs ayant été exposés dans cette dernière partie. Les perceptions des méthodes contraceptives par les différents groupes d'enquêté·e·s, les consultations types et les profils types du personnel prescripteur et des usagères sont présenté·e·s pour chaque méthode contraceptive ; lesquelles sont regroupées selon les perceptions ayant permis d'établir le « prisme contraceptif ».

Les perceptions des mères et des partenaires de leurs filles semblent peu s'inter-influencer et sont donc distinguées sur la figure à suivre par un rayon plein (au contraire de ceux en pointillés). Le schéma peut donc se lire comme suit : les (perceptions des) mères (1^{er} secteur angulaire de la figure, en haut à gauche) guident leurs filles vers un type de pratiques de soin (2^{ème} secteur angulaire), lequel renvoie aux perceptions de la contraception par les professionnel·le·s (3^{ème} secteur angulaire), qui donnent lieu à des consultations types (4^{ème} secteur angulaire), lesquelles s'adressent à leur tour à des profils distincts de femmes (5^{ème} secteur angulaire), ayant elles-aussi leurs propres perceptions de chaque méthode contraceptive (6^{ème} secteur angulaire), et étant des ressources pour les (perceptions des) partenaires (7^{ème} secteur angulaire).

L'ensemble de ces éléments apparaît sous l'influence de variables méso sociales (la formation médicale, les caractéristiques structurelles des établissements d'exercice, le « régime de genre » des professions) et macrosociales (l'influence des laboratoires pharmaceutiques et les politiques de santé publique). Selon la norme « pilulocentrique » : les méthodes non médicalisées (ou ne bénéficiant pas d'une AMM), les femmes aux extrémités des tranches d'âges (jeunes ou âgées) n'étant pas ou plus dans un âge socialement acceptable pour une maternité, les femmes cumulant identité précaire et racisée, ainsi que les professionnel·le·s adeptes de pratiques alternatives (n'étant pas reconnu·e·s expert·e·s en contraception, accueillant une patientèle précarisée, proposant des consultations longues), sont relégué·e·s à la périphérie du soin contraceptif⁴²³.

Si l'on ne peut espérer répondre définitivement et de manière exhaustive à une problématique (Lemieux 2012), la conclusion générale de la thèse visera à tendre vers cet objectif.

⁴²³ En écho aux approches de soin, il renvoie à un ensemble de logiques et de pratiques contraceptives traversées par des normes.

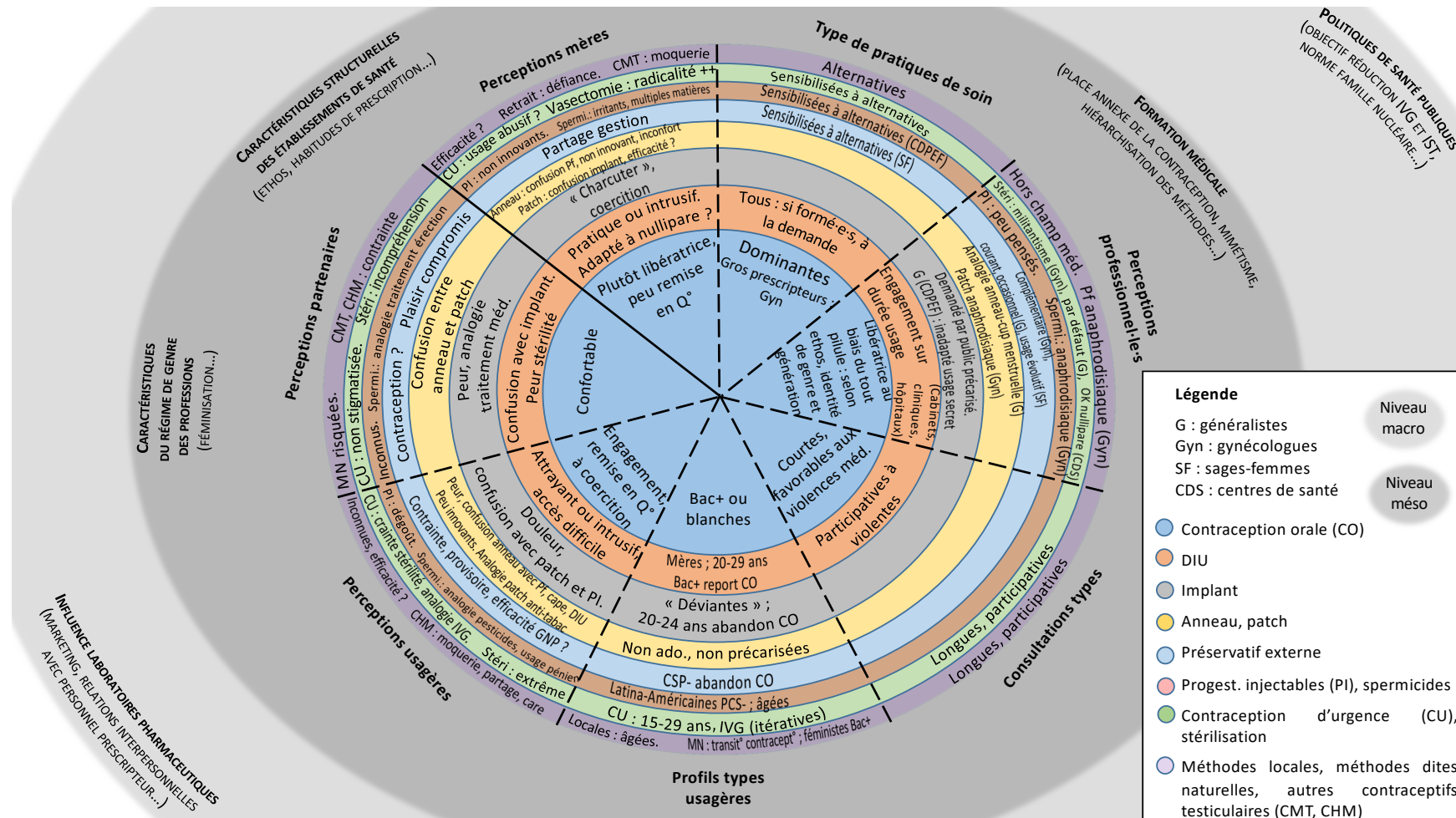


Figure 54 - Schéma du modèle centre-périérie du soin contraceptif

CONCLUSION GÉNÉRALE

Structurée en trois temps, cette conclusion générale entend récapituler les principaux résultats dans les deux premières parties, d'abord ceux concernant la méthodologie et la réflexivité et ensuite ceux ayant trait à l'objet pilule à proprement parlé. Enfin, l'utilité de la recherche ainsi que quelques perspectives envisagées seront présentées. La thèse visait à interroger les motivations (économiques, politiques, sociales) aux prescriptions et aux utilisations de contraception orale dans un contexte marqué par « la crise de la pilule ». L'enquête aura permis de mettre au jour les conséquences de « la crise de la pilule » - et les constantes antérieures à celle-ci - sur les perceptions et les pratiques (contraceptives et médicales) individuelles, l'impact des normes de genre sur ces pratiques, et plus largement les enjeux (bio)politiques actuels dans les manières de faire de la gynécologie, de la médecine, et, dans une moindre mesure, de délivrer la contraception orale.

I. PENSER L'IMBRICATION DES INNOVATIONS DES RÉSULTATS ET DE LA MÉTHODOLOGIE

I.1 Faire dialoguer les groupes d'enquêté·e·s constituant la population d'enquête

Au terme de ce travail de recherche, les innovations qu'il propose peuvent être énoncées, que ce soit en termes de résultats mais aussi d'apports méthodologiques. En s'intéressant à la fois aux expériences des femmes usagères, de leur entourage et des membres du personnel de santé, cette enquête aura permis de faire dialoguer les points de vue de trois principaux groupes d'enquêté·e·s engagé·e·s dans les prescriptions et usages de pilules, dont les vécus ne sont pas systématiquement confrontés dans le cadre d'enquêtes qualitatives. Cela aura permis de montrer les décalages entre les différentes attentes des actrices et acteurs basées sur des intérêts parfois peu compatibles, mais également les stratégies élaborées par les enquêté·e·s afin de se prémunir des obstacles à leurs intérêts. Les transmissions matrilineaires présentent à ce titre des avantages et des limites. Héritières de la deuxième vague féministe, les jeunes femmes usagères peinent pourtant à sortir des normes contraceptives et médicales proposées par leurs mères et se voient cantonnées à une médecine allopathique libérale qui ne semble pas la plus adaptée à l'émancipation des patientes. L'implication des mères questionne l'émancipation des jeunes femmes, d'une part, car les parentes peuvent garder un contrôle sur le suivi médical de leurs filles et, d'autre part, car cela rassoit des principes de l'ordre de genre, les mères

transmettant à leurs filles un rôle de gestionnaire de la santé assigné aux femmes (Amsellem-Mainguy 2006). De la même manière que les mères éduquent leurs filles, mais aussi leurs fils, à la contraception et la sexualité, les usagères représentent une ressource principale sur ces questions pour leurs partenaires. Loin de blâmer les mères, il s'agit plutôt de mettre au jour les (limites des) rôles sexués (perpétuellement féminisés) dans la gestion de la contraception. La crise des pilules n'a pas fondamentalement renversé les rôles sexués. La transmission de la gestion de la santé sexuelle et reproductive s'effectue entre femmes depuis les matrones et aujourd'hui de manière matrilineaire, entre sœurs (particulièrement dans les famille pratiquantes) et entre paires. En revanche, la crise des pilules permet de mettre au jour des effets de génération car si les mères s'inquiétaient davantage des effets de la contraception orale sur le long terme (en craignant l'infertilité par exemple), les jeunes femmes cherchent à limiter les effets immédiats et notamment ceux entravant leur liberté sexuelle (comme la baisse de libido).

Faire réagir la population d'enquête des mères sur le rôle des partenaires dans la gestion contraceptive aura permis de mettre en évidence leurs perceptions genrées de l'implication des hommes (détaillée dans le paragraphe suivant). De la même manière, les faire revenir sur leurs propres expériences avec le corps médical a mis en évidence la faible remise en question qu'elles accordent à l'autorité médicale, mais également l'aspect intergénérationnel des violences médicales et gynécologiques.

Enquêter à la fois auprès des jeunes femmes et de leurs partenaires aura également permis de questionner conjointement les violences de genre dans le cadre d'un usage de contraception orale et l'agentivité des principales concernées dans ce type de situation. L'implication des partenaires est inégale selon la valeur qu'ils accordent à leur relation (durable ou non) et à leurs partenaires (plus ou moins occasionnelles). Ils appréhendent les grossesses non prévues comme plus faciles à fuir dans le cadre de relations occasionnelles et donc comme un risque secondaire (au contraire de celui des IST). Dans le cadre de ces relations, les motivations à l'usage du préservatif se révèlent être principalement prophylactiques et individuelles. Selon le type de relations, toutes les femmes ne mériteraient donc pas de façon égale d'être protégées d'une GNP par les partenaires. Leur implication ne semble pour autant pas proportionnelle à la durée de la relation ou au statut accordé à la jeune femme, puisqu'au mieux ils représentent un soutien occasionnel. En faisant de leur bien-être (corporel, sanitaire, sexuel) une priorité au sein des relations, ils incarnent et entretiennent les préjugés émis à leur égard (trop « distrait » pour penser à prendre une méthode contraceptive, pas le « goût » de consulter un·e médecin) à la fois par les jeunes femmes, leurs mères et eux-mêmes. Dans le cadre de la crise des pilules, les

partenaires ont le privilège de bénéficier de « l'altérisation du risque » (Mulot 2020) en ce que la contraception orale incriminée implique un usage ovarien. Face à cette inégale répartition du « travail contraceptif » (Thomé et Rouzaud-Cornabas 2017) et des risques encourus, les usagères opèrent parfois certains réajustements visant à impliquer davantage leurs partenaires, comme lorsque l'usage de contraception orale n'est pas ou plus perçu comme une innovation (Desjeux 2008). Les usagères qui s'identifient comme féministes se montrent particulièrement enclines à déléguer une partie du « travail contraceptif » à leurs partenaires et prennent part, en ce sens, aux revendications féministes actuelles, s'inscrivant dans le prolongement de celles de la deuxième vague.

Interroger les partenaires sur l'implication de leurs propres mères dans leur éducation contraceptive et leurs parcours contraceptifs ainsi que sur leur faible proximité avec le corps médical, aura permis d'étayer le constat de la répartition des rôles sexués dans la gestion contraceptive.

L'inclusion à la fois des usagères et des professionnel·le·s de santé dans la population d'enquête aura permis de mettre au jour leurs attentes et perceptions différenciées et les conséquences, parfois violentes, de ces décalages (notamment développées dans les chapitres 7 et 11).

Faire réagir les professionnel·le·s de santé sur les accompagnant·e·s des femmes en consultations aura permis de mettre en évidence les difficultés que pouvait représenter une tierce présence : les professionnel·le·s de santé avaient parfois du mal à faire sortir les mères et la perception de la présence des hommes suscitait de la méfiance.

I.2 Pour une réflexivité systématique dans la recherche

L'objectif de cette thèse était également de contribuer à combler certains vides méthodologiques et empiriques. Une attention a été portée tout au long du manuscrit à la présentation du contexte de l'enquête et à la posture et la place de la chercheuse. Les rapports de pouvoir entretenus avec chaque groupe d'enquêté·e·s étaient bien distincts : identifiée comme paire des jeunes femmes usagères selon la proximité des caractéristiques sociales objectives (Beaud et Weber 2003, p. 191-197), par contraste je laissais parfois autorité aux médecins interrogé·e·s. La réflexivité menée durant cette enquête est ainsi complètement imbriquée aux résultats. Loin de la figure de l'anthropologue aventurière en terrain exotique, enquêter en terrain proche revêt également son lot de difficultés et d'apports spécifiques. La relation d'enquête établie avec les usagères a permis de penser l'amitié sur le terrain : certaines relations étant

antérieures à l'enquête, d'autres étant nées de celle-ci et d'autres encore restant moins approfondies, voire pouvant constituer une intrusion, notamment au moment des « parcours commentés ». Dans tous les cas, il s'agissait de prendre du recul sur une situation ordinaire pour une jeune femme âgée d'une vingtaine d'années, celle de gérer une contraception (orale), en mobilisant constamment la réflexivité afin d'analyser le familier. Les entrevues auprès des partenaires, qui m'identifiaient, à juste titre, comme l'alliée des jeunes femmes, a régulièrement nécessité d'âpres négociations : il s'agissait de clarifier mes intentions et de les rassurer quant à l'exercice de l'entretien, d'une part, et face à la dimension intime du sujet d'étude, d'autre part. De ce fait, la possibilité de ces entretiens restait significativement dépendante de l'état de la relation entre les jeunes femmes et les jeunes hommes. Enquêter en terrain proche et auprès d'une partie de l'entourage de la chercheuse n'a, en ce sens, pas constitué une démarche particulièrement aisée.

Quant au terrain mené auprès des professionnel·le·s de santé, les réajustements méthodologiques constituent des résultats à part entière. Le degré de réflexivité mobilisée par ce groupe d'enquêté·e·s face à la présence de la chercheuse en consultations semble se corrélérer au degré d'éthique de leurs pratiques soignantes. De la même manière que leur façon de faire de la contraception en consultation doit s'appréhender au sein d'une posture soignante plus générale, leur réflexivité quant à l'impact de ma présence sur le vécu des patientes en consultations est particulièrement révélatrice de leur disposition à créer, ou au contraire prémunir, des situations médicales violentes. Une réflexivité portée sur l'impact de la présence de la chercheuse traduit une disposition à questionner leurs propres pratiques. L'étude des violences médicales et gynécologiques et de la place qu'y prennent chaque actrice (y compris la chercheuse) et acteur s'est révélée particulièrement éclairante sur ce point. « Faire du terrain en féministe » impliquait de réagir aux situations de violences (Clair 2016b) et entraînait, à ce moment-là, un glissement de méthode : passant de l'observation à la participation observante (Soulé 2007). Ces situations, les réajustements méthodologiques induits, et les résultats établis selon des degrés de réflexivité différentiels, illustrent particulièrement la non neutralité de la science et sa richesse. Dans une même logique, les choix des postures soignantes opérés par les praticien·ne·s, parfois en décalage avec les recommandations officielles alors même qu'ils relèvent de la médecine dominante, ont pu être mis au jour et témoignent également de pratiques non neutres. Leur point de vue situé, même s'il relève de la posture dominante, n'en n'est pas plus objectif pour autant.

En tenant compte des vides empiriques pointés par Michel Bozon (Bozon 1995) et Isabelle Clair (Clair 2016a), il s'agissait de ne pas ignorer l'impact de la sexualité dans les relations d'enquête. De manière générale, le sujet de la sexualité

n'était jamais censuré dans les échanges et les questions permettant de discuter de ce registre avaient été privilégiées en milieu ou en fin d'entretiens. En entretiens ou durant les observations de consultations, parler de sexualité pouvait rapidement amener à parler de violences (sexuelles, médicales, toujours de genre), et, là encore, à affronter un changement de registre. Les jeunes femmes usagères décrivaient (fréquemment) des rapports sexuels dont elles n'avaient « pas vraiment » (selon leur dire) envie. Les patientes en consultations tentaient d'aborder la question de leur baisse ou absence de libido, devant faire face à un partenaire entreprenant. Les (absences de) réactions des professionnel·le·s de santé impactaient alors la sexualité des femmes : en l'ignorant (lorsque le désir des femmes d'en parler ne trouve pas d'interlocuteur·trice réceptif·ve) ; ou en l'entravant, *via* des examens intempestifs pouvant avoir un impact durable sur le rapport des femmes à leurs corps. Enfin, en gardant à l'esprit que le potentiel abord de la question de la sexualité en entretien relève déjà du registre sexuel (*Ibid.*), aucun entretien n'a été mené au domicile des hommes enquêtés, afin, d'une part, de favoriser cette parole, et, d'autre part, dans le but de protéger la chercheuse de violences de genre inhérente à un cadre hétéronormé.

La réflexivité n'est évidemment pas l'apanage des professionnel·le·s de santé et de la chercheuse. Celle manifestée par les jeunes femmes usagères s'intègre également aux résultats de l'enquête. Elle met au jour le dynamisme et l'évolution de leurs discours, dès lors qu'elles avaient la possibilité de porter un regard sur leurs précédents récits ou qu'elles conscientisaient le changement de pratiques médicales d'un·e praticien·ne à un·e autre, ainsi que les conséquences sur leurs propres parcours (contraceptif, médical, voire biographique).

I.3 Considérer la matérialité du terrain investi, accéder aux logiques macro sociales

En s'inspirant du féminisme matérialiste de la deuxième vague (Masclat 2015), une attention particulière a également été portée à l'impact de la matérialité observée sur le terrain. Réaliser une « étude "écologique" des bureaux » (Jarty et Fournier 2019, p. 4) ou une écologie des lieux (Barrès 2012) et faire parler les usagères, leurs mères et les professionnel·le·s en entretiens sur le matériel utilisé en consultations a permis de mettre en lumière l'impact de celui-ci sur les possibilités d'auscultations et le vécu des patientes. Les conditions matérielles d'exercice, le mobilier, l'espace, ou encore le protocole, conditionnent à la fois les possibilités de choix des femmes et les difficultés d'application des pratiques de soin non violentes (El Kotni 2018, p. 47-48). Une séparation matérialisée (par un rideau, une porte ou un mur) entre l'espace de la

consultation et de l'auscultation semble préférable en cas de présence d'une tierce personne. La froideur du matériel utilisé (de la table d'auscultation, du spéculum en fer) ou des matériaux constituant le lieu (comme le carrelage) contribue à faire de la consultation une expérience peu agréable. Mais les résultats révèlent que c'est surtout ce que font les professionnel·le·s de ces matériaux qui détermine la valeur (bonne ou mauvaise) de l'expérience des femmes.

Les conditions matérielles (et donc économiques) de travail des professionnel·le·s déterminent également leurs pratiques. Le personnel des centres de santé tend à proposer aux patientes un panel contraceptif complet et sortent d'explications orales exclusives. L'utilisation de matériel contraceptif factice pour accompagner leurs explications (et passer alors dans le registre de la démonstration) se corrèle à un accès à l'ensemble des méthodes contraceptives. Les postures éthiques, et donc politiques, des professionnel·le·s se matérialisent à travers leurs pratiques. L'étude de la matérialité permet alors de mettre l'accent sur des logiques méso et macro sociales lisibles à travers ces pratiques individuelles. La disponibilité matérielle des méthodes contraceptives (établie par les moyens mis en place par les politiques de santé publique) dans chaque structure détermine les possibilités contraceptives des femmes patientes. Par ailleurs, les divers prospectus distribués par les visiteuses médicales et visiteurs médicaux représentent une ressource pour les praticien·ne·s et s'accompagnent parfois d'un lien affectif établi entre ces professionnel·le·s, sur fond de dimension marketing. Les logiques méso et macro sociales déterminent donc les ressources et les parcours au niveau micro social.

I.4 Les jeunes femmes usagères : une population d'enquête socialement disposée à contester l'autorité (para)médicale ?

Dans sa thèse, Alexandra Roux indiquait : « Dans une enquête qui aurait tendance à sur-sélectionner les médecins qui se sentent concerné·e·s ou intéressé·e·s par les questions de santé sexuelle et reproductive, on perçoit une forte variabilité des recommandations contraceptives » (Roux 2020, p. 261). Le constat ici est similaire. Ni ce biais de recrutement, ni la féminisation de la population d'enquête des médecins n'ont constitué un obstacle au terrain ou à l'analyse. Il s'agissait surtout de les conscientiser et d'en tenir compte dans l'interprétation des résultats. Les biais relatifs au recrutement de la population des professionnel·le·s de santé ont été pris en compte. Les critères de recrutement du groupe d'enquêté·e·s des jeunes femmes usagères répondaient à des nécessités méthodologiques et peuvent être discutés ici avec davantage de recul.

En présentant des profils socialement homogènes en termes de diplômes (et d'âges), la population d'enquête des jeunes femmes usagères n'est pas représentative de toutes les patientes concernées. Une attention particulière a donc été portée à la constitution du reste du travail de terrain afin de se prémunir de cette limite. D'une part, les observations menées dans les diverses structures médicales ont permis d'accéder à des patientes d'origines sociales diverses. En entretiens, les professionnel·le·s de santé (notamment celles et ceux travaillant en dispensaires ou en foyers d'urgence) relataient également des situations impliquant des patientes moins diplômées. D'autre part, les dix-sept jeunes femmes usagères semblent bénéficier d'une disposition sociale favorisant la contestation de l'autorité médicale. Elles n'échappent pas pour autant aux violences étudiées et l'on peut de surcroît supposer que cela sera d'autant plus le cas des patientes situées en bas de l'échelle sociale, le risque de présomption de consentement semblant d'autant plus élevé que la proximité sociale entre patientes et professionnel·le·s est faible (Bretin et Kotobi 2016, p. 127). Il ne s'agissait pas pour autant de nier l'agentivité des patientes ou de tenir les professionnel·le·s pour seul·e·s responsables, en tenant compte des limites du système de soin, qui ne favorise pas, voire ne valorise pas, les pratiques non violentes des professionnel·le·s.

Si l'homogénéité de la population des jeunes femmes usagères en termes d'âges relève d'une nécessité méthodologique, elle a également permis de mettre au jour une variété de logiques inhérentes à (la perception de) la jeunesse. La mobilité qui caractérise la tranche d'âge des usagères s'est révélée passionnante à étudier au regard des choix de rangement contraceptif opérés. L'âgisme visant les jeunes patientes dans les pharmacies (celles de l'âge des usagères enquêté·e·s mais *a fortiori* les plus jeunes également) apparaît comme une véritable variable dans l'accès à la contraception orale.

Si les profils des jeunes femmes sont homogènes en termes de niveau de diplômes et plus variés selon la racialisation, les résultats tendent à montrer que le risque d'inégalité d'accès à la contraception semble plus élevé si les femmes sont conjointement racisées (particulièrement si elles ne sont pas nées en France et ne parlent pas ou peu français) *et* issues de classes sociales situées en bas de l'échelle sociale. Les six usagères racisées n'ont pas relaté d'obstacles à leurs parcours médicaux ou contraceptifs relatifs à leur couleur de peau ou leur origine ethnique. Pour l'ensemble d'entre elles, c'est le système genre qui représentait la principale source d'oppression. Rosa, algérienne ; Lisa, d'origine marocaine ; Andréa, noire ; Ambre, latina-américaine ; Dévi et Vaani, réunionnaises, se voient confrontées aux mêmes injonctions inhérentes à une prise de contraception orale que les onze autres usagères.

Lisa raconte même en entretien la manière dont les professionnel·le·s de santé et son entourage lui ont « rabâché » de prendre une pilule après son accouchement. Mais toutes sont diplômées et parlent couramment français. D'après des études antérieures (Bajos et al. 2012; FÉCOND 2010 citée par Bretin et Kotobi 2016, p. 134) et les observations menées dans le cadre de cette thèse, les femmes stigmatisées sont surtout les femmes issues conjointement (ou d'origine) d'Afrique subsaharienne et de classes plus populaires. L'intersectionnalité dans laquelle se trouve les six jeunes femmes racisées leur permet de bénéficier de la primauté d'une facette de leur identité favorable à un choix contraceptif plus libre : celle de leur niveau d'éducation.

II. LE GENRE DE « LA CRISE »

II.1 Pour une contraception (enfin) libre et gratuite

II.1.1 Libérer la contraception orale, une « crise » perpétuelle ?

À la fin des années 1990, Elizabeth S. Watkins écrivait : « The medical controversy over the safety of the pill that began in the 1960s was never resolved »⁴²⁴ (Watkins 1998, p. 133). Les impacts de « la crise de la pilule » en France restent, à la fin des années 2010, toujours perceptibles : qu'elle favorise des avancées en termes d'émancipation, mette au jour des constantes ou présente des limites. La libération progressive de la parole des femmes usagères (suivies ici ou médiatisées) quant aux inconvénients liés à une prise de contraception orale s'ancre dans un contexte favorable de remise en question des biais de la médicalisation des corps des femmes (effets indésirables, autorité médicale, violences médicales et gynécologiques). C'est donc moins l'objet technique que représente la contraception orale qui est visé par ladite remise en cause, que les politiques de santé publique en matière de contraception (plus ou moins efficaces et plus ou moins favorables aux intérêts des usagères dès lors qu'elles hiérarchisent les méthodes contraceptives) et les pratiques médicales qui en découlent (plus ou moins enclines aux violences). Les objectifs de santé publique (par exemple éviter les IVG en luttant contre les usages de méthodes dites naturelles) ne sont en effet pas à confondre avec le libre choix des usagères (Wale et Rowlands 2020) (souhaitant parfois délaissier une pilule au profit

⁴²⁴ Que l'on pourrait traduire par : « La controverse médicale autour de la sûreté de la pilule qui a commencé dans les années 1960 n'a jamais été résolue ».

d'une méthode moins médicalisée). Parler de « crise » permet dès lors de politiser le scandale énoncé en mettant en avant la responsabilité des pouvoirs publics, notamment sollicitée par les usagères, plus ou moins médiatisées. La méfiance et la critique à l'égard de l'application de ces politiques ne s'opposent donc pas aux revendications de la deuxième vague féministe (centrées sur l'accès libre et gratuit à la contraception et l'IVG), mais semblent, au contraire, s'inscrire dans leur prolongement. Les femmes usagères questionnent la fatalité du prix à payer (relatif à la médicalisation) pour accéder à la gestion médicalisée de leur fécondité et encouragent la perpétuelle progression de l'accès à la contraception : moins coercitif et plus éclairé, plus libre et remboursé. Sans remettre en question l'existence de l'objet qu'est la contraception (orale), le bien-être des usagères, les effets indésirables, le pouvoir médical et l'implication des hommes sont au cœur des débats et s'appréhendent dans le prolongement des revendications des années 1960 et 1970 ; l'objectif de contraception libre et gratuite n'étant toujours pas atteint.

Tendre vers cet objectif nécessite, par ailleurs, d'interroger certaines constantes malgré « la crise » : la pathologisation des corps des femmes et, par conséquent, la (facilité de) prescription des pilules selon leur génération et la désaffection des méthodes contraceptives locales non hormonales. En encourageant les usagères à un contrôle de soi accru *via* la surveillance des symptômes relatifs aux risques cardiovasculaires et en légitimant les restrictions à un potentiel accès autonome à la contraception orale, les conséquences de « la crise de la pilule » se traduisent également en limites. La dépendance des femmes au corps médical est légitimée sous couvert de sécurité sanitaire et fait obstacle à une contraception libre. Pourtant, favoriser l'autonomie des femmes usagères, et donc amoindrir l'autorité médicale en matière de prescription, permettrait également de libérer le personnel de santé, prescripteur et délivreur, des craintes médico-légales.

II.1.2 Singularité de « la crise », pluralité des pilules, gratuité partielle

Depuis la parution de l'article de Nathalie Bajos et ses collègues de l'équipe FECOND mentionnant « la crise de la pilule » (Bajos et al. 2014), d'autres publications plus récentes, basées sur des enquêtes quantitatives (Le Guen et al. 2020; Rahib, Lydié, et Le groupe Baromètre santé 2016 2018; Rahib et Lydié 2017), emploient désormais ce même terme au pluriel (parlant de crise des pilules) sans nécessairement apporter de précisions théoriques sur le choix de la notion énoncée.

Si « la crise de la pilule » a engendré une désaffection de la contraception orale dans son ensemble (Bajos et al. 2014), parler de pilules au pluriel est une des propositions de cette thèse en ce que cela permet de mettre au jour des enjeux distincts

selon les générations des comprimés. Cette appellation rappelle l'importance de la dimension marketing accolée à la diffusion des pilules, et permet de distinguer les effets (réglant des problèmes de l'ordre de l'inconvénient ; provoquant des petits maux, voire exposant à des sur-risques sanitaires) et les enjeux relatifs aux différentes générations (qui plus est dans ce contexte de « crise »). Cela permet également de mettre en lumière les enjeux relatifs à l'accès à cette contraception sur ordonnance. Les logiques de délivrance de contraception orale dépendent à la fois du type de défaillance d'ordonnance (dépassée ou absente), du degré de familiarité entre les usagères et le personnel de pharmacie, mais également de la génération de la pilule demandée. Si l'ordonnance certifie le remboursement des pilules de deuxième génération, elle semble moins représenter un outil médical en ce que ces sont par ailleurs librement disponibles dans d'autres pays (Watkins 2016, p. 61). Les pilules de troisième et quatrième générations étant associées à des sur-risques sanitaires, l'ordonnance semble faire davantage office d'outil de contrôle médical pour les comprimés de ces dernières générations. Pourtant, en cas d'ordonnance défaillante, ces pilules semblent paradoxalement plus aisément accessibles, selon des logiques économiques : avec ou sans ordonnance, elles restent non remboursées et n'impliquent donc pas de coût pour le système de soin. Dès lors que l'ordonnance n'est pas valable, les variables de la logique économique et du degré de proximité entre usagères et pharmacies surpassent celle du sur-risque sanitaire. Le « pilulocentrisme » (Roux 2020), qui semblait se resserrer autour des pilules de deuxième génération depuis « la crise », opère moins sur ces dernières, dès lors que l'on prend en compte les logiques de délivrance et que les pratiques médicales privilégient une approche allopathique. La délivrance de la contraception orale pourrait donc ici être entendue selon un double sens : l'acte de délivrer les pilules en pharmacie, mais également la possibilité de délivrer les comprimés (et les actrices et acteurs concerné·e·s) de leurs ordonnances. Garantir la gratuité de la contraception et limiter l'ordonnance aux moyens contraceptifs présentant des sur-risques sanitaires favoriserait encore davantage l'accès aux méthodes de gestion de la fécondité.

II.2 Faire avaler la pilule, façonner des corps et des identités genré·e·s

II.2.1 La contraception orale comme feinte de la libération sexuelle ?

Le genre de la contraception orale ou la reproduction de l'hétéronormativité

Les normes de genre déterminent le choix d'une pilule comme contraception. Le choix individuel de la contraception orale est influencé par l'imbrication de

logiques relevant à la fois des systèmes genre et néolibéral. Les revendications actuelles questionnent particulièrement la mise en concurrence du bien-être des femmes avec le profit pharmaceutique (Oudshoorn 1993; Oudshoorn 1998) ainsi que la liberté coercitive de se saisir d'un moyen de contraception central dans la « norme contraceptive » (Bajos et Ferrand 2004). L'usage de l'objet pilule implique des compétences répondant particulièrement aux rôles de genre traditionnels. Les usagères doivent en effet mobiliser un important contrôle de soi qui va bien au-delà de l'ingestion quotidienne. À moyen terme, les femmes font preuve d'un contrôle : de leur corps (*via* une ingestion quotidienne qui modifie durablement leur physiologie et peut répondre à des normes esthétiques à travers des propriétés antiacnéiques) ; de leur parcours médical (*via* des rendez-vous réguliers depuis l'adolescence, la moitié des usagères suivies ayant entamé un usage de pilules avant les premiers rapports sexuels) ; de leur hygiène de vie (en contrôlant leur poids, leur tabagisme) ; et de leur sexualité (*via* leur disponibilité sexuelle et l'emploi d'un moyen contraceptif qui ne compromette pas le « script [hétéro]sexuel » attendu (Clair 2016a; Thomé 2016)). À l'exception du personnel des centres de santé, les praticien·ne·s accompagné·e·s en observations avaient tendance à romantiser les relations empreintes de normes de genre. Comme le mentionnait une médecin généraliste dans le chapitre 10, l'effet indésirable potentiel dû à une prise de contraception orale qu'est la baisse de libido permettrait de minimiser la possibilité que les femmes « aillent voir ailleurs ». L'usage de la contraception orale se révèle donc particulièrement compatible avec les préceptes de l'hétéronormativité et répond à un attendu de discrétion, à la fois *via* l'objet contraceptif utilisé et la censure du désir sexuel des femmes. L'usage de contraception orale étant indépendant des rapports sexuels, l'objet est indétectable durant ces scénarios. Cet usage contraceptif n'implique pas d'anticiper les rapports sexuels et ne nécessite pas une manipulation locale génitale. Les femmes usagères restent désirables *via* un usage qui feint l'absence de contraception (invisibilisant ce « travail contraceptif » (Thomé et Rouzaud-Cornabas 2017)) et de spontanéité du désir sexuel. Sa durée d'utilisation de type SARC (chapitre 2) est, d'une part, particulièrement adaptée aux relations dites installées. N'ayant pas de propriétés prophylactiques, la contraception orale semble peu convenir aux relations courtes, occasionnelles, ou extra-conjugales. Cet usage implique donc une sexualité disciplinée. D'autre part, ce type de durée d'usage invite à une sexualité *in fine* reproductive et responsable : *via* la possibilité de choisir le bon moment du projet de grossesse, dont elle feint la spontanéité en laissant aux femmes l'autonomie (face au corps médical) du choix de ce moment.

Une jeunesse actrice et compétente

Bien que les usages de contraception orale répondent aux attendus du système de genre, on ne peut nier l'agentivité des jeunes femmes usagères. Les expériences de leur vécu en font des actrices actives qui développent : une « compétence contraceptive » (Ventola 2014) et notamment une capacité d'observance ; l'art du « bricolage contraceptif » (Amsellem-Mainguy 2007) ; des réajustements selon les manquements du corps médical (en décidant ou non de poursuivre une grossesse non prévue) et selon l'évolution de leur mode de vie (en modifiant les heures d'ingestion ou les lieux d'achat et de rangement). La jeunesse est appréhendée en termes d'instabilité et de risques (Bajos et Bozon 2008; Service des recommandations professionnelles de l'Anaes, AFSSAPS, et INPES 2004). Pourtant, en conciliant leur contraception et leur mode de vie, les usagères semblent davantage faire preuve de mobilités (comme l'illustrent leurs lieux de rangement des pilules) et de maîtrise, puisque, pour rappel, la première raison mentionnée au recours à un test de grossesse est la volonté de se rassurer suite à un retard de saignements sans lien avec un oubli de pilule. De même, l'oubli d'un comprimé n'est que la troisième raison invoquée lors d'un recours à une contraception d'urgence (qui ne concerne en outre que deux des dix-sept usagères).

La contraception orale ou le leurre de la transgression des normes de genre ?

L'annihilation des cycles menstruels par la contraception orale pourrait laisser penser à une transgression des normes de genre. Les jeunes femmes usagères qui choisissent de renoncer à leurs menstruations se détachent certes d'un attribut perçu par elles-mêmes et l'imaginaire collectif comme garantissant une féminité saine. Mais la dimension transgressive de cet usage détourné apparaît finalement comme fortement limitée, car pensée selon les logiques du système cisgenre. En outre, l'annihilation des règles par la contraception orale est motivée par une finalité de productivité, professionnelle (*via* une meilleure disponibilité), sportive (dans le cadre d'une compétition, comme le mentionnait Camille dans le chapitre 5) ou sexuelle (*via* une disponibilité perpétuelle). Dans un système cisgenre, des corps qui ne saignent plus tendent, en fait, à imiter le modèle du corps faisant office de norme : celui de l'homme.

II.2.2 Obstacles institutionnalisés et systémiques à un objet potentiellement émancipateur

Médicales et de genre : des violences transmises et apprises

L'autorité médicale et le système genre se légitiment mutuellement : la médecine sexualise les hormones au profit du système genre et ce dernier légitime la sexualisation de ces substances et donc la sphère médicale. La médicalisation des corps des femmes est donc présentée comme un privilège sanitaire pour les principales concernées dès lors que les dimensions de contraintes et de violences sont occultées. Or, l'ensemble des récits des usagères témoigne de situations de violences médicales et gynécologiques, allant de la rétention d'informations jusqu'à avoir l'impression d'être violée. Cette thèse a choisi d'appréhender ces violences comme s'inscrivant dans un *continuum* des violences de genre (Hanmer et E. L. Reviewed work(s) 1977; Keller, Mendes et Ringrose 2018; Kelly 2013). Les résultats montrent également que l'autorité et les violences médicales résultent d'un apprentissage dès la formation initiale : que ce soit par mimétisme, par répétition d'un langage dominant ou même dans le cadre d'un enseignement plus théorique, comme en atteste l'observation d'un cours sur la contraception destiné à des internes en médecine générale. Les jeunes médecins y apprennent notamment à user de rétention d'informations. Les violences médicales et gynécologiques sont donc enseignées, et, par conséquent, apprises et transmises.

Le rôle de la médecine, dont des professionnel·le·s de santé sont le relais, dans l'incorporation des normes de genre est historique et est, encore aujourd'hui, toujours à l'œuvre.

Les revers de la contraception orale en contexte de culture du viol

En contexte de culture du viol, l'usage de la contraception orale n'est pas émancipateur. D'une part, du fait de la technicité de l'objet. L'efficacité de cette méthode est indépendante d'une situation médicale pourvue ou dépourvue de violences et reste donc compatible avec les violences gynécologiques. *A contrario*, l'efficacité des méthodes contraceptives non médicalisées et nécessitant une manipulation locale (telles que la cape cervicale ou le diaphragme) dépend davantage du respect du rythme de l'usagère par les professionnel·le·s de santé. L'analyse des pratiques individuelles médicales et l'étude longitudinale des pratiques individuelles contraceptives révèlent que la dépendance au corps médical sur la durée semble aller de pair avec un risque d'autant plus important de se voir confrontée à des violences médicales et gynécologiques. D'autre part, un autre résultat de cette thèse est qu'en étant perpétuellement contraceptées les jeunes femmes usagères de contraception

orale se sentent moins légitimes de refuser un rapport sexuel dont elles n'ont pas envie. Au regard de l'imaginaire collectif développé au moment de la légalisation de la contraception, l'on pourrait penser que les pilules permettent la spontanéité des rapports sexuels et garantissent, par conséquent, l'émancipation sexuelle des femmes. Or, la contraception orale ne permet pas de s'affranchir des logiques de la culture du viol si les relations (hétéro)sexuelles restent basées sur des stéréotypes de sexe (selon lesquels, par exemple, les hommes auraient plus de besoins sexuels que les femmes) et des rôles traditionnels de genre. Une vision différentialiste de la sexualité permet en effet de légitimer des pratiques inégalitaires (Bajos et al. 2008), voire violentes. Malgré la démocratisation de la contraception, le désir des hommes reste actif, tandis que celui des femmes est réactif (comprendre à provoquer) : elles doivent se laisser **surprendre** par celui de leurs partenaires (Thomé 2019). Or, selon le Code Pénal, la pénétration par **surprise** est précisément la définition d'un viol. Au-delà d'imposer un schéma contraceptif, la médicalisation de la contraception, y compris en contexte de crise des pilules favorable à sa remise en question, reste compatible avec la culture du viol. Au lieu de romantiser des relations (hétérosexuelles, sexuelles, contraceptées) basées sur des normes de genre oppressantes, il s'agirait plutôt d'érotiser le consentement, afin de prétendre à une santé reproductive entendue comme le « droit des individu[e]s d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et sans danger » (Programme d'action du Caire 1994 cité par Mottier 2018, p. 901).

II.3 Une médecine prescriptrice en crise ? Enjeux éthiques actuels des pratiques (para)médicales

Si les légalisations de la contraception puis de l'IVG (pas tout à fait libres et gratuites) ont marqué la victoire (partielle) de la deuxième vague féministe, elles vont également de pair avec la médicalisation de ces méthodes de régulation de la fécondité. Leurs mises en œuvre sont désormais placées sous l'autorité des politiques de santé publique et du corps médical, dont les motivations ne sont pas toujours prioritairement liées aux intérêts des femmes usagères. Les résultats de cette thèse permettent de distinguer ce qui relève de la responsabilité des professionnel·le·s de santé, mais invitent également à contextualiser ces pratiques médicales individuelles dans un système de soin, parfois peu enclin à favoriser des postures soignantes éthiques.

II.3.1 Interroger la responsabilité des professionnel·le·s de santé...

Une corrélation de hiérarchisation entre les professions et les méthodes contraceptives

Alors même que les sages-femmes, généralistes et gynécologues sont amené·e·s à prescrire de la contraception (Roux, Ventola et Bajos 2017, p. 62), celle-ci est reléguée en domaine annexe dès la formation médicale initiale. La contraception est donc traitée rapidement à la fois dans les cours de médecine et en consultations médicales et gynécologiques, particulièrement dans le cadre de l'exercice en libéral. Que les professionnel·le·s fassent le choix ou non de compléter leur formation en matière de contraception ne remet pas en question leurs compétences, alors même qu'ils n'y ont consacré ni le même temps ni la même volonté d'apprentissage (que l'ensemble des professionnel·le·s enquêté·e·s déclarent réaliser « sur le tas »). Or, ce fait semble particulièrement reproché aux sages-femmes qui, d'une part, représentent la profession la plus récemment habilitée à prescrire une contraception. D'autre part, elles incarnent également le personnel prescripteur (féminisé) situé en bas de l'échelle hiérarchique des professions prescriptrices. Pourtant, d'après les résultats de l'enquête, elles font plus systématiquement le choix de consacrer au moins une partie de leur formation en continu à la fois à la contraception mais aussi aux questions des violences faites aux femmes. Elles se montrent alors plus enclines à la réflexivité et donc à remettre en question leurs pratiques et le système de soin dans lequel elles les exercent. Du fait des rapports de pouvoir qui les placent parfois sous l'autorité des gynécologues, elles déclarent également ne pas s'éloigner des recommandations officielles de prescriptions dans un contexte marqué par la crise des pilules. Les sages-femmes (et le personnel de CDPEF) sont en outre plus enclines à rediriger les patientes vers d'autres consœurs et confrères. Paradoxalement, l'expertise des gynécologues semble leur permettre une application plus souple des recommandations, alors même qu'ils consacrent moins leur formation en continu à la question de la contraception et que celle-ci s'appuie davantage sur les ressources proposées par les laboratoires pharmaceutiques. En choisissant d'exercer la profession légitimée au rang d'expertise de la contraception, en s'installant en libéral et en ne se formant pas sur la question des violences (y compris médicales), les gynécologues répondant à ce profil ne remettent pas en question une pratique de soin dominante dont ils sont les principales actrices et principaux acteurs. Leur position politique reproduit, au contraire, le point de vue dominant (Jarty 2021), à travers un « régime de genre » (Connell 2006) conservateur.

Les résultats mettent également au jour des mécanismes de hiérarchisation opérant à la fois entre les professions médicales et au sein du panel contraceptif.

L'apprentissage de la hiérarchisation des méthodes contraceptives s'opère dès la formation initiale. Les gynécologues se voient adresser (par les généralistes et les sages-femmes) les cas de contraception considérés comme compliqués (c'est-à-dire accompagnés d'une pathologie) et considèrent les méthodes locales non hormonales comme extérieures à leur expertise. Enfin, les gynécologues enseignent (partiellement) la contraception aux autres professions prescriptrices en mettant en avant les moyens médicalisés ; tandis que les sages-femmes enseignent les méthodes les moins considérées. L'on peut donc en conclure un effet de corrélation hiérarchique entre les professions de santé et les méthodes contraceptives qu'elles permettent d'enseigner et de proposer en consultations : les professions médicales situées plus haut dans la hiérarchie sont davantage susceptibles d'enseigner les méthodes médicalisées, elles-mêmes situées en position haute au sein de la pyramide de la hiérarchisation des méthodes contraceptives. Les professions expertes favorisent donc la « norme contraceptive ». *A contrario*, les sages-femmes, situées plus bas dans la hiérarchie des professions de santé, enseignent moins systématiquement la contraception aux autres professions et, le cas échéant, présentent les méthodes les plus marginalisées. Cette (double) hiérarchisation, d'une part, éclaire un « régime de genre » dominant (conservateur) caractérisé par une place centrale des hommes au sein de l'expertise contraceptive (disposant des avantages symboliques et matériels) et par une faible (re)considération des ordres établis (primat des pratiques de soin allopathiques, exclusion de certains types de patientes). D'autre part, elle témoigne d'une pluralité de « régimes de genre » (conservateur, perturbateur ou rebelle) chez les soignant·e·s, plus ou moins émancipateurs. Les sages-femmes représentent une profession féminisée, tandis que les gynécologues, notamment obstétricien·ne·s (qui sont majoritairement des hommes), sont issu·e·s d'une formation basée sur des valeurs masculines. Les gynécologues acteurs d'un « régime de genre » conservateur jouissent d'un ethos « dominant » conférant le privilège d'user de « scripts » (Le Feuvre et Lapeyre 2005) de consultations guidés par un « travail réel » (Dujarier 2006) qui favorise peu la remise en question du tout pilule. Allant parfois à l'encontre des recommandations, leur légitimité leur permet de s'éloigner du « travail prescrit ».

Une typologie des postures soignantes qui traduit des points de vue situés

Les pratiques de soin résultent de postures politiques. Les actes médicaux ne sont pas basés sur une *evidence based medicine* imperméable aux catégorisations sociales ou aux « triages » discriminants, comme l'analyse le sociologue et infirmier Benjamin Pilleron (Pilleron 2020). Les jugements moraux établis par les professionnel·le·s de santé (qui ne se limitent pas aux professions des gynécologues, généralistes et sages-femmes) conduisent à évaluer les urgences sanitaires de manière approximative,

pouvant entraîner une prise en charge inadaptée ou retardée. Les professionnel·le·s de santé font le choix d'exercer une profession, dans une structure publique ou privée et selon les principes d'un type de pratiques (dominantes, sensibilisées ou alternatives). La variable de la perception de la contraception a montré que la majorité des professionnel·le·s enquêté·e·s (les gynécologues et généralistes exerçant en libéral, les professionnel·le·s travaillant en hôpitaux et en CDPEF) adhèrent aux préceptes du modèle de médecine dominant. La racialisation des femmes, la crainte du médico-légal et la variable de l'IVG amènent à inclure encore davantage de professionnel·le·s adeptes de cette posture (une partie des sages-femmes travaillant en libéral).

Malgré la possibilité de créer de nouvelles pratiques et d'exercer en dehors d'un ethos dominant, des situations de violences médicales et gynécologiques persistent. Les pratiques issues de la norme dominante répondent aux principes du néolibéralisme selon une logique de rentabilité, peu compatibles avec une posture non violente. Elles sont aussi, paradoxalement, celles qui sont les plus éloignées à la fois des attentes des usagères mais aussi des recommandations officielles.

La crise des pilules permet, quant à elle, de mettre au jour l'actualité des rapports de pouvoir entre professionnel·le·s de santé. Les plus expérimenté·e·s sont plus susceptibles de devoir mettre à jour leurs pratiques. Ceux qui s'y refusent, ainsi que les professionnel·le·s usant d'un ethos « dominant », résistent aux changements inhérents à « la crise » (comme la démocratisation du DIU au cuivre et chez les nullipares, la prescription de pilules de 2G en première intention, la considération des violences médicales). Ces résistances freinent donc la remise en question de la centralité des pilules dans la « norme contraceptive » et expliquent, au moins en partie, le paradoxe, énoncé dans la problématique, selon lequel la contraception orale reste la méthode la plus utilisée, et surtout prescrite, malgré la méfiance qu'elle suscite chez les usagères.

II.3.2 ... dans un système de soin peu enclin aux postures soignantes éthiques

La responsabilité individuelle des professionnel·le·s de santé est néanmoins à contextualiser dans un système de soin particulier qui favorise inégalement les différentes pratiques médicales. « Les comportements des praticien[·ne]·s sont largement régis par la structuration du système de santé, les modes de rémunération et de régulation faisant dès lors intervenir d'autres acteurs[·actrices] que le[·s] praticien[·ne]·s et [leurs] patient[e]·s » (Desprès et Lombrail 2020, p. 33). Les pouvoirs publics (tels que la Sécurité sociale ou l'État) peuvent participer d'un système de soin inadapté. Par exemple, dans le cadre de la logique de cotation à l'activité, des

médecins, qui reçoivent des travailleuses et travailleurs pauvres bénéficiaires de la CMU, se sont vu·e·s sanctionné·e·s pour avoir délivré un nombre trop élevé d'arrêts de travail (*Ibid.*, p. 32). Les professionnel·le·s mobilisent des logiques qui se veulent finalement économiques avant d'être racistes ou classistes (Desprès et Lombraïl 2020; Izambert 2016). Il s'agit alors de considérer également « l'inadéquation de certaines caractéristiques de[s] patient[·e·]s (comme leur pauvreté) avec certaines exigences du système socio-sanitaire (il faut des revenus pour suivre les conseils hygiéno-diététiques ou recevoir les soins les plus appropriés). » (Carde 2020, p. 59). Dans le cadre de l'exercice en libéral, le système de paiement à l'acte encourage à multiplier les consultations et donc à en restreindre la durée et par conséquent le temps accordé aux explications et à la demande de consentement des patientes. Ce système est donc défavorable à la « démocratie sanitaire ». Le risque de violences ou « maltraitements » gynécologiques étant lié aux failles du système de santé, celles-ci sont moins individuelles que structurelles (Claro 2019). Par conséquent, le personnel de pharmacie pallie régulièrement des consultations médicales expéditives et de longs délais de rendez-vous en usant également de logiques non médicales discriminantes, comme l'âgisme. L'exercice en structures publiques, qui plus est celles accueillant une patientèle davantage précarisée, semble peu attractif faute de salaire élevé, alors même que ces structures sont plus enclines à proposer des postures non violentes. Enfin, la pression des laboratoires pharmaceutiques, qui restent des ressources pour le personnel de santé prescripteur et délivreur, n'est pas toujours compatible avec les recommandations sanitaires officielles. Ces laboratoires participent aux injonctions contradictoires qui touchent le personnel de pharmacie (répondre aux recommandations tout en conciliant des logiques marchandes en matière de stock de médicaments), tandis qu'ils ciblent les gros prescripteurs de pilules (de dernières générations), à savoir les gynécologues travaillant en structures privées (plus particulièrement ceux ayant une boîte aux lettres nominative) qui, à leur tour, présentent (à la fois dans la formation et aux patientes) prioritairement les méthodes médicalisées et légitiment ainsi la hiérarchisation de la contraception.

Le système de soin détermine également les conditions de travail, tout aussi peu compatibles avec une pratique de soin éthique. Le chapitre 7 exposait les conséquences de consultations, mais aussi d'accueils de la chercheuse, mené·e·s précipitamment. Tout en pointant les disparités politiques d'exercice selon les professions et les structures, il était aussi précisé tout au long de la thèse qu'il n'était pas rare que les professionnel·le·s exercent conjointement dans différents établissements. De ce fait, en hôpital, une médecin généraliste arrivait et repartait précipitamment à chaque début et fin de son service dans la structure observée (février-mars 2018). La représentation selon laquelle la médecine libérale se

consacrerait davantage aux patient·e·s que la médecine hospitalière (Guyard 2008, p. 19) reste tout de même réductrice, les résultats de la thèse ayant par ailleurs montré les limites des pratiques dans le cadre de l'exercice en libéral. Il s'agirait plutôt de penser cette situation comme une conséquence du système de soin, « un problème qu'il ne peut résoudre selon les règles et normes de son fonctionnement » (Maurin 1984 : 143-144 cité par Aïach et Fassin 1992, p. 77). D'autres études, consacrées au monde infirmier par exemple, mettent en évidence la fatigue psychique et physique entraînée par un exercice hospitalier réalisé sous tension (Pilleron 2020). Julie Rigaudière, sage-femme, indique également dans un entretien collectif : « si les personnes étaient contentes à la sortie de leur hospitalisation, c'était parce que j'étais sortie en retard, que je n'avais pas pris ma pause repas, pour avoir plus le temps de les écouter, parce que je veux faire bien » (Jarty à paraître). Par conséquent, ce contexte semble peu propice à consacrer du temps à la réflexivité portant sur les (conditions des) pratiques de soin (plus ou moins violentes) réalisées.

III. UNE RECHERCHE INTERVENTIONNELLE, ENGAGÉE ET IMBRIQUÉE

III.1 Allier restitutions de la recherche et préconisations ?

Les parcours médicaux, contraceptifs et biographiques s'entremêlent. Les manquements des politiques de santé publique et du corps médical s'inscrivent donc durablement dans les corps et la vie des femmes. Les décalages entre les droits effectifs et leurs applications réelles font obstacles à l'émancipation des usagères. Les méthodes de régulation de la fécondité hiérarchisées selon des critères moins médicaux que moraux répondent, en partie, à des logiques néolibérales : de contrôle de soi et d'injonction à se saisir des moyens de contraception appartenant à la « norme contraceptive ». La lucrativité et la dépendance des usagères au corps médical, particulièrement questionnable dans le cadre de violences médicales et gynécologiques, sont ainsi assurées de manière pérenne. Les décalages entre le protocole médical officiel (« travail prescrit ») et les pratiques médicales (« travail réel »), au détriment du choix libre et éclairé des femmes, pourrait être minimisé grâce à une formation en continu sur le sujet et des enseignements davantage interdisciplinaires et non exclusivement centrés sur la pathologie. Il pourrait s'agir d'enseigner (ou se former) à mener les consultations médicales selon les quatre principes en bioéthique, que sont : l'autonomie, la bienfaisance, la non malfaisance et

la justice (Winckler 2017a). Des chercheur·e·s, également formé·e·s aux sciences médicales, ont à cœur de systématiser les enseignements non médicaux au sein des formations médicales : Patricia Perrenoud, sage-femme et anthropologue, faisait part, dans une récente publication, de sa volonté de changer l'accompagnement de la naissance en enseignant dans une école de sages-femmes (Anchisi et Perrenoud 2020). Benjamin Pilleron, infirmier formé à la sociologie, indiquait, dans le même numéro de revue, son désir de former ses collègues soignant·e·s à la non-discrimination et de transmettre les connaissances produites par les sciences sociales aux professionnel·le·s de santé, à la fois dans les formations initiales et en continu (Pilleron 2020). Par conséquent, les enseignements dispensés dans la formation médicale (initiale et en continu) ne peuvent se restreindre au domaine de la pathologie et de la pharmacologie, en incluant plus systématiquement une dimension éthique et réflexive. Dans le cas des pratiques de soin autour de la contraception, cela impliquerait de sortir d'un « régime de genre » conservateur associé aux pratiques allopathiques dominantes et d'opérer un glissement vers un « régime de genre » rebelle adapté aux pratiques alternatives, qui, elles-mêmes, favorisent le consentement et la non-discrimination. En 2016, « le recours [par les usagères] aux différent·e·s professionnel·le·s de santé reste largement dépendant des caractéristiques sociodémographiques des femmes » (Le Guen et al. 2020, p. 354) : les femmes de plus de 25 ans, diplômées, vivant en zone urbaine, ayant davantage la possibilité de consulter un·e gynécologue, tandis que les plus jeunes, situées plus bas dans l'échelle sociale et vivant en zone rurale se tournent davantage vers les médecins généralistes. Selon leur profession, mais également selon leur structure d'exercice, les professionnel·le·s de santé ne seront donc ni confronté·e·s aux mêmes profils sociodémographiques des femmes, ni à la même matérialité (salaires, moyens contraceptifs à proposer en libre accès). Iels devront donc adapter leurs pratiques médicales. D'après Benjamin Pilleron, le travail réflexif (re)donne du sens à la pratique soignante et « les sciences sociales ouvrent la voie à une pratique soignante plus consciente et sensible » (Pilleron 2020, p. 1).

Les rencontres interdisciplinaires (lors d'évènements scientifiques par exemple) représentent des occasions privilégiées pour faire dialoguer les dimensions médicales et non médicales. La question du retour des résultats de la recherche aux enquêté·e·s fait parfois partie des conditions de l'enquête et pourrait ici s'imbriquer aux préconisations. La chercheuse devient alors une sorte de médiatrice entre les différent·e·s actrices et acteurs (Kobelinsky 2008, p. 198). En sollicitant des professionnel·le·s de santé membres du REIVOC dans le cadre de cette enquête, ceux-ci négociaient leur participation par la présentation des résultats en contrepartie. C'est ainsi que j'ai participé aux conférences plénières de la première

journée d'étude organisée par le réseau, le 11 octobre 2019. Au cours de ma présentation, j'exposais le recours différencié aux examens gynécologiques dans le cadre d'une prescription ou d'un renouvellement de contraception orale, selon la structure d'exercice. Le propos était illustré par le même graphique présenté dans le chapitre en question, permettant de visualiser le résultat énoncé. À la fin de ma communication, l'une des membres du réseau m'indiquait que cette diapositive avait particulièrement fait « réagir » l'assemblée, majoritairement composée de professionnel·le·s de santé, et que c'était précisément « le but » recherché de cette journée d'étude : celui du débat interdisciplinaire. « La situation de retour [...] doit donc être prise au sérieux comme faisant partie de l'activité scientifique et non pas (seulement) comme étant une étape qui interviendrait après l'enquête de terrain, après même l'écriture » (*Ibid.*, p. 195-196). La question du retour ne se limite pas à celui des résultats et est par ailleurs abordée dans la thèse lorsque les jeunes femmes usagères ont par exemple l'occasion de réagir à leurs anciens entretiens. Dans tous les cas, le retour semble contribuer au développement des résultats : en alimentant le débat scientifique dans le premier cas et en favorisant l'accès à la réflexivité des enquêté·e·s dans les deux cas. La transmission d'articles publiés issus du travail de thèse peut également constituer une forme de retour et est également plébiscitée par une minorité d'enquêté·e·s, la restitution pouvant également apparaître « comme inintéressante et dérisoire pour nos interlocuteurs [et interlocutrices] » (*Ibid.*, p. 200). Dans le cadre de ce travail, le retour était moins « provoqué » (par la chercheure) qu'inhérent à l'accès au terrain et envisagé comme outil méthodologique. Le retour renvoie donc à la question de l'utilité de la recherche et celle-ci semble majorée dès lors qu'il est adressé à celles et ceux qui prennent part dans la gestion des dispositifs étudiés (ici contraceptifs) (*Ibid.*, p. 200-201).

III.2 Violences et engagement : favoriser de nouvelles études ?

Systématiser la considération des violences médicales et gynécologiques dans l'étude des violences de genre

Au-delà du prolongement de cette étude, des pistes semblent également favorables au développement de nouveaux projets, que ce soit à travers de nouvelles thématiques d'enquête ou le désir de nouvelles expériences professionnelles. Dans le premier cas, deux perspectives thématiques de recherche retiennent particulièrement mon attention. Dans le deuxième cas, l'organisation et la participation à des colloques internationaux, ainsi que le séjour de recherche réalisé à la Universidad de la República de Montevideo (Avant-propos), ont constitué des expériences enrichissantes et ont

contribué à un goût certain (et nécessaire dans la recherche) pour une ouverture à l'international. Dans cette perspective, les références anglophones et hispanophones mobilisées dans cette thèse nourrissaient bien évidemment le propos scientifique, mais servaient aussi la volonté d'améliorer mon niveau (scolaire) d'anglais et d'espagnol.

La question des violences médicales et gynécologiques reste encore peu traitée dans le débat scientifique alors même qu'elle investit largement les médias (traditionnels, sociaux). Elle apparaît également dans les revendications de la troisième (*via* son traitement dans les médias) et quatrième vagues féministes (en Amérique Latine). L'un des résultats de cette thèse proposait de l'appréhender au sein du *continuum* des violences de genre (Hanmer et E. L. Reviewed work(s) 1977; Keller, Mendes et Ringrose 2018; Kelly 2013) et ce positionnement gagnerait sans doute à être davantage discuté dans le débat scientifique. Si l'on se centre ici sur l'approche qualitative, l'on peut également imaginer que cette question soit systématiquement intégrée aux grandes études quantitatives, qui succèderaient aux enquêtes nationales ENVEFF⁴²⁵ (2000) et VIRAGE⁴²⁶ (2015), portant sur les violences faites aux femmes.

Imbriquer les postures engagées : féminisme et antispécisme

En abordant la crise des pilules, les enquêté·e·s l'ont régulièrement envisagée au regard d'autres crises sanitaires, mais aussi environnementales. Une sage-femme (travaillant en cabinet libéral) déclarait : « [...] de nos jours on a quand même une pollution aux œstrogènes synthétiques, parce que pour faire grossir plus vite les veaux ou autres bêtes, ben on leur donne des œstrogènes. Donc oui ça va plus vite, ça grossit bien, voilà, ok, mais on a quand même ces œstrogènes synthétiques qui trainent, dans la viande déjà » (25 janvier 2017). Durant le doctorat, au cours de mes lectures (pour la thèse ou dans le cadre du loisir personnel), la question des partenariats entre la recherche pharmaceutique (dans le cadre du développement de la contraception orale) et les abattoirs revenait régulièrement (Adams 2016; Marks 2001; Preciado 2008). Au fil de ces lectures, je collectais ces informations en sachant qu'elles ne seraient pas directement utiles à cette recherche, mais persuadée et avec l'envie furieuse de pouvoir les mobiliser le moment venu. Aborder le développement de la contraception dans une perspective féministe permet de mettre au jour les limites faisant obstacle à sa dimension émancipatrice. Dès sa création, l'usage de la contraception orale n'était pas envisagé de manière égalitaire pour toutes les femmes, les tests ayant été effectués sur des femmes racisées appauvries avant de diffuser les pilules chez les femmes blanches

⁴²⁵ Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France.

⁴²⁶ Violences et rapports de genre.

plus riches. La perspective intersectionnelle pourrait être étendue aux minorisé·e·s non humain·e·s. En effet, la médecine de la reproduction (dans le cadre de la GPA⁴²⁷ par exemple) « s'est développée en empruntant à la médecine vétérinaire et aux technologies de l'élevage » (Gardey 2017, p. 30). Les recherches entreprises pour le développement de la contraception orale (plus généralement de la contraception hormonale et de l'endocrinologie) ont impliqué d'effectuer des tests sur les animaux (vivants ou morts) (Oudshoorn 1993; Oudshoorn 1990). Gynécologues, industries pharmaceutiques et abattoirs forment, à ce titre, un réseau historiquement lié (Marks 2001, p. 46; Preciado 2008, p. 145). Le 12 février 2018, dans le cadre d'un entretien réalisé pour cette thèse, l'andrologue Roger Mieusset expliquait à propos du Vasalgel⁴²⁸ : « Ça, l'expérimentation a été faite chez le lapin, chez les singes et y a une levée de fonds actuellement pour pouvoir le faire chez l'homme ». À la fin d'un entretien mené auprès d'Eva, je notais sur le journal de terrain : « On en vient à faire le lien entre différentes formes d'oppressions, entre l'antiféminisme et le spécisme⁴²⁹. Elle indique que quelqu'un peut être contre l'IVG sous prétexte de ne vouloir « tuer » personne, mais ne pas avoir de scrupule à tuer un animal ou à consommer un produit issu de sa mort » (19 décembre 2016).

Réaliser une sociohistoire des interactions (et des rapports de pouvoir et d'exploitation) entre animaux humain·e·s et non humain·e·s dans le cadre du développement (y compris actuel) de la contraception permettrait d'investir d'autres champs sociologiques et d'autres perspectives d'engagement. Le champ de la sociologie du genre pourrait être croisé avec ceux de la sociologie de l'environnement et de l'alimentation. Une telle étude permettrait également de mettre au jour les imbrications entre le(s) féminisme(s) et l'antispécisme⁴³⁰, le second ayant largement été impulsé par le(s) premier(s). L'imbrication d'une approche féministe et antispéciste permettrait également de mettre au jour les mécanismes qui animalisent les femmes (qui plus est racisées) et sexualisent les animaux non humain·e·s (Adams 2016).

Les références portant sur ces thématiques restant principalement anglophones, une telle étude pourrait constituer un apport pertinent dans la littérature scientifique francophone. Ce type de projet constituerait également une richesse épistémologique en mobilisant une autre perspective comme l'écoféminisme (*Ibid.*;

⁴²⁷ Gestation pour autrui.

⁴²⁸ Contraception testiculaire en cours d'essai aux Etats-Unis (cf. chapitre 2).

⁴²⁹ Le spécisme est la discrimination selon l'espèce.

⁴³⁰ L'antispécisme est une posture politique luttant contre le spécisme.

Prévost 2019) et, par conséquent, un autre point de vue situé : en l'occurrence, celui d'une chercheure féministe, antispéciste et végane⁴³¹.

Il apparaît donc éminemment pertinent d'envisager la contraception au sein des luttes politiques (féministe, antispéciste, environnementale) actuelles. De récentes recherches (notamment menées par des membres du laboratoire junior Contraception&Genre) portent sur la pratique de l'auto-gynécologie comme perspective d'*empowerment* (Koechlin 2019b) ou encore sur les raisons environnementales qui amènent les femmes à arrêter, voire à s'opposer, à l'usage de la contraception orale (voir les travaux de Mariana Rios Sandoval). Loin de vouloir diaboliser la contraception orale (Ancian et al. 2017), son usage, et plus largement les pratiques (médicales, sexuelles) qui gravitent autour, doivent être consenti·e·s, pour (pré)tendre à un vécu émancipateur, annoncé depuis plus d'un demi-siècle.

⁴³¹ Le véganisme est un mode (ou une philosophie) de vie et de consommation consistant à refuser toute forme d'exploitation animale. Il s'envisage aussi comme une approche morale ou un mouvement politique et vise à combattre le spécisme.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

ADAM Philippe, HERZLICH Claudine et SINGLY François (de), 2007, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Colin (coll. « 128 »).

ADAMS Carol J., 2016, *La politique sexuelle de la viande. Une théorie critique féministe végétarienne*, L'Âge d'Homme., Lausanne (Suisse), 357 p.

AÏACH Pierre et FASSIN Didier (dir.), 1992, *Sociologie des professions de santé*, La Garenne-Colombes, Espace européen (coll. « Méthodes & faits sociaux »), 272 p.

AKRICH Madeleine et RABEHARISOA Vololona, 2012, « L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire », *Santé Publique*, vol. 24, n° 1, p. 69-74.

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle, 2016, « L'accès à l'âge adulte pour les jeunes en France », *Informations sociales*, vol. 4, n° 195, p. 9- 13.

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle, 2015, « "À la fin, tu penses que tu vas mourir, mais tu y retournes !" Jeunes, santé et Internet », *Rapport d'étude INJEP*, p. 1- 79.

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle, 2014, « Qu'entend-on par "éducation pour la santé par les pairs" ? », *Cahiers de l'action*, vol. 43, n° 3, p. 9- 16.

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle, 2009a, « La première contraception, au-delà de la question de la fécondité. Trois temps pour entreprendre sa biographie contraceptive », *Agora débats/jeunesses*, n° 53, p. 21- 33.

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle, 2009b, « Recours et résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence », *La Santé de l'homme*, n° 399, p. 8-10.

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle, 2007, *La contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives des jeunes femmes*, Thèse de doctorat en sociologie, Université René Descartes - Paris V, Paris, 481 p.

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle, 2006, « Prescrire et proscrire des conduites, véhiculer des normes : les mères comme actrices privilégiées de prévention en matière de sexualité et de contraception », *Recherches familiales*, n° 1, p. 49- 59.

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle et LONCLE-MORICEAU Patricia, 2015, « Inégalités et entrée dans l'âge adulte : éclairage sur la situation des jeunes vivant en France », *Regards*, vol. 2, n° 48, p. 57- 68.

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle et VUATTOUX Arthur, 2019, « Sexualité juvénile et rapports de pouvoir : réflexions sur les conditions d'une éducation à la sexualité », *Mouvements*, n° 99, n° 3, p. 85- 95.

ANCHISI Annick et PERRENOUD Patricia, 2020, « Professionnelles des soins et chercheuses, une sonate à quatre mains », *Anthropologie et santé*, n° 21, p. 1-7.

ANCIAN Julie, CLARO Mona, FONQUERNE Leslie, JEAN Cyrille, LE GUEN Mireille, ROUX Alexandra, THOMÉ Cécile et VENTOLA Cécile, 2017, « Au lieu de condamner la pilule, considérons la parole des femmes », *Le Monde*, 26 septembre.

ANDRO Armelle, BACHMANN Laurence, BAJOS Nathalie et HAMEL Christelle, 2010, « La sexualité des femmes : le plaisir contraint », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 29, n° 3, p. 4- 13.

ANDRO Armelle et DESGRÉES DU LOÛ Annabel, 2009, « La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés », *Autrepart*, vol. 52, n° 4, p. 3- 12.

ANDRO Armelle et HAMEL Christelle, 2010, « Une médecine féministe. Entretien avec Emmanuelle Piet », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 29, n° 3, p. 92- 101.

ANEF, CROMER Sylvie, FLAHAULT Érika, CLASCHEs, CPED, GUILLOPÉ Colette et TEXIER-PICARD Rozenn, 2015, « Vade-mecum. Le harcèlement sexuel dans l'enseignement supérieur et la recherche ».

ANGELOFF Tania et GARDEY Delphine, 2015, « Corps sous emprises : biopolitique et sexualité au Nord et aus Sud », *Travail, genre et sociétés*, n°34, p. 31 - 38.

ARBORIO Anne-Marie, 1995, « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 13, n° 3, p. 93- 126.

ARBORIO Anne-Marie, FOURNIER Pierre et SINGLY François (de), 2008, *L'observation directe*, 2e édition refondue., Paris, A. Colin (coll. « 128 »).

AUBERT Aurélie, CHARAUDEAU Patrick et MEHL Dominique, 2018, « Les attentats du 13 novembre sur BFM TV : Informer en direct face au défi terroriste », *Réseaux*, n° 207, n° 1, p. 229.

AVANZA Martina, 2008, « Comment faire de l'ethnographie quand on n'aime pas ses "indigènes" ? » dans *Les politiques de l'enquête : épreuves ethnographiques*, Paris, La Découverte (coll. « Recherches »), p. 41- 58.

AZCUÉ Mathieu et MATHIEU Marie, 2017, « Avorter et accoucher autrement », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol. 2, n° 48, p. 95- 116.

BAJOS Nathalie, LERIDON Henri, GOULARD Hélène, OUSTRY Pascale, JOB-SPIRA Nadine, et COCON GROUP, 2003, « Contraception: from accessibility to efficiency », *Human Reproduction*, vol. 18, n° 5, p. 994- 999.

BAJOS Nathalie et AL., 2004, « Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France », *Population*, vol. 59, n° 3, p. 479- 502.

BAJOS Nathalie, BOHET Aline, LE GUEN Mireille et MOREAU Caroline, 2012, « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », *Population & Sociétés*, n° 492, p. 1- 4.

BAJOS Nathalie et BOZON Michel, 2008, *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre*

et santé, La Découverte., Paris, 609 p.

BAJOS Nathalie et BOZON Michel, 1999, « La sexualité à l'épreuve de la médicalisation : le Viagra », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 128, n° 1, p. 34- 37.

BAJOS Nathalie et FERRAND Michèle, 2006, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, vol. 61, n° 1, p. 91- 117.

BAJOS Nathalie et FERRAND Michèle, 2004, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine », *Sciences sociales et santé*, vol. 22, n° 3, p. 117- 142.

BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle, ANDRO Armelle et PRUDHOMME Agnès, 2008, « La sexualité à l'épreuve de l'égalité » dans *Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, p. 545- 575.

BAJOS Nathalie, ROUZAUD-CORNABAS Mylène, PANJO Henri, BOHET Aline, MOREAU Caroline, et L'ÉQUIPE FÉCOND, 2014, « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? », *Population & Sociétés*, vol. 511, n° 5, p. 1- 4.

BAJOS Nathalie, TEIXEIRA Maria, ADJAMAGBO Agnès, FERRAND Michèle, GUILLAUME Agnès et ROSSIER Clémentine, 2013, « Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains », *Population*, vol. 68, n° 1, p. 17- 39.

BARD Christine, 2012, *Les féministes de la deuxième vague*, PUR., Rennes, 262 p.

BARRÈS Patrick, 2012, « Pratiques du site, écologie du lieu », *Marges*, n° 14, p. 94- 107.

BARTHES Séverine, 2012, « Le retour du primetime. Une histoire de la programmation des séries télévisées étrangères à la télévision française », *Communication & langages*, vol. 174, n° 4, p. 123- 145.

BASSON Jean-Charles et HONTA Marina, 2018, « Se bien conduire dans une ville saine. La fabrication politique du gouvernement urbain de la santé de Toulouse », *Terrains & travaux*, vol. 1, n° 32, p. 129- 153.

BAULIEU Étienne-Emile, HÉRITIER Françoise et LERIDON Henri, 1999, *Contraception : contrainte ou liberté ?*, Paris, O. Jacob (coll. « Travaux du Collège de France »).

BEAUD Stéphane, 1996, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'"entretien ethnographique" », *Politix*, vol. 9, n° 35, p. 226- 257.

BEAUD Stéphane et WEBER Florence, 2003, *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*, Nouvelle édition., Paris, Éditions la Découverte (coll. « Grands Repères »), 354 p.

BECKER Howard Saul, 2002, *Les ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte (coll. « Grands Repères »), 352 p.

- BECKER Howard Saul, 1985, *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions Métailié (coll. « [Collection Leçons de choses] »), 247 p.
- BEJIN André, 1990, « Rationalisation et démocratisation sexuelle » dans *Le nouveau tempérament sexuel*, Kimé., Paris, p. 27- 35.
- BELGHERBI Soraya et LA ROCHEBROCHARD Élise (de), 2018, « Can men be trusted in population-based surveys to report couples' medical care for infertility? », *BMC Medical Research Methodology*, vol. 18, n° 111, p. 1- 9.
- BENSA Alban et FASSIN Didier, 2008, *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques*, La Découverte., Paris, 331 p.
- BERENI Laure, CHAUVIN Sébastien, JAUNAIT Alexandre et REVILLARD Anne, 2012, *Introduction aux études sur le genre*, De Boeck., Louvain-la-Neuve, 357 p.
- BERROCAL Raquel Rico, 2020, « Les attentes dans la relation d'enquête. Ce qu'elles nous apprennent sur l'objet d'étude », *Anthropologie et santé*, 2020, n° 21, p. 1- 9.
- BERTAUX Daniel, 1997, *Les récits de vie*, Paris, Nathan, (coll. « Sociologie 128 »), 128 p.
- BESSIN Marc, 2010, « La présence sociale auprès des personnes en difficultés : enjeux temporels et sexués », Conférence, Journée de l'ETSUP *Parcours de vie et intervention sociale : l'impensé du genre*, 9 novembre, Maison des associations de solidarité, Paris.
- BESSIN Marc, 2009, « Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique », *Informations sociales*, vol. 6, n° 156, p. 12- 21.
- BESSIN Marc et DORLIN Elsa, 2006, *Féminismes : théories, mouvements, conflits*, l'Harmattan, Paris, 272 p.
- BESSIN Marc et LEVILAIN Hervé, 2012, *Parents après 40 ans : l'engagement familial à l'épreuve de l'âge*, Paris, Autrement (coll. « Mutations 268 »), 189 p.
- BLAIS MéliSSa et DUPUIS-DÉRI Francis, 2014, « Antiféminisme : pas d'exception française », *Travail, genre et sociétés*, vol. 32, n° 2, p. 151-156.
- BLANCHARD Soline, LE FEUVRE Nicky et METSO Milka, 2009, « Les femmes cadres et dirigeantes d'entreprise en Europe : De la sous-représentation aux politiques de promotion de l'égalité dans la prise de décision économique », *Informations sociales*, n° 151, n° 1, p. 72-81.
- BONI-LE GOFF Isabel, 2013, *Le sexe de l'expert. Régimes de genre et dynamique des inégalités dans l'espace du conseil en management*, Thèse de doctorat en sociologie, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 764 p.
- BORRAZ Olivier, 2008, *Les politiques du risque*, Sciences Po, les presses, Paris, 294 p.
- BOTHFELD Silke, 2009, « L'égalité des sexes dans le champ économique en Allemagne », *Informations sociales*, n° 151, n° 1, p. 92-99.
- BOZON Michel, 2005, *Sociologie de la sexualité*, Paris, Armand Colin (coll. « Sociologie 128 »), 125 p.

- BOZON Michel, 1995, « Observer l'inobservable : la description et l'analyse de l'activité sexuelle » dans *Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales*, ANRS., Paris, (coll. « Sciences sociales et sida »), p. 39- 56.
- BOZON Michel et GIAMI Alain, 1999, « Les scripts sexuels ou la mise en forme du désir. Présentation de l'article de John Gagnon. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 128, n° 3, p. 68- 72.
- BOZON Michel et LERIDON Henri, 1993, « Les constructions sociales de la sexualité », *Population. Sexualité et sciences sociales : les apports d'une enquête*, vol. 48, n° 5, p. 1173- 1550.
- BRETIN Héléne, 1992, *Contraception, quel choix pour quelle vie ? Récits de femmes, paroles de médecins*, Paris, INSERM (coll. « Analyses et prospective »), 229 p.
- BRETIN Héléne et KOTOBI Laurence, 2016, « Inégalités contraceptives au pays de la pilule », *Agone*, vol. 1, n° 58, p. 123- 134.
- CARDE Estelle, 2020, « Quand les inégalités sociales rendent les patients "difficiles" : le vécu de médecins », *Émulations - Revue de sciences sociales*, n° 35- 36, p. 51- 64.
- CARDI Coline, 2015, « Les habits neufs du familialisme. Ordre social, ordre familial et ordre du genre dans les dispositifs de soutien à la parentalité », *Mouvements*, n° 82, n° 2, p. 11- 19.
- CARDOSO Auréline, 2019, *Profession féministe. Sociologie du travail salarié au sein des associations féministes*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Toulouse II Jean Jaurès, Toulouse, 607 p.
- CARDOSO Auréline et THEVENET Charlotte, 2018, « Rhétoriques antiféministes : entre recherche et pratiques », *Glad!*, n° 4, p. 1- 15.
- CARTRON Damien, 2003, « Le sociologue pris en sandwich ! », *Travail et emploi*, n° 94, p. 59- 64.
- CHAPERON Sylvie, 2016, « Introduction du colloque Sexologies européennes », Conférence, Colloque *Sexologies européennes*, 23-24 juin, Université Toulouse II Jean Jaurès, Toulouse.
- CHAPERON Sylvie, 2015, « L'Histoire du féminisme en France », Conférence, UPGT, 2 novembre, Espace des Diversités et de la laïcité, Toulouse.
- CHAPERON Sylvie, 2002, « L'histoire contemporaine des sexualités en France », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. 3, n° 75, p. 47- 59.
- CHAPERON Sylvie, 2001, « Histoire contemporaine des sexualités : ébauche d'un bilan historiographique », *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique*, n° 84, p. 5- 22.
- CLAIR Isabelle, 2016a, « La sexualité dans la relation d'enquête : Décryptage d'un tabou méthodologique », *Revue française de sociologie*, vol. 57, n° 1, p. 45-70.
- CLAIR Isabelle, 2016b, « Faire du terrain en féministe », *Actes de la recherche en sciences*

sociales, vol. 213, n° 3, p. 66- 83.

CLAIR Isabelle, 2012, *Sociologie du genre*, Armand Colin., Paris, (coll. « 128 »), 125 p.

CLAIR Isabelle, 2010, « 3. France. Des filles en liberté surveillée, dans les espaces ruraux et périurbains aujourd'hui » dans *Les jeunes et la sexualité*, Paris, Autrement (coll. « Mutations »), p. 321- 329.

CLARO Mona, 2019, « Dénoncer les maltraitances gynécologiques en URSS : critique ordinaire des patientes et critique féministe (1979-1989) », *Diogène*, vol. 3, n° 267- 268, p. 289- 308.

CLARO Mona, 2016a, « Avortement et norme procréative de la dernière génération soviétique en Russie », *Cahiers du Genre*, vol. 1, n° 60, p. 15- 37.

CLARO Mona, 2016b, « Contraception et Avortement » dans Juliette Rennes (Dir.), *Encyclopédie critique du genre*, Paris, France, La Découverte, p. 136- 148.

COLIN-JAEGER Nathanaël, 2018, « Christian Laval, Foucault, Bourdieu et la question néolibérale », *Lectures [En ligne]*, *Les comptes rendus*, p. 1- 4.

CONNELL Raewyn, 2006, « Glass Ceilings or Gendered Institutions? Mapping the Gender Regimes of Public Sector Worksites. Essays on Equity, Gender and Diversity », *Public Administration Review*, vol. 66, n° 6, p. 837- 849.

CONRAD Peter, 1992, « Medicalization and social control », *Annual Review of Sociology*, vol. 18, p. 209- 232.

COQUARD Benoit, 2016, « *Sauver l'honneur* » *Appartenances et respectabilités populaires en milieu rural*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Poitiers, Poitiers, 480 p.

CRENSHAW Kimberlé Williams et BONIS Oristelle, 2005, « Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur », *Cahiers du Genre*, vol. 39, n° 2, p. 51- 82.

CRESSON Geneviève, 2006, « La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle », *Recherches familiales*, vol. 3, n° 1, p. 6- 15.

DARDOT Pierre et LAVAL Christian, 2010, « Néolibéralisme et subjectivation capitaliste », *Cités*, vol. 41, n° 1, p. 35- 50.

DARGÈRE Christophe, 2012, *L'observation incognito en sociologie*, L'Harmattan., Paris, (coll. « Logiques sociales »), 163 p.

DEBEST Charlotte, 2014, *Le choix d'une vie sans enfant*, PUR, Rennes, 215 p.

DELPHY Christine, 2017, *La non-mixité : une nécessité politique*, lmsi.net.

DELPHY Christine, 2004, *Retrouver l'élan du féminisme*, <https://www.monde-diplomatique.fr/2004/05/DELPHY/11173>, 1^{er} mai, consulté le 9 février 2016.

DELPHY Christine, 2001, *L'ennemi principal. Penser le genre*, Syllepse., Paris, vol. 2, 365 p.

- DELPHY Christine, 1998, *L'ennemi principal. Économie politique du patriarcat*, Syllepse., Paris, vol.1, 293 p.
- DÉSALLIERS Julie, 2009, « Les contraceptifs hormonaux en milieu rural burkinabé : relations conjugales négociées ou usage féminin clandestin ? », *Autrepart*, vol. 52, n° 4, p. 31-47.
- DESCARRIES Francine, 2005, « L'antiféminisme "ordinaire" », *Recherches féministes*, vol. 18, n° 2, p. 137-151.
- DESJEUX Cyril, 2009a, *Pratiques, représentations et attentes masculines de contraceptions*, Thèse de doctorat en sociologie, École des Hautes Études des Sciences Sociales, Paris, 528 p.
- DESJEUX Cyril, 2009b, « Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine », *Autrepart*, vol. 52, n° 4, p. 49.
- DESJEUX Cyril, 2008, « La pilule hormonale féminine : de la fécondité "féminine" à la fécondité "conjugale" », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, n° 3, p. 2- 17.
- DESPENTES Virginie, 2020, « Césars : "Désormais on se lève et on se barre" », Rubrique Opinions, *Libération*, 1^{er} mars.
- DESPRÈS Caroline et LOMBRAIL Pierre, 2020, « Pourquoi refuser de délivrer des soins ? Les logiques du refus à l'encontre des bénéficiaires », *Émulations - Revue de sciences sociales*, n° 35- 36, p. 21- 35.
- DEVREUX Anne-Marie et LAMOUREUX Diane, 2012, « Les antiféminismes : une nébuleuse aux manifestations tangibles », *Recherches féministes*, vol. 25, n° 1, p. 3- 14.
- DIVAY Sophie, 2004, « L'avortement : une déviance légale », *Déviance et Société*, vol. 28, n° 2, p. 195.
- DODIER Nicolas, 2003, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (coll. « Cas de figure »), 359 p.
- DORLIN Elsa, 2017, *Se défendre : une philosophie de la violence*, Paris, Zones, 251 p.
- DORLIN Elsa, 2009, *La matrice de la race : généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*, La Découverte., Paris, 306 p.
- DORLIN Elsa, 2008, *Sexe, genre et sexualités*, Presses Universitaires de France, Paris, (coll. « Philosophies »), 153 p.
- DREES, 2016, « Les revenus des médecins libéraux ».
- DUBAR Claude, TRIPIER Pierre et BOUSSARD Valérie, 2015, *Sociologie des professions*, 4^{ème} Ed., Paris, Armand Colin (coll. « U »), 378 p.
- DUJARIER Marie-Anne, 2006, « Chapitre 3. Déni des limites et prescription de toute-puissance » dans *L'idéal au travail*, Presses Universitaires de France, Paris, (coll. « Ethique et philosophie morale »), p. 55- 106.
- DURKHEIM Émile, 2013, *Le suicide : étude de sociologie*, [1^{ère} éd. 1897], Presses

- Universitaires de France, Paris, (coll. « Quadrige »), 463p.
- EHRENREICH Barbara et ENGLISH Deirdre, 2016, *Fragiles ou contagieuses. Le pouvoir médical et le corps des femmes*, Cambourakis., Paris, 147 p.
- EL KOTNI Mounia, 2018, « La place du consentement dans les expériences de violences obstétricales au Mexique », *Autrepart*, vol. 1, n° 85, p. 39- 55.
- FAINZANG Sylvie, 2012, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Presses Universitaires de France, Paris, France, 181 p.
- FAINZANG Sylvie, 2006, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France (coll. « Ethnologies »), 159 p.
- FAINZANG Sylvie, 2003, « Les médicaments dans l'espace privé : Gestion individuelle ou collective », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, p. 139- 154.
- FAINZANG Sylvie et OUVRIER Ashley, 2019, « Face aux risques médicamenteux », *Anthropologie et santé*, n° 19, p. 1- 19.
- FALUDI Susan, 1993, *Backlash. La guerre froide contre les femmes*, Des femmes., Paris, 576 p.
- FASSIN Didier, 1999, « Inégalité, genre et santé, entre l'universel et le culturel » dans *Tant qu'on a la santé. Les déterminants socio-économiques et culturels de la santé dans les relations sociales entre les hommes et les femmes*, IUED, DDC et Commission nationale suisse pour l'UNESCO, Genève, p. 119- 130.
- FAVIER Carine, 2016, « Contraception : entre contrainte et liberté », Conférence, Journée d'échanges régionale *Sexualité, vie affective, santé sexuelle et reproductive*, 15 mars, Hôpital Pierre-Paul Riquet Purpan, Toulouse.
- FILLION Emmanuelle, 2005, « Que font les scandales ? La médecine de l'hémophilie à l'épreuve du sang contaminé », *Politix*, vol. 3, n° 71, p. 191- 214.
- FINE Agnès et al., 2009, « De mère en fille. La transmission de la fécondité », *L'Homme* vol. 3, n° 191, p. 37-76.
- FISHER Kate, GROVE Jen et LANGLANDS Rebecca, 2016, « “Sex and History”: talking sex with objects from the past » dans *Handbook of Sexuality Education*, Palgrave., Londres, Royaume-Uni, p. 29- 51.
- FONQUERNE Leslie, 2020, « À qui faire avaler la pilule ? Pratiques de soin et inégalités en consultations de contraception », *Émulations - Revue de sciences sociales*, n° 35- 36, p. 65- 79.
- FONQUERNE Leslie et ZELLER Justine, 2018, « Mémoires et actualités de la contraception et de l'avortement en France », *Mondes sociaux*, <https://sms.hypotheses.org/11128> , consulté le 3 mai 2018.
- FOUCAULT Michel, 1984, *Histoire de la sexualité III - Le souci de soi*, Paris, Gallimard (coll. « Collection Tel »), 334 p.

- FOUCAULT Michel, 1963, *Naissance de la clinique*, 6e édition., Paris, Presses Universitaires de France (coll. « Quadrige »).
- FOUCAULT Michel, EWALD François, FONTANA Alessandro et SENELLART Michel, 2004, *Naissance de la biopolitique : cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris, EHESS Gallimard Seuil (coll. « Hautes études »), 355 p.
- FOURNIER Tristan, JARTY Julie, LAPEYRE Nathalie et TOURAILLE Priscille, 2015, « L'alimentation, arme du genre », *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, n° 140- 141, p. 19- 49.
- FRAISSE Geneviève, 2021, « Les trois corps », Conférence, Réseau Arpège et le Conseil Départemental de Haute-Garonne, 19 mars, en ligne.
- FRAISSE Geneviève, 2015, « Les excès du genre : concept, image, nudité », Conférence, Réseau Arpège, 4 novembre, Université Toulouse II Jean Jaurès, Toulouse.
- FROIDEVAUX-METTERIE Camille, 2020, « Le féminisme et le corps des femmes », *Pouvoirs*, vol. 2, n° 173, p. 63- 73.
- GALAND Anne Katrine, 2002, « Le genre dans le traitement de la stérilité masculine » dans *Le genre : de la catégorisation du sexe*, L'Harmattan., Paris, p. 345- 363.
- GARCIA Anaïs, 2018, *Ligatures. La reproduction des femmes indigènes au Guatemala, entre contrôles et résistances*, Thèse de doctorat en anthropologie sociale et historique, Université de Toulouse II Jean Jaurès, Toulouse, 535 p.
- GARCIA Anaïs, 2016, « Contrôler et contraindre : la planification médicalisée des femmes indigènes au Guatemala », *Cahiers du Genre*, n° 60, n° 1, p. 39- 60.
- GARCIA Anaïs, 2015, « Post-conflit guatémaltèque et planification familiale médicalisée des femmes indigènes », *Nuevo mundo mundos nuevos*, 1^{er} décembre.
- GARCON, 2020, « Passerelle : usagers - professionnel·le·s de santé », Rencontre nationale *Contraception masculine*, 25-27 septembre, Espace des Diversités et de la laïcité, Toulouse.
- GARDEY Delphine, 2017, « Introduction. Quelle économie de la reproduction humaine pour quelle société ? », *Travail, genre et sociétés*, vol. 38, n° 2, p. 27- 34.
- GARDEY Delphine, 2013, « Comment écrire l'histoire des relations corps, genre, médecine au XXe siècle ? », *Clio*, n° 37, p. 143- 162.
- GARDEY Delphine, 2005, « Procréation, corps, sciences et techniques au XXe siècle » dans *Femmes, genre et sociétés : l'état des savoirs*, Paris, Éd. La Découverte, p. 131- 138.
- GARDEY Delphine, 1999, « Mécaniser l'écriture et photographier la parole. Des utopies au monde du bureau, histoires de genre et de techniques », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 54, n° 3, p. 587- 614.
- GARDEY Delphine et LÖWY Ilana, 2000, *L'invention du naturel : les sciences et la fabrication*

du féminin et du masculin, Paris, Editions des archives contemporaines, 227 p.

GAUDILLÈRE Jean-Paul, 2003, « La fabrique moléculaire du genre : hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule », *Cahiers du genre*, n° 1, p. 57- 80.

GAUTIER Arnaud, KERSAUDY-RAHIB Delphine et LYDIÉ Nathalie, 2013, « Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans. Entre avancées et inégalités », *Agora débats/jeunesses*, vol. 1, n° 663, p. 88- 101.

GAUTIER Arnaud, KERSAUDY-RAHIB Delphine et LYDIÉ Nathalie, 2010, « Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans » dans *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé*, France, INPES, p. 141- 154.

GELLY Maud, 2006, *Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée*, L'Harmattan., Paris, (coll. « Bibliothèque du féminisme »), 250 p.

GELLY Maud et PITTI Laure, 2016, « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins », *Agone*, vol. 58, n° 1, p. 7- 18.

GIAMI Alain, 2016, « De la sexologie à la médecine sexuelle : la médicalisation progressive de la sexualité et de la sexologie », Conférence, Colloque *Sexologies européennes*, 23 juin, Université Toulouse II Jean Jaurès, Toulouse.

GIRAUD Isabelle, 2002, « Pour une grille de lecture féministe des politiques sociales » dans *Le genre : de la catégorisation du sexe*, L'Harmattan., Paris, p. 87- 114.

GOURARIER Mélanie, 2013a, « "Désaffecter" la galanterie masculine. La redistribution des transactions de séduction hétérosexuelles au sein de la "Communauté de la séduction" en France », *Pensée plurielle*, vol. 33- 34, n° 2, p. 205.

GOURARIER Mélanie, 2013b, « La Communauté de la séduction en France. Des apprentissages masculins », *Ethnologie française*, vol. 43, n° 3, p. 425-432.

GRECO Cinzia, 2013, « Chikako Takeshita, The Global Biopolitics of the IUD. How Science Constructs Contraceptive Users and Women's Bodies », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 37, p. 259- 262.

GREFFION Jérôme, 2019, « Les rythmes d'une relation d'influence : médecins libéraux et visiteuses de l'industrie pharmaceutique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2019, Vol. 1, n° 226-227, p. 48- 71.

GREFFION Jérôme, 2011, « Contrôler la promotion des médicaments auprès des médecins : Les pouvoirs publics face à l'industrie pharmaceutique », *Savoir/Agir*, vol. 16, n° 2, p. 43- 50.

GRÉSY Brigitte, PIET Emmanuelle et RESSOT Caroline, 2021, *Avis - Préservatif féminin : vers un remboursement intégral pour une plus grande utilisation*, Paris, Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes.

GRINDLAY Kate, BURNS Bridgit et GROSSMAN Daniel, 2013, « Prescription Requirements and Over-the-Counter Access to Oral Contraceptives: A Global Review », *Contraception*, vol. 1, n° 88, p. 91- 96.

- GRINO Claire, 2014, « La pilule : biologisation de la contraception et régulation sociale », *Genre, sexualité et société*, n° 12, p. 2- 21.
- GUAY Natacha, 2018, « Racisme et ventre des femmes », *Mondes sociaux*, <https://sms.hypotheses.org/11904> , consulté le 4 juillet 2019.
- GUILLAUMIN Colette, 1992, *Sexe, Race et Pratique du pouvoir : l'idée de nature*, Côté-Femmes., Paris, 239 p.
- GUILLAUMIN Colette, 1978, « Pratique du pouvoir et idée de Nature (1) L'appropriation des femmes », *Questions Féministes*, n° 2, p. 5- 30.
- GUYARD Laurence, 2010a, « Chez la gynécologue. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines », *Ethnologie française*, vol. 40, p. 67- 74.
- GUYARD Laurence, 2010b, « Des normes corporelles féminines dans la consultation gynécologique » dans *Le corps à l'épreuve du genre : entre normes et pratiques*, Presses universitaires de Nancy., Nancy, France, (coll. « Epistémologie du corps »), p. 129- 140.
- GUYARD Laurence, 2008, *La médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique*, Thèse de doctorat en sociologie, Paris X Nanterre, Paris, 325 p.
- GUYARD Laurence, 2002, « Consultation gynécologique et gestion de l'intime », *Champ psy*, vol. 3, n° 27, p. 81- 92.
- HANMER Jalna et E. L. REVIEWED WORK(S), 1977, « Violence et contrôle social des femmes », *Questions Féministes*, n° 1, p. 68- 88.
- HARAWAY Donna, 2007, « Manifeste cyborg : science, technologie et féminisme socialiste à la fin du XXème siècle » dans *Manifeste cyborg et autres essais : sciences - fictions - féminismes*, Exils., Paris, p. 29- 92.
- HARDING Sandra, 1992, « Rethinking standpoint epistemology: what is "strong objectivity?" », *The Centennial Review*, vol. 36, n° 3, p. 437- 470.
- HARDING Sandra, 1991, *Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from Women's Lives*, Cornell University Press., Ithaca, NY, 336 p.
- HARDING Sandra, 1986, *The Science Question in Feminism*, Cornell University Press., Ithaca, NY, 296 p.
- HARDT Michael, 2004, *Multitude : guerre et démocratie à l'âge de l'Empire*, traduit de l'anglais (États-Unis) par Nicolas Guilhot, Paris, la Découverte, 407 p.
- HASDEU Iulia et GARDEY Delphine, 2015, « Cet obscur sujet du désir. Médicaliser les troubles de la sexualité féminine en Occident », *Travail, genre et sociétés*, vol. 34, n° 2, p. 73- 92.
- HASSOUN Danielle, 2011, « [Témoignage]. L'interruption volontaire de grossesse en Europe », *Revue française des affaires sociales*, vol. 213, n° 1, p. 213- 221.
- HEINEN Jacqueline et PORTET Stéphane, 2012, « Droits reproductifs en Pologne :

la peur des politiciens face à la morgue de l'Église », *Cahiers du Genre*, HS 3, n° 3, p. 139-160.

HÉRITIER Françoise, 2004, « Préface. Le recours au politique pour un changement des rapports sociaux de sexe ». *Sciences sociales et santé*. Vol. 22, n°3, p. 7-11.

HÉRITIER Françoise, 1996, *Masculin, Féminin. La pensée de la différence*, O. Jacob., Paris, 332 p.

HERMANN-MESFEN Judith, 2013, « Remarques sur le préservatif féminin et la pilule masculine », *Bulletin Amades. Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé*, n° 87.

HERZLICH Claudine, 2005, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, École des Hautes Études en Sciences Sociales., Paris, 208 p.

HIRATA Helena, LABORIE Françoise, LE DOARE Hélène et SENOTIER Danièle, 2004, *Dictionnaire critique du féminisme*, Presses Universitaires de France, Paris, 315 p.

INED, 1956, « La limitation des naissances en France », *Population (French Edition)*, vol. 11, n° 2, p. 209- 234.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, LOS MINISTERIOS DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL, LA COMISIÓN SECTORIAL DE POBLACIÓN, EL PROGRAMA DE POBLACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, et EL FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 2017, *Encuesta Nacional de Comportamientos Reproductivos (ENCoR)*, Uruguay.

IZAMBERT Caroline, 2016, « Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public : vers une nouvelle morale hospitalière ? », 2016, *Agone*, n° 58, p. 89- 104.

JARTY Julie, 2021, « Les "1000 jours" ou l'héritage maternel jusque dans les gènes : généalogie sexuelle d'un programme de biosciences », Journée d'études GESCI-Arpège *La recherche médicale au prisme du genre*, 22 janvier, en distanciel.

JARTY Julie, 2013, « Gestion de l'interface emploi-famille. Pourquoi les pratiques des enseignantes françaises et espagnoles ne se ressemblent-elles pas ? », *Enfances, Familles, Générations*, n° 18, p. 17- 34.

JARTY Julie, à paraître, « L'héritage maternel jusque dans les gènes : généalogie sexuelle d'un programme de biosciences » dans *Le genre des sciences. Approches épistémologiques et enjeux contemporains*, Toulouse.

JARTY Julie, à paraître, « "N'oubliez jamais que toutes les femmes sont des salopes". Nouvelles perspectives du soin à l'épreuve de l'ordre médical. Entretien avec Sidonie Richard, Laurie Savignac (médecins généralistes) et Julie Rigaudière (sage-femme) » dans *Le genre des sciences. Approches épistémologiques et enjeux contemporains*, Toulouse.

JARTY Julie et FOURNIER Tristan, 2019, « "Healthy children, healthy nations." Discipliner les corps reproducteurs pour la santé de qui ? », *Enfances, Familles, Générations*, n° 33, p. 1- 23.

- JAUNAIT Alexandre et CHAUVIN Sébastien, 2012, « Représenter l'intersection : Les théories de l'intersectionnalité à l'épreuve des sciences sociales », *Revue française de science politique*, vol. 62, n° 1, p. 5-20.
- JOUZEL Jean-Noël, 2019, « La normalisation des alertes sanitaires. Le traitement administratif des données sur l'exposition des agriculteurs aux pesticides », Séminaire CERTOP *Les risques sanitaires*, 13 mars, Université Toulouse II Jean Jaurès, Toulouse.
- KALAMPALIKIS Nikos et BUSCHINI Fabrice, 2007, « La contraception masculine médicalisée : enjeux, psychosociaux et craintes imaginaires », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 2, n° 4, p. 89- 104.
- KAUFMANN Jean-Claude et SINGLY François (de), 2011, *L'entretien compréhensif*, 3e éd., Paris, Armand Colin (coll. « 128 »), 128 p.
- KEBABZA Horia, 2006, « "L'universel lave-t-il plus blanc ?" : "Race", racisme et système de privilèges », *Les cahiers du CEDREF*, n° 14, p. 1- 17.
- KELLER Jessalynn, MENDES Kaitlynn et RINGROSE Jessica, 2018, « Speaking 'unspeakable things': documenting digital feminist responses to rape culture », *Journal of Gender Studies*, vol. 27, n° 1, p. 22- 36.
- KELLY Liz, 2013, *Surviving Sexual Violence*, New York, NY, John Wiley & Sons, 288 p.
- KERGOAT Danièle, 2009, « Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux » dans *Sexe, race, classe : pour une épistémologie de la domination*, Paris, Presses Universitaires de France (coll. « Actuel Marx confrontation »), p. 111-125.
- KNIBIEHLER Yvonne, 2016, *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*, Presses de l'EHESP., Rennes, (coll. « Métiers santé social »), 204 p.
- KOBELINSKY Carolina, 2008, « Les situations de retour. Restituer sa recherche à ses enquêtés » dans *Les politiques de l'enquête*, La Découverte., Paris, (coll. « Recherches »), p. 185- 204.
- KÓCZÉ Angéla, 2011, « La stérilisation forcée des femmes roms dans l'Europe d'aujourd'hui », *Cahiers du Genre*, vol. 1, n° 50, p. 133- 152.
- KOECHLIN Aurore, 2021, *Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931-2018)*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris I Panthéon-Sorbonne, Paris, 734 p.
- KOECHLIN Aurore, 2019a, *La révolution féministe*, Amsterdam., Paris, 176 p.
- KOECHLIN Aurore, 2019b, « L'auto-gynécologie : écoféminisme et intersectionnalité », *Travail, genre et sociétés*, vol. 42, n° 2, p. 109- 126.
- KRAUS Cynthia, 2017, « "Garçons sous-virilisés" et "filles élevées en garçons" : Enquête sur la prise en charge des variations du développement du sexe dans des missions chirurgicales en Afrique de l'Ouest », *La nouvelle revue de sciences sociales*, n° 9, p. 107- 142.

LA ROCHEBROCHARD Élise (de) et LERIDON Henri, 2008, « Chapitre 1 • Patient ou acteur d'une reproduction médicalisée ? » dans *De la pilule au bébé éprouvette. Choix individuels ou stratégies médicales*, INED Editions., Paris, (coll. « Cahiers de l'INED »), p. 29- 58.

LA ROCHEBROCHARD Élise (de), MAZUY Magali, BECQUET Valentine et ROZÉE Virginie, 2020, *IVG, grossesse, accouchement : quand la crise sanitaire menace les droits des femmes*, <http://theconversation.com/ivg-grossesse-accouchement-quand-la-crise-sanitaire-menace-les-droits-des-femmes-137625> , consulté le 8 février 2021.

LAPEYRE Nathalie, 2008, « De l'inflexion des normes temporelles à la redéfinition de "l'éthos professionnel" » dans *Concilier vie familiale & vie professionnelle en Europe*, Rennes, Presses de l'EHESP (coll. « Lien social et politiques »), p. 215- 230.

LAPEYRE Nathalie et LE FEUVRE Nicky, 2009, « Avocats et médecins : féminisation et différenciation sexuée des carrières » dans *Sociologie des groupes professionnels*, La Découverte., Paris, (coll. « Recherches »), p. 424- 434.

LAPEYRE Nathalie et LE FEUVRE Nicky, 2005, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 59- 81.

LAPEYRE Nathalie, LE FEUVRE Nicky et RIEU Annie, 2004, « Les problématiques de recherche féministe à l'épreuve du terrain », *Empan*, vol. 53, n° 1, p. 106-114.

LAPEYRE Nathalie et ROBELET Magali, 2010, « Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? » dans *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP., Rennes, p. 365- 378.

LAPEYRE Nathalie et ROBELET Magali, 2007, « Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes », *Sociologies pratiques*, vol. 1, n° 14, p. 19- 30.

LAQUEUR Thomas Walter, 1992, *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, Paris, Gallimard (coll. « Folio essais »), 355 p.

LATOUR Bruno, 2008, « Préface : Beck ou comment refaire son outillage intellectuel » dans *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Flammarion., Paris, (coll. « Champs. Essais »), p. 7- 11.

LAZZARATO Maurizio, 2000, « Du biopouvoir à la biopolitique », *Multitudes*, vol. 1, n° 1, p. 45- 57.

LE FEUVRE Nicky, 2008, « La pluralité des modèles de féminisation des professions supérieures en France et en Grande-Bretagne » dans *Travail et genre : regards croisés France, Europe, Amérique latine*, Paris, Ed. la Découverte (coll. « Recherches »), p. 263- 275.

LE FEUVRE Nicky et LAPEYRE Nathalie, 2005, « Les "scripts sexués" de carrière dans les professions juridiques en France », *Knowledge, Work & Society*, vol. 3, n° 1, p. 102- 125.

- LE GUEN Mireille, AGIUS Roxane, PANJO Henri et MOREAU Caroline, 2020, « La « crise des pilules » en France : les femmes ont-elles davantage consulté un.e gynécologue afin d'accéder plus facilement au DIU ? », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 68, n° 6, p. 347- 355.
- LE GUEN Mireille, ROUX Alexandra, ROUZAUD-CORNABAS Mylène, FONQUERNE Leslie et VENTOLA Cécile, 2017, « Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation », *Population & Sociétés*, n° 549, p. 1- 4.
- LE GUEN Mireille, SCHANTZ Clémence, RÉGNIER-LOILIER Arnaud et LA ROCHEBROCHARD Élise (de), 2021, « Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review », *Social Science & Medicine*, vol. 284, p. 1- 13.
- LE GUEN Mireille, THOMÉ Cécile, MILLEPIED Anne-Charlotte et TILLICH Emma, 2018, « Peut-on être féministes et anti-pilule ? », CIRFF, 29 août, Université Paris Nanterre, Paris.
- LE GUEN Mireille, VENTOLA Cécile, BOHET Aline, MOREAU Caroline et BAJOS Nathalie, 2015, « Men's contraceptive practices in France: evidence of male involvement in family planning », *Contraception*, vol. 92, n° 1, p. 46- 54.
- LE RENARD Amélie, 2010, « Partager des contraintes de genre avec les enquêtées. Quelques réflexions à partir du cas saoudien », *Genèses*, vol. 81, n° 4, p. 128-141.
- LE VAN Charlotte, 2006, « La grossesse à l'adolescence : un acte socialement déviant ? », *Adolescence*, vol. 24, n° 1, p. 225- 234.
- LEMIEUX Cyril, 2012, « Problématiser » dans *L'enquête sociologique*, Presses Universitaires de France, Paris, (coll. « Quadriges Manuels »), p. 27- 51.
- LEMIEUX Cyril, 2007, « À quoi sert l'analyse des controverses ? », vol. 1, n° 25, p. 191- 212.
- LERIDON Henri, 1987, « La seconde révolution contraceptive : la régulation des naissances en France de 1950 à 1985 », *Population (French Edition)*, vol. 42, n° 2, p. 359- 367.
- LERIDON Henri, OUSTRY Pascale, BAJOS Nathalie, et L'ÉQUIPE COCON, 2002, « La médicalisation croissante de la contraception en France », *Population & Sociétés*, n° 381.
- LÓPEZ GÓMEZ Alejandra, LEÓN Ima, et EL EQUIPO DEL PROYECTO CALIDAD SSR, 2019, *Calidad de atención en salud sexual y reproductiva*, Uruguay, Facultad de psicología, Universidad de la República Uruguay.
- LÖWY Ilana, 2006, *L'emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité*, La Dispute., Paris, 276 p.
- LÖWY Ilana, 2005, « Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? Le *Women Health Movement* et les transformations de la médecine aux États-Unis », *Travail, genre et sociétés*, vol. 14, n° 2, p. 89-108.

- MARKS Lara, 2001, *Sexual Chemistry: A History of the Contraceptive Pill*, New Haven, Yale University Press, 417 p.
- MARTIN Fabienne et SOUCAILLE Alexandre, 2016, « Formes de narration et dispositifs d'écriture en anthropologie », Séminaires mensuels du LISST, Université Toulouse II Jean Jaurès, Toulouse.
- MASCLET Camille, 2015, « Le féminisme en héritage ? Enfants de militantes de la deuxième vague », *Politix*, vol. 109, n° 1, p. 45- 68.
- MATHIEU Marie, 2017, « Derrière les préjugés... Représentations des modes de contrôle des naissances et trajectoires contraceptives des femmes ayant avorté plusieurs fois en France et au Québec », Colloque *Genre et contraception : quelles (r)évolutions ?*, 18 décembre, Sciences Po Paris, Paris.
- MATHIEU Marie, 2016, *Derrière l'avortement, les cadres sociaux de l'autonomie des femmes. Refus de maternité, sexualités et vies des femmes sous contrôle. Une comparaison France - Québec*, Thèse de doctorat en sociologie, Université du Québec à Montréal et Université Vincennes - St Denis Paris 8, Paris, site Pouchet, 348 p.
- MATHIEU Marie et RUAULT Lucile, 2017, « Présentation. Une incursion collective sur un terrain éclaté. Pour une approche matérialiste des activités liées à la production des êtres humains », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol. 48, n° 2, p. 1- 27.
- MATHIEU Marie et RUAULT Lucile, 2014, « Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance », *Politix*, vol. 107, n° 3, p. 33- 59.
- MATHIEU Nicole-Claude, 1991a, *L'anatomie politique*, Côté-Femmes Edition., Paris, 291 p.
- MATHIEU Nicole-Claude, 1991b, « Quand céder n'est pas consentir » dans *L'anatomie politique*, Côté-Femmes., Paris, p. 130- 225.
- MAUREL Noémie, JAHRLING Yann et LES ÉTUDIANT·E·S DU MASTER MISS, 2019, « Les enjeux de l'intervention sociale. Accueil, Santé, Logement », Journée d'études du Master MISS, 11 avril, Université Toulouse II Jean Jaurès, Toulouse.
- MCLAREN Angus, MOREL Isabella et ROSENTHAL Jean, 1996, *Histoire de la contraception de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Ed. Noësis, 413 p.
- MEMBRADO Monique, 2006, « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 25, p. 16- 31.
- MENDOZA-CAMINADE Alexandra, 2018, « La nouvelle réglementation Européenne en matière de données : principales évolutions et exigences associées », Journée d'études CERTOP - SANTAL - IFERISS *Le droit des données et ses évolutions : enjeux et obligations pour la recherche*, 23 mars, Faculté de médecine, Toulouse.
- MOHANTY Chandra Talpade, 1986, « Under Western eyes: Feminist scholarship and colonial discourses » In *Feminism without borders: Decolonizing theory, practicing solidarity*,

Durham, Duke University Press, p. 17-42.

MOREAU Caroline, DESFRÈRES Julie et BAJOS Nathalie, 2011, « Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, p. 148- 161.

MOTTIER Véronique, 2018, « Justice reproductive » dans *Dictionnaire des inégalités et de la justice sociale*, Presses Universitaires de France, Paris, (coll. « Quadrige »), p. 899- 905.

MOTTIER Véronique, 2012a, « État et contrôle de la sexualité reproductive : l'exemple des politiques eugénistes dans les démocraties libérales (Suisse, Suède et Royaume-Uni) », *Politique et Sociétés*, vol. 31, n° 2, p. 31 - 50.

MOTTIER Véronique, 2012b, « Gender, Reproductive Politics and the Liberal State: Beyond Foucault » dans *Foucault, the Family and Politics*, Palgrave Macmillan., Londres, Royaume-Uni, p. 142- 157.

MOUGET Anne-Cécile, 2016, « Sexualité récréative des hommes handicapés moteurs », *Dialogue*, vol. 212, n° 2, p. 65- 78.

MOUSSE Marion et ZOLESIO Emmanuelle, 2017, *Sous la blouse*, Casterman., Tournai, (coll. « Sociorama »), 170 p.

MULOT Stéphanie, 2020, « Pourquoi avons-nous peiné à intégrer le risque lié au coronavirus ? », Rubrique Opinions, *Libération*, 18 mars.

MULOT Stéphanie, 2014, « Relations de soin, cultures et inégalités de santé », *Terrains & travaux*, vol. 1, n° 24, p. 39- 61.

MULOT Stéphanie, 2010, « Le sida, le crack et l'hôpital aux Antilles françaises : chronique d'une recherche impliquée et impuissante » dans *VIH/ sida Se confronter aux terrains*, Paris; Sèvres, ANRS ; EDK (coll. « Sciences sociales et sida »), p. 87- 102.

MULOT Stéphanie, 2009, « Comment les représentations des rapports de sexe influencent-elles la prévention du sida ? L'exemple des multipartenariats sexuels antillais », *Revue française de sociologie*, vol. 50, p. 63- 89.

NGUYEN Vinh-Kim, YAPO AKO Cyriaque, NIAMBA Pascal, SYLLA Aliou et TIENDRÉBÉOGO Issoufou, 2007, « Adherence as therapeutic citizenship: impact of the history of access to antiretroviral drugs on adherence to treatment », *AIDS*, Vol. 21, p. S31-S35.

NISSIM Rina, 2015, « Rencontre avec Rina Nissim », Conférence, 6 novembre, La Chapelle, Toulouse.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2003, « Pourquoi le malade anonyme est-il si “mal traité” ? » dans Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan (Dir.), *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala [u.a.] (coll. « Hommes et sociétés »), p. 263- 294.

OUDSHOORN Nelly, 1999, « On masculinities, technologies, and pain: The testing of male contraceptives in the clinic and the media », *Science, technology & human values*,

vol. 24, n° 2, p. 265- 289.

OUDSHOORN Nelly, 1998, « Hormones, technique et corps. L'archéologie des hormones sexuelles (1923-1940) », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, traduit par Ginette Morel, vol. 53, n° 4, p. 775- 793.

OUDSHOORN Nelly, 1993, « United we stand: the pharmaceutical industry, laboratory, and clinic in the development of sex hormones into scientific drugs, 1920-1940 », *Science, Technology & Human Values*, vol. 18, n° 1, p. 5- 24.

OUDSHOORN Nelly, 1990, « Endocrinologists and the Conceptualization of Sex, 1920-1940 », *Journal of the History of Biology*, vol. 23, n° 2, p. 163- 186.

PARIS Myriam, 2020, « La racialisation d'une politique publique : le contrôle de la natalité à La Réunion (années 1960-1970) », *Politix*, vol. 3, n° 131, p. 29- 52.

PAVARD Bibia, 2017, « Contraception et avortement » dans *Dictionnaire des féministes*, Presses Universitaires de France, Paris, p. 347-352.

PAVARD Bibia, 2012a, *Si je veux, quand je veux : contraception et avortement dans la société française, 1956-1979*, Rennes, France, Presses universitaires de Rennes, 358 p.

PAVARD Bibia, 2012b, « Quand la pratique fait mouvement. La méthode Karman dans les mobilisations pour l'avortement libre et gratuit (1972-1975) », *Sociétés contemporaines*, vol. 1, n° 85, p. 43- 63.

PICCAND Laura, 2015, « Mesurer la puberté. La médicalisation de l'adolescence, Suisse 1950-1970 », *Travail, genre et sociétés*, n°34, p. 57- 72.

PICQ Françoise, 1993, *Libération des femmes : les années-mouvement*, Éditions du Seuil, Paris, 365 p.

PILLERON Benjamin, 2020, « Les sciences sociales comme clés d'analyse et d'amélioration des pratiques soignantes », *Anthropologie et santé*, n° 21, p. 1-7.

POURETTE Dolorès, 2006, *Des Guadeloupéens en Ile-de-France. Identité, sexualité, santé*, Karthala., Paris, (coll. « Médecines du Monde »), 310 p.

PRECIADO Beatriz, 2010, « Biopolitique à l'ère du capitalisme pharmacopornographique », *Chimères*, Vol. 3, n° 74, p. 241- 257.

PRECIADO Beatriz, 2008, *Testo Junkie : sexe, drogue et biopolitique*, Grasset., Paris, 389 p.

PRÉVOST Héloïse, 2019, *Pour un empowerment socio-environnemental. Sociologie d'un mouvement féministe alternatif au Brésil*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Toulouse II Jean Jaurès, Toulouse, 594 p.

PROULX Serge, 2015, « La sociologie des usages, et après ? », *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, n° 6, p. 1- 12.

QUEMENER Nelly, 2018, « "Vous voulez réagir ?". L'étude des controverses médiatiques au prisme des intensités affectives », *Questions de communication*, vol. 1, n° 33, p. 23- 41.

- QUÉRÉ Lucile, 2016, « Lutttes féministes autour du consentement : Héritages et impensés des mobilisations contemporaines sur la gynécologie », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 35, n° 1, p. 32- 47.
- RAHIB Delphine, LE GUEN Mireille et LYDIÉ Nathalie, 2017, « Baromètre santé 2016 - Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent », *Santé publique France*, p. 1- 8.
- RAHIB Delphine et LYDIÉ Nathalie, 2017, « La contraception d'urgence : des délais de prise toujours sous-estimés », *Baromètre de santé publique France*, Santé Publique France., Saint-Maurice, p. 1- 5.
- RAHIB Delphine, LYDIÉ Nathalie, et LE GROUPE BAROMÈTRE SANTÉ 2016, 2018, « L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants », n° 590, p. 590- 595.
- RAULT Jean-François et LE BRETON-LEROUVILLOIS Gwénaëlle, 2014, *Atlas de la démographie médicale en France*, Paris, Conseil national de l'Ordre des Médecins.
- RÉGNIER-LOILIER Arnaud, 2009, « L'arrivée d'un enfant modifie-t-elle la répartition des tâches domestiques au sein du couple ? », *Population & Sociétés*, n° 461, p. 1- 4.
- RENNES Juliette, ACHIN Catherine, ANDRO Armelle et BERENI Laure, 2016, *Encyclopédie critique du genre : corps, sexualité, rapports sociaux*, Paris, la Découverte, 740 p.
- RIPA Yannick, 2017, « À l'Assemblée une femme parle pour toutes les femmes » dans *L'Europe des femmes*, Paris, Perrin, p. 135- 137.
- ROBLES Alfonsina Faya, 2009, « "Lier ou ne pas lier" : Choix contraceptif et stérilisation chez des femmes en milieu populaire urbain du Nord-est brésilien », *Autrepart*, vol. 51, n° 3, p. 57-73.
- ROSSIER Clémentine et AL., 2004, « Pilule et préservatif, substitution ou association ? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000 », *Population*, vol. 59, n° 3, p. 449- 478.
- ROUX Alexandra, 2021, « Sociologie de la contraception en France », *médecine/sciences*, vol. 37, n° 6- 7, p. 647- 653.
- ROUX Alexandra, 2020, « *Par amour des femmes* » ? *La pilule contraceptive en France, genèse d'une évidence sociale et médicale (1960-2000)*, Thèse de doctorat en sociologie, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 578 p.
- ROUX Alexandra, 2017, « Caroline Rusterholz, "Deux enfants, c'est déjà pas mal". Famille et fécondité en Suisse (1955-1970) », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, Vol. 2, n° 46, p. 302-302.
- ROUX Alexandra, VENTOLA Cécile et BAJOS Nathalie, 2017, « Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France », *Sciences sociales et santé*, vol. 35, n° 3, p. 41- 70.
- ROUZAUD-CORNABAS Mylène, 2019, « *Alerte à la pilule* ». *Politiques contraceptives et*

régulation du risque au prisme du genre, Thèse de doctorat en Santé publique, option sociologie, Paris Saclay, Paris.

ROUZAUD-CORNABAS Mylène, 2017, « Risques et pilule. Carrière d'un problème public dans le champ de la contraception », Séminaire trimestriel du laboratoire junior Contraception&Genre, *La crise des pilules. Des tenants socio-politiques de la controverse à ses conséquences sur les parcours individuels*, 21 juin, INED, Paris.

ROUZAUD-CORNABAS Mylène et FONQUERNE Leslie, 2017, « Introduction », Séminaire trimestriel du laboratoire junior Contraception&Genre, *La crise des pilules. Des tenants socio-politiques de la controverse à ses conséquences sur les parcours individuels*, 21 juin, INED, Paris.

ROZÉE Virginie et SCHANTZ Clémence, 2020, « Appel à articles pour la revue Santé Publique - Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question de santé publique et politique ».

RUVAULT Lucile, 2016, « La circulation transnationale du self-help féministe : acte 2 des luttes pour l'avortement libre ? », *Critique internationale*, Vol. 1, n° 70, p. 37- 54.

RUVAULT Lucile, 2015, « La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 34, n° 1, p. 35.

RUBIN Gayle, 1998, « L'économie politique du sexe : transactions sur les femmes et systèmes de sexe/genre », *Les cahiers du CEDREF*, n° 7, p. 3- 81.

SANABRIA Emilia, 2016, *Plastic bodies. Sex hormones and menstrual suppression in Brazil*, Duke University Press., Durham and London, 264 p.

SANABRIA Emilia, 2013, « Hormones et reconfiguration des identités sexuelles au Brésil », *CLIO, Femmes, Genre, Histoire*, n° 37, p. 85- 104.

SANABRIA Emilia, 2009, « Le médicament, un objet évanescant : Essai sur la fabrication et la consommation des substances pharmaceutiques », *Techniques & culture*, n° 52-53, p. 168- 189.

SANSEIGNE Francis, 2019, *Inventer une cause, (dé)faire une loi : le cas de la contraception en France. Socio-histoire de la transformation d'une relation de pouvoir (1955-1967)*, Thèse de doctorat en science politique, Institut d'études politiques, Lyon, 913 p.

SARRADON-ECK Aline, 2008, « Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue : dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique », n° 17, p. 1- 27.

SARRADON-ECK Aline, 2002, « Les représentations populaires de la maladie et de ses causes », *La Revue du Praticien. Médecine générale*, n° 16, p. 358- 363.

SCHNAPPER Dominique, 2012, *La compréhension sociologique : Démarche de l'analyse typologique*, Paris, Presses Universitaires de France (coll. « Quadrige »), 176 pages.

SCOTT Joan et VARIKAS Eleni, 1988, « Genre : Une catégorie utile d'analyse historique », *Les cahiers du GRIF*, n° 37- 38, p. 125- 153.

- SESTITO Rosanna, 2020, *L'accès à l'IVG : un service essentiel même en contexte de crise sanitaire*, <https://contraceptiongenre.wordpress.com/laces-a-livg-un-service-essentiel-meme-en-contexte-de-crise-sanitaire/> , consulté le 8 février 2021.
- SHARP Gemma, SCHELLHAS Laura, RICHARDSON Sarah et LAWLOR Deborah, 2020, « Time to cut the cord: recognizing and addressing the imbalance of DOHaD research towards the study of maternal pregnancy exposures », *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, vol. 10, n° 5, p. 509- 512.
- SOULÉ Bastien, 2007, « Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales », *Recherches qualitatives*, vol. 27, n° 1, p. 127- 140.
- SOURD Cécile, 2005, « Femmes ou politiques ? La représentation des candidates aux élections françaises de 2002 dans la presse hebdomadaire », *Mots*, n° 78, p. 65- 78.
- TAKESHITA Chikako, 2015, « Biopolitique du stérilet. Stratégies au sud », *Travail, genre et sociétés*, n°34, p. 109- 127.
- TANGUY LE GAC Yann et CASSÉ Laurence, 2019, « La stérilisation féminine : sortir des discours subjectifs et infantilisants », Journée d'études REIVOC, 11 octobre, École des sages-femmes, Toulouse.
- THÉRY Irène, 2010, « Le genre : identité des personnes ou modalité des relations sociales ? », *Revue française de pédagogie*, n° 171, p. 103-117.
- THOMÉ Cécile, 2019, *La sexualité aux temps de la contraception. Genre, désir et plaisir dans les rapports hétérosexuels (France, années 1960 - années 2010)*, Thèse de doctorat en sociologie, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 600 p.
- THOMÉ Cécile, 2016, « D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes : Entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin », *Sociétés contemporaines*, vol. 104, n° 4, p. 67-94.
- THOMÉ Cécile et ROUZAUD-CORNABAS Mylène, 2017, « Comment ne pas faire d'enfants ? La contraception, un travail féminin invisibilisé », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, n° 2, p. 45- 64.
- TILLICH Emma, 2019, « “Libérées, délivrées !” : stérilisées et sans enfant », *Ethnologie française*, vol. 176, n° 4, p. 787- 801.
- TISSOT Florence, TISSOT Sylvie et DELPHY Christine, 2015, *Je ne suis pas féministe, mais... L'abécédaire de Christine Delphy*, France, lmsi.net.
- TRACHMAN Mathieu et BERENI Laure, 2014, *Le genre, théories et controverses*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « La vie des idées »), 100 p.
- TROITSKAIA Irina, AVDEEV Alexandre, BADURASHVILI Irina, KAPANADZE Ekaterine et TRETJAKŪVA Vaida, 2009, « Étude comparative des pratiques contraceptives : France, Géorgie, Lituanie et Russie », *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, vol. 40, n° 3- 4, p. 241- 272.

- TRONTO Joan C., 2012, *Le risque ou le care ?*, Paris, Presses Universitaires de France (coll. « Care studies »), 50 p.
- VAUDOIS Julie, 2015, « Le Planning Familial », Séminaire du Master GEPS, 25 novembre, Université Toulouse II Jean Jaurès, Toulouse.
- VENTOLA Cécile, 2017, *Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines*, Thèse de doctorat en sociologie, Paris Saclay, Paris, 604 p.
- VENTOLA Cécile, 2016, « Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre », *Cahiers du Genre*, vol. 60, n° 1, p. 101-122.
- VENTOLA Cécile, 2014, « Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées », *Genre, sexualité et société*, n° 12, p. 2- 16.
- VERDIER Yvonne, 1997, *Façons de dire, façons de faire : la laveuse, la couturière, la cuisinière*, Gallimard., Paris, (coll. « Bibliothèque des sciences humaines »), 347 p.
- VERGÈS Françoise, 2017, *Le ventre des femmes : capitalisme, racialisation, féminisme*, Paris, Albin Michel (coll. « Bibliothèque Albin Michel Idées »), 229 p.
- VILAIN Jean-Paul et LEMIEUX Cyril, 1998, « La mobilisation des victimes d'accidents collectifs. Vers la notion de "groupe circonstanciel" », *Politix*, vol. 11, n° 44, p. 135- 160.
- VILLANI Michela et ANDRO Armelle, 2010, « Réparation du clitoris et reconstruction de la sexualité chez les femmes excisées : la place du plaisir », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 29, n° 3, p. 23- 43.
- VUILLE Marilène, 2021, « Gynécologie » dans *Encyclopédie critique du genre*, La Découverte., Paris, (coll. « Hors collection Sciences Humaines »), p. 329- 339.
- WALE Jeffrey et ROWLANDS Sam, 2020, « The ethics of state-sponsored and clinical promotion of long-acting reversible contraception. », *BMJ Sexual & Reproductive Health*, Vol. 47, n° 3.
- WATKINS Elizabeth Siegel, 2016, « Reconceiving the pill: from revolutionary therapeutic to lifestyle drug » dans *Therapeutic Revolutions: Pharmaceuticals and Social Change in the Twentieth Century*, Chicago, University of Chicago Press, p. 43- 64.
- WATKINS Elizabeth Siegel, 1998, *On the pill. A social history of oral contraceptives, 1950-1970*, The Johns Hopkins University Press., Baltimore and London, 137 p.
- WEBER Laura, 2013, *Les femmes et l'oubli de pilules*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de sages-femmes, Université Paul Sabatier, Faculté de Médecine Toulouse-Rangueil, Toulouse, 60 p.
- WINCKLER Martin, 2017a, « La posture soignante : science, conscience, bienveillance », Conférence, Master Éthique du soin et Recherche, 20 octobre, Université Toulouse II Jean Jaurès, Toulouse.

ZELLER Justine, 2020, *Le développement du MLF et d'un espace de la cause des femmes en Midi-Pyrénées : spécificités régionales et échanges nationaux ou internationaux*, Thèse de doctorat en histoire contemporaine, Université Toulouse II Jean Jaurès, Toulouse, 568 p.

ZOLESIO Emmanuelle, 2012a, *Chirurgiens au féminin ? Des femmes dans un métier d'hommes*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (coll. « Le Sens Social »), 293 p.

ZOLESIO Emmanuelle, 2012b, « La relation chirurgien-patient. "J'ai pas fait paroleuse" », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 30, n° 4, p. 75- 98.

ZOLESIO Emmanuelle, 2009, « "Chirurgiennes de garde" et humour "chirurgical". Posture féminine de surenchère dans l'humour sexuel et scatologique », *¿ Interrogations ?*, 2009, n° 8, p. 159- 177.

SITOGRAPHIE

ABES Agence bibliographique de l'enseignement supérieur, *Thèses.fr*, <http://www.theses.fr/>, consulté le 13 avril 2016.

ANCIC, 2013, *Compte rendu de la 20ème journée*, http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/livret_ancic_2013_3_.pdf , 15 et 16 novembre, consulté le 13 octobre 2018.

ACT UP SUD-OUEST, 2015, *Accès à l'IVG en danger ! Non à la casse de l'Hôpital public !*, <https://fr-fr.facebook.com/ActUpSudOuest/posts/1707421519477282/> , 16 décembre, consulté le 15 avril 2021.

ANSM, 2014, *Évolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) et autres contraceptifs de janvier 2013 à avril 2014*, http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/contraceptifs-oraux_evolution-consommation-1janvier2013-avril2014_1_.pdf , consulté le 23 août 2017.

ANSM, 2012, *Contraceptifs oraux combinés et risque de thrombose veineuse : prescription des pilules de 2e génération contenant du lévonorgestrel en première intention*, <http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/ansm3emegeneration-2.pdf> , consulté le 23 août 2017.

ARDECOM, <http://www.contraceptionmasculine.fr/>, consulté le 16 mars 2016.

BOULOCHO, *Contact - Boulocho*, http://boulocho.free.fr/?page_id=16, consulté le 11 décembre 2019.

CENTRE NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, 2014, *La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale Etude sur la répartition des médecins généralistes et évolution de la spécialité*, <https://www.conseil->

national.medecin.fr/sites/default/files/cnomrepartitionmg.pdf , consulté le 30 janvier 2018.

CHOISIRSACONTRACEPTION.FR, *Tableau comparatif des moyens de contraception*, https://www.choisirsacontraception.fr/contraception_tableau_comparatif.htm, consulté le 28 novembre 2019.

CHOISIRSACONTRACEPTION.FR, *La pilule*, <http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/la-pilule/>, consulté le 13 avril 2016.

COLLECTIF LIBÉREZ MA PILULE, 2017, *Lettre ouverte aux laboratoires pharmaceutiques - Libérez Ma Pilule*, <http://liberezmapilule.com/index.php/2017/04/15/lettre-ouverte/> , consulté le 13 février 2020.

COLLECTIF THOMAS BOULOÛ, 2018, *Les contraceptions testiculaires*, https://infokiosques.net/IMG/pdf/Les_contraceptions_testiculaires-24p-cahier.pdf , consulté le 16 septembre 2020.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL HAUTE-GARONNE, 2016, *Planification et Éducation Familiale*, <https://www.haute-garonne.fr/nos-services/nos-missions/famille-et-petite-enfance/planification-et-education-familiale> , 28 juillet, consulté le 21 septembre 2017.

Contraception&Genre Laboratoire junior, <https://contraceptiongenre.wordpress.com> , 2017, consulté le 22 août 2019.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE, SERVICE DES DROITS DES FEMMES ET DE L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES, 2017, *Veille d'actualité*, <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/publications/droits-des-femmes/synthese-dactualite-sur-les-droits-des-femmes-et-legalite/veille-de-lactualite-du-11-septembre-2017/> , 11 septembre, consulté le 12 septembre 2017.

EVEN Michèle, MENOU Nasser, et DRASS DDASS, 2008, *Les interruptions volontaires de grossesse en Midi-Pyrénées en 2007*, <http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/flash42.pdf> , consulté le 23 août 2017.

FINVACATIONS, 2020, *Les vacances à la fac, c'est fini !*, <https://finvacations.tumblr.com/> , consulté le 20 mars 2021.

GARCON, 2019, *GARCON*, <https://garcon.link> , consulté le 16 juin 2020.

GYN&CO, 2013, *Gyn&co*, <https://gynandco.wordpress.com/> , consulté le 18 septembre 2017.

HAS, 2020, *Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse à la 8ème et à la 9ème semaine d'aménorrhée (SA) hors milieu hospitalier*, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/reponse_rapide_ivg_09_04_2020_coiv8.pdf , consulté le 6 mai 2021.

HAS, 2017, *Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou*

burnout, https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout , consulté le 6 août 2020.

HAS, 2015a, *Haute Autorité de Santé - Missions de la HAS*, https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1002212/en/missions-de-la-has , consulté le 18 octobre 2017.

HAS, 2015b, *Contraception chez l'adolescente*, http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/1emaj_contraception-ado-060215.pdf , consulté le 23 août 2017.

HAS, 2013a, *Évaluation des pratiques professionnelles en matière de prescription de contraceptifs oestroprogestatifs de 3ème et 4ème générations depuis 2012.*, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-09/13e_version_contraception_cardiop1-220713.pdf , consulté le 8 juin 2017.

HAS, 2013b, *Contraception hormonale orale : dispensation en officine*, http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/contraception_hormonale_v3.pdf , consulté le 23 août 2017.

HAS, COMMISSION DE LA TRANSPARENCE, 2012, *Contraceptifs oraux de troisième génération. Réévaluation*, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/annexe_reevaluation_c3g.pdf , 2012, consulté le 22 février 2017.

HCE, 2017, *Repères statistiques - Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes*, <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-de-genre/reperes-statistiques-79/> , consulté le 18 septembre 2017.

INED, 2014, *La contraception dans le monde*, <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/la-contraception-dans-le-monde/> , consulté le 14 mars 2016.

INSEE, 2008b, *Quelques dates dans l'histoire des femmes*, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372339?sommaire=1372340> , consulté le 14 février 2014.

INSEE, 2008a, *Santé et vie quotidienne*, http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/dossiers/dossier28/dossier28_ch6.pdf , consulté le 17 février 2014.

INSERM, 2017, *Une piste vers une pilule masculine efficace*, <https://www.inserm.fr/actualites-et-evenements/actualites/piste-vers-pilule-masculine-efficace> , consulté le 20 décembre 2019.

JE N'AI PAS CONSENTI, 2015, *Je n'ai pas consenti*, <http://jenaipasconsenti.tumblr.com/?og=1> , consulté le 30 juin 2016.

LAHAYE Marie-Hélène, 2016, *L'examen gynécologique des jeunes femmes : un droit de cuissage moderne*, <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2016/10/06/lexamen->

gynecologique-des-jeunes-femmes-un-droit-de-cuissage-moderne/ , consulté le 7 octobre 2016.

LAHAYE Marie-Hélène, 2013, *Marie accouche là*, <https://marieaccouchela.net> , consulté le 11 octobre 2017.

LÉGIFRANCE, 2016, « Décret n° 2016-683 du 26 mai 2016 relatif à la délivrance de la contraception d'urgence par les infirmiers scolaires », <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032591404/> , consulté le 7 février 2019.

MIKADO, 2015, *Qui sommes-nous*, <https://www.mikado-asso.org/about> , consulté le 8 décembre 2020.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE, 2016, « Arrêté du 25 mai 2016 fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat », https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/9kbg-SqHt3I-4oCx5iXhQMtLwN0K96F5mQLIWt1yovI=/JOE_TEXTE , consulté le 4 août 2020.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, 2016, « Femmes et santé, feuille de route 2016 », https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/femmes_et_sante.pdf , consulté le 4 août 2020.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE, 2005, *Contraception. Pour une prescription adaptée*, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_contraception.pdf , consulté le 4 août 2020.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2015, *Missions du ministère des Solidarités et de la Santé*, <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/missions-du-ministere/article/missions-du-ministere-des-solidarite-et-de-la-sante> , 14 octobre, consulté le 21 septembre 2017.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, 2011, « Décret n° 2011-344 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions de service public et aux activités de soins de certains établissements de santé privés », https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=Adud_TLOWyLXXuF1BPcBRfjG0ZdOtzgp_gIMW9NOj2M= , consulté le 4 août 2020.

OMS, 2020, *Flambée de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)*, <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> , consulté le 24 mars 2020.

OMS, 2019, *Contraceptifs appropriés pour les femmes à risque élevé d'infection par le VIH* , <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330289/9789242550573-fre.pdf?ua=1> , consulté le 16 février 2020.

OMS, 2018, *Planification familiale/Contraception*, <https://www.who.int/fr/news->

room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception , consulté le 13 novembre 2019.

OMS, ONU, 2013, *OMS : L'Organisation Mondiale de la Sante*, <http://www.un.org/youthenvoy/fr/2013/09/oms-lorganisation-mondiale-sante/> , 3 septembre, consulté le 21 septembre 2017.

ORDRE DES SAGES-FEMMES - CONSEIL NATIONAL, 2015, *Le droit de prescription*, <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/droit-prescription/>, consulté le 29 juillet 2020.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS - CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE, 2019, *Code de déontologie médicale*, Paris, <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> , consulté le 29 janvier 2020.

PAITRAUD David, 2017, *Stérilisation à visée contraceptive : arrêt de la commercialisation de l'implant ESSURE*, <https://www.vidal.fr/actualites/22096-sterilisation-a-visee-contraceptive-arret-de-la-commercialisation-de-l-implant-essure.html> , consulté le 7 décembre 2020.

PAYE TA BLOUSE, 2016, *Paye ta blouse - Témoignages de sexisme en milieu hospitalier*, <https://payetablouse.fr/> , consulté le 2 juillet 2020.

PAYETONGYNECO, 2017, *Paye ton gyneco*, <https://payetongyneco.tumblr.com/post/177757520132/je-naurais-pas-du-vous-mettre-dans-cette> , consulté le 18 février 2019.

PLANNING-FAMILIAL.ORG, *La contraception hormonale | Internet - Planning Familial*, <http://www.planning-familial.org/articles/la-contraception-hormonale-00357?prehome=off>, consulté le 13 avril 2016.

REIVOC, 2018, *Qui sommes nous ?*, <https://reivoc.fr/a-propos/> , consulté le 7 août 2020.

SERVICE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES DE L'ANAES, AFSSAPS, et INPES, 2004, *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations*, http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/contraception_recommandations_has.pdf , consulté le 2 mars 2017.

UNITED NATIONS, 2017, *World contraceptive use 2017 - Family Planning - United Nations Population Division | Department of Economic and Social Affairs*, <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2017.shtml> , consulté le 18 octobre 2017.

UNITED NATIONS, 2013, *World Contraceptive Patterns - United Nations Population Division | Department of Economic and Social Affairs*, <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/family/contraceptive-wallchart-2013.shtml> , consulté le 14 mars 2016.

WINCKLER Martin, 2017b, *L'école des soignant.e.s : Le président du Collège des gynécologues-obstétriciens (CNGOF), modèle (!??) contemporain de paternalisme médical à la française*,

<https://coledessoignants.blogspot.com/2017/06/un-modele-contemporain-de-paternalisme.html> , 14 juin, consulté le 21 février 2019.

WINCKLER Martin, 2015, *Tout ce que les femmes doivent savoir pour se faire poser un DIU ("stérilet")*, <http://www.martinwinckler.com/spip.php?article393> , consulté le 9 janvier 2018.

WINCKLER Martin, 2014, *L'hymen, mythes et réalités - rappels anatomiques et réflexions éthiques*, <http://martinwinckler.com/spip.php?article1140> , consulté le 2 avril 2019.

SOURCES

Essais

DEBUSQUAT Sabrina, 2017, *J'arrête la pilule*, Les liens qui libèrent., Paris, 304 p.

LAHAYE Marie-Hélène, 2018, *Accouchement : les femmes méritent mieux*, Michalon., Paris, 289 p.

WINCKLER Martin, 2016, *Les brutes en blanc*, Flammarion., Paris, (coll. « Points »), 376 p.

Filmographie

CASTELLA Charles et ANSPACH Ted, 2013, *L'autre pilule, un combat pour les femmes*, France, Arte France.

FAURE Nina, 2018, *Paye (pas) ton gynéco*, France.

ICARD Romain, 2015, *Médicaments sous influence*, France.

LIGNIÈRES Philippe et MORSLY Hélène, 2011, *Vade retro spermato*, Toulouse, Les Films du Sud [éd.] Rambalh Films [distrib.].

PITISCI Juliette, 2015, *Quand la pilule perd de son cachet*, France.

Références journalistiques

7SUR7.BE, 2015, *Procès symbolique contre des pilules contraceptives en Allemagne*, <https://www.7sur7.be/monde/proces-symbolique-contre-des-pilules-contraceptives-en-allemande~ab2592cb/?referrer=https://www.google.com/>, consulté le 13 juin 2017.

AEBERHARDT Chloé, 2013, « Marion Larat, comprimée », *Libération*, Rubrique Portrait, https://www.liberation.fr/societe/2013/01/29/marion-larat-comprimee_877714/, 29 janvier, consulté le 14 novembre 2015.

BABEAU Olivier, 2017, *Les données ne sont pas le pétrole du XXIe siècle*, <https://www.lesechos.fr/2017/12/les-donnees-ne-sont-pas-le-petrole-du-xxie-siecle-189755>, 27 décembre, consulté le 20 février 2020.

BFMTV, 2017, *Exit la pilule, certaines Françaises choisissent d'autres contraceptifs*, 9 février.

BOURGNEUF Cécile, 2015, « Fresque polémique du CHU de Clermont-Ferrand : les internes se défendent », Rubrique Culture, *Libération*, https://www.liberation.fr/societe/2015/01/19/la-fresque-du-chu-de-clermont-ferrand-fait-un-tolle_1183939/ , 19 janvier, consulté le 16 avril 2020.

CABUT Sandrine, KRÉMER Pascale et SANTI Pascale, 2012, « Alerte sur la pilule de 3e et 4e génération », *Le Monde.fr*, https://www.lemonde.fr/sante/article/2012/12/14/alerte-sur-la-pilule-de-3e-et-4e-generation_1806485_1651302.html , 14 décembre, consulté le 3 décembre 2016.

CAMIER Gérard, 2016, *Toulouse. Nabil Yajjou, médecin militant à la Case de santé*, <https://www.ladepeche.fr/article/2016/09/18/2421158-nabil-yajjou-medecin-militant-a-la-case-de-sante.html> , consulté le 10 août 2020.

CH.D., 2020, *Toulouse. « Les couples demandent de plus en plus à partager la contraception » selon le Dr. Roger Mieusset*, <https://www.ladepeche.fr/2020/09/24/les-couples-demandent-de-plus-en-plus-a-partager-la-contraception-9092827.php> , 28 septembre 2020, consulté le 28 septembre 2020.

CHEVREUIL Mélissa, 2017, *Vers la mort de la pilule contraceptive ?*, <http://www.lesinrocks.com/2017/09/26/actualite/vers-la-mort-de-la-pilule-contraceptive-11989984/> , 26 septembre, consulté le 2 octobre 2017.

CYDZ, 2016, *Combien coûte la formation des médecins en France ?*, <https://blogs.mediapart.fr/cydz/blog/101216/combien-coute-la-formation-des-medecins-en-france> , consulté le 30 juillet 2020.

DÉCHALOTTE Mélanie, TESTE François, et FRANCE CULTURE, 2015, *France culture*, <http://www.franceculture.fr/emission-sur-les-docks-collection-temoignages-maltraitance-gynecologique-2015-09-28> , 28 septembre, consulté le 19 octobre 2015.

FAVEREAU Eric, 2017, *Contraception : la pilule, oui, mais de moins en moins*, http://www.liberation.fr/france/2017/09/25/contraception-la-pilule-oui-mais-de-moins-en-moins_1598677 , 25 septembre, consulté le 26 septembre 2017.

FLEITOUR Gaëlle, 2013, « Ces six laboratoires qui vont profiter de l'affaire des pilules », *L'usine nouvelle*, <https://www.usinenouvelle.com/article/ces-six-laboratoires-qui-vont-profiter-de-l-affaire-des-pilules.N189969> , 21 janvier, consulté le 12 mars 2018.

FRANCE CULTURE, 2020, « Le Covid ou la Covid ? La langue française dans tous ses états », <https://www.franceculture.fr/emissions/soft-power/soft-power-le-magazine-des-internets-emission-du-dimanche-01-novembre-2020> , 1^{er} novembre,

consulté le 4 mai 2021.

FRANCE CULTURE, 2017a, *Pourquoi j'ai décidé d'arrêter la pilule*, <https://www.franceculture.fr/emissions/hashtag/pourquoi-jai-decide-darreter-la-pilule> , 29 septembre, consulté le 2 octobre 2017.

FRANCE CULTURE, 2017b, *Contraception : 50 ans de méfiance envers la pilule*, <https://www.franceculture.fr/societe/contraception-50-ans-de-mefiance-envers-la-pilule> , 26 septembre, consulté le 27 septembre 2017.

FRANCE CULTURE, 2013a, *Polémique sur les pilules de 3ème et 4ème génération : opacité médicale ou emballage médiatique ?*, <https://www.franceculture.fr/emissions/le-secret-des-sources/polemique-sur-les-pilules-de-3eme-et-4eme-generation-opacite> , 5 janvier, consulté le 13 juin 2017.

FRANCE CULTURE, 2013b, *Faut-il arrêter de prendre la pilule ?*, <https://www.franceculture.fr/emissions/du-grain-moude/faut-il-arreter-de-prendre-la-pilule> , consulté le 27 avril 2017.

FRANCE INFO, 2017, *Pilules contraceptives controversées : l'enquête classée sans suite*, http://www.francetvinfo.fr/sante/contraception/la-pilule-et-ses-risques/pilules-contraceptives-controversees-l-enquete-classee-sans-suite_2379219.html , 19 septembre, consulté le 19 septembre 2017.

FRANCE INTER, 2017, *Contraception : le déclin de la pilule ?*, <https://www.franceinter.fr/emissions/le-telephone-sonne/le-telephone-sonne-14-fevrier-2017> , 14 février, consulté le 15 février 2017.

FRANCE INTER, 2016, *Avez-vous peur de votre médecin ?*, <https://www.franceinter.fr/emissions/grand-bien-vous-fasse/grand-bien-vous-fasse-10-octobre-2016> , 10 octobre, consulté le 28 juillet 2020.

FRANCE INTER, 2014, *Où en est-on de la contraception masculine ?*, <https://www.franceinter.fr/emissions/municipales-chateaudun-miroir-de-la-campagne/municipales-chateaudun-miroir-de-la-campagne-05-janvier-2014> , 5 janvier, consulté le 2 février 2017.

FRANCE INTER, 2013, « *Neuwirth, parlez-moi de votre affaire* », *le combat pour la pilule*, <https://www.franceinter.fr/societe/neuwirth-parlez-moi-de-votre-affaire-le-combat-pour-la-pilule> , 26 novembre, consulté le 15 juillet 2019.

GRALLET Guillaume, 2012, *Les « data », pétrole du XXIe siècle*, https://www.lepoint.fr/technologie/les-data-petrole-du-xxie-siecle-14-03-2012-1441346_58.php , 14 mars, consulté le 20 février 2020.

JOAN, 2021, *En finir avec la camisole chimique ?*, <https://comedesfous.com/en-finir-avec-la-camisole-chimique/> , 3 février, consulté le 23 avril 2021.

JOLLY Patricia, 2019, « Douleurs articulaires, troubles de l'humeur... l'implant contraceptif Essure a fait de la vie de Françoise Vanmuysen "un enfer" », *Le Monde.fr*, https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/07/23/douleurs-articulaires-troubles-de-l-humeur-l-implant-contraceptif-essure-a-fait-de-ma-vie-un-enfer_5492588_3224.html , 23 juillet, consulté le 27 janvier 2020.

KRÉMER Pascale, 2012, « Pilule : Marion Larat, l'injustice transformée en combat », *Le Monde.fr*, https://www.lemonde.fr/sante/article/2012/12/14/marion-larat-l-injustice-transformee-en-combat_1806475_1651302.html , 14 décembre, consulté le 22 octobre 2016.

LE MONDE ET L'AFP, 2015, « La Chine annonce la fin de la politique de l'enfant unique », *Le Monde.fr*, https://www.lemonde.fr/asiapacifique/article/2015/10/29/la-chine-annonce-la-fin-de-la-politique-de-l-enfant-unique_4799364_3216.html , 29 octobre, consulté le 6 juin 2017.

LE MONDE ET L'AFP, 2013, « Avancée dans la mise au point d'une pilule contraceptive masculine », *Le Monde.fr*, https://www.lemonde.fr/sante/article/2013/12/03/avancee-dans-la-mise-au-point-d-une-pilule-contraceptive-masculine_3524300_1651302.html , 3 décembre, consulté le 12 novembre 2016.

LE MONDE et VENTOLA Cécile, 2017, « Posez vos questions sur l'évolution de la contraception en France », https://www.lemonde.fr/societe/live/2017/09/26/posez-vos-questions-sur-l-evolution-de-la-contraception-en-france_5191589_3224.html , 26 septembre, consulté le 28 septembre 2017.

LEPORTOIS Daphnée, 2017, *Les effets indésirables du stérilet Mirena ne sont pas "secondaires"*, <http://www.slate.fr/story/146796/effets-secondaires-sterilet-diu-hormonal-mirena> , 13 juin, consulté le 14 juin 2017.

LEXPRESS, AFP, 2015, *Pilule défectueuse : plus de 100 Américaines tombées enceintes portent plainte*, http://www.lexpress.fr/actualite/monde/plainte-plus-de-100-americaines-enceintes-pour-une-pilule-defectueuse_1735306.html , 12 novembre, consulté le 29 février 2016.

LORRIAUX Aude, 2018, *On apprend encore aux futurs gynécos à toucher les patientes endormies sans leur consentement*, <http://www.slate.fr/story/170400/gynecologues-probleme-consentement-apprentissage-externes-medecine-touchers-vaginaux-rectaux> , 27

novembre, consulté le 19 mai 2020.

LORRIAUX Aude, 2015a, *Touchers vaginaux sur patientes endormies : un tabou à l'hôpital ?*, <https://www.lci.fr/societe/touchers-vaginaux-sur-patientes-endormies-un-tabou-a-lhopital-1518908.html> , 2 février, consulté le 19 mai 2020.

LORRIAUX Aude, 2015b, « Médecine. Des internes à touche-touche avec l'éthique », Rubrique Société, *Libération*, https://www.liberation.fr/societe/2015/06/05/medecine-des-internes-a-touche-touche-avec-l-ethique_1323921/ , 5 juin, consulté le 19 mai 2020.

NEZIC Mersiha, 2019, *Études de santé: le coût de la rentrée augmente*, <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/etudes-de-sante-le-cout-de-la-rentree-augmente.html> , 28 août, consulté le 30 juillet 2020.

SUD RADIO, 2016, *Service Compris. Conso : pilule et dépression*, <http://new.sudradio.fr/service-compris-766> , 21 novembre, consulté le 26 septembre 2017.

VANDEKERKHOVE Charlie, 2015, « Maltraitance gynécologique : quand les femmes racontent leur souffrance », *RTL*, 14 octobre.

VERSIEUX Nathalie, 2015, *La pilule Yasminelle assignée en justice en Allemagne*, https://www.liberation.fr/futurs/2015/12/17/la-pilule-yasminelle-assignee-en-justice-en-allemande_1421464 , 17 décembre, consulté le 28 octobre 2019.

ANNEXES

A. OUTILS MÉTHODOLOGIQUES

A.1 Tableaux récapitulatifs des profils des enquêté·e·s

Les parcours contraceptifs présentés dans les tableaux ci-après rendent davantage compte des méthodes utilisées que de l'ordre de leur utilisation.

Légende

Autre	Dénomination lorsque la jeune femme ne se souvient plus du nom d'une pilule
CO	Contraception orale
CU	Contraception d'urgence
(G)	Génération d'une pilule
MN	Méthodes dites naturelles
NR	Non renseigné
Pf	Préservatif externe
/	Indique une combinaison de plusieurs méthodes contraceptives

A.1.1 Tableau récapitulatif des profils et des parcours contraceptifs des jeunes femmes usagères

Tableau 19 - Profils et parcours contraceptifs des jeunes femmes usagères

Pseudo	Informations sociodémographiques					Parcours contraceptifs										Situation conjugale	
	Âge	Niveau et nature d'études	Activité	Lieu de résidence	Profession des parents	Nb, noms (G) de la CO utilisée	Âge, contexte 1 ^{er} CO et type d'usage	Principales personnes initiatrices	Durée cumulée prises CO	Fréquence oublis CO	Méthodes utilisées	Recours CU (raisons)	Recours IVG	Test VIH effectué	Recours test de grossesse (raisons)	Dernier statut conjugal	Ancienneté du couple
Ambre	25	Bac +5 Master anthropologie	Étudiante et baby-sitter	Toulouse	Mère : anthropologue Père : homme politique	1 LovavuloGé (2G)	20 ans Avec son 2 ^{ème} partenaire Usage contraceptif	Son partenaire et sa mère	4 ans	Parfois	Pf - MN - CO/retrait	Oui 3-4 fois (Oubli de CO, craquage Pf, suite à usage MN)	Non	Non	Oui 2-3 fois (Craquage Pf, suite à usage du retrait, cycles trop irréguliers pour s'y fier)	Union libre	
Ana	28	Bac +5 Master anthropologie	Étudiante et surveillante en lycée	Toulouse	Mère : enseignante retraitée Père : enseignant	2 -Diane 35 (3G) -Leeloo (2G)	16 ans Avant le 1 ^{er} rapport sexuel Usage contraceptif et médical	Sa mère	10 ans	Jamais	CO - CO/ Pf - Abstinence	Non	Non	Oui	Non	Célibataire	
Andréa	26	Bac +3 Bac pro services	Conseillère de vente (CDI)	Toulouse	Mère : employée retraitée Père : agent de sécurité (travailleur en situation de handicap)	2 -Diane 35 (3G) -Leeloo (2G)	17 ans Avant le 1 ^{er} rapport sexuel Usage contraceptif et médical	Sa mère	> 4 ans	Jamais	CO - Pf/DIU - Pf/CO Rapports non protégés déclarés	Oui (Transition DIU et CO)	Non	Oui	Oui 1 fois (Retard de saignements)	Union libre	
Angélique	23	Bac +5 Master géographie	Étudiante	Colomiers	Mère : assistante sociale Père : comptable	2 -Désobel Gé (3G) -Ludéal Gé (2G)	18 ans Après le 1 ^{er} rapport sexuel, avec son 1 ^{er} partenaire, 1 ^{er} relation stable Usage contraceptif	Elle-même	5 ans	Jamais	Pf - Pf/CO - CO	Non	Non	Oui	Non	Union libre	6 ans
Aurora	23	Bac +2 Formation pour le diplôme d'État d'assistante de service social	Étudiante et baby-sitter	Toulouse	Mère : secrétaire Père : avocat	3 -Diane 35 (3G) -Leeloo Gé (2G) -Ludéal Gé (2G)	17 ans En prévention du 1 ^{er} rapport sexuel Usage contraceptif	Elle-même	4 ans	Parfois	CO - CO/Pf - Pf Rapports non protégés déclarés	Oui (Transition Pf et CO)	Non	Oui	Non	Célibataire	1 mois
Camille	24	Bac +2 BTS économique, social et familial	Stage de conseillère en insertion professionnelle	Agen	Mère : assistante familiale Père : agent marketing	2 -Jasmine (4G) -Lovavulo Gé (2G)	16 ans Avant le 1 ^{er} rapport sexuel, 1 ^{er} relation stable Usage contraceptif et médical	Elle-même	5 ans	Jamais	CO - CO/Pf - DIU hormonal - CO	Non	Non	Oui	Oui (Enceinte sous CO)	Célibataire	

Pseudo	Informations sociodémographiques					Parcours contraceptifs										Situation conjugale	
	Âge	Niveau et nature d'études	Activité	Lieu de résidence	Profession des parents	Nb. noms (G) de la CO utilisée	Âge, contexte 1 ^{er} CO et type d'usage	Principales personnes initiatrices	Durée cumulée prises CO	Fréquence oubliés CO	Méthodes utilisées	Recours CU (raisons)	Recours IVG	Test VIH effectué	Recours test de grossesse (raisons)	Dernier statut conjugal	Ancienneté du couple
Cyrielle	24	Bac +3 Diplôme d'État de manipulatrice en électroradiologie médicale	Stage de manipulatrice en électroradiologie	Toulouse	Mère : agent immobilier Père : gestionnaire en patrimoine	4 -Autre -Varnoline (3G) -Autre -Leeloo (2G)	17 ans En prévention du 1 ^{er} rapport sexuel, 1 ^{er} relation stable Usage contraceptif	Sa mère	5 ans	Jamais	CO - Pf - CO/Pf Rapports non protégés déclarés	Non	Non	Non	Oui 2 fois (Rapports non protégés, retard de saignements)	Union libre	
Dévi	28	Bac +2 BTS administration	Technicienne de gestion du personnel (CDI)	Toulouse	Mère : femme au foyer Père : conducteur poids-lourds retraité	3 -Autre -Autre -Autre	18 ans Suite à une IVG, 1 ^{er} relation stable Usage contraceptif puis médical	Une médecin	10 ans	Jamais	Pf - Pf/CO - CO	Non	Oui	Ne se souvient plus	Oui (Problème usage Pf)	Union libre	11 ans et demi
Elia	24	Bac +3 Diplôme d'État d'infirmière	Infirmière (CDI)	Commune proche de Montauban (< 4000 habitant-e-s)	Mère : au chômage, formation d'aide-soignante Père : sociologue et directeur d'établissements sociaux	4 ou 5 -Désobel (3G) -Leeloo (2G) -Autre -Autre ? -Autre	19 ans 1 ^{er} relation stable Usage contraceptif	Elle-même	4 ans	Régulièrement puis rarement	Pf - retrait - CO Rapports non protégés déclarés	Ne se souvient pas mais dirait que oui	Oui	Oui	Oui 2 fois (Suite à un trop long délais de prise de CO)	Pacsée	3 ans et demi
Emma	24	Bac +5 Master sciences de l'éducation	Étudiante et baby-sitter	Périphérie rurale de Toulouse (< 1500 habitant-e-s)	Mère : fonctionnaire retraité (activité d'aide à domicile) Père : fonctionnaire	1 Leeloo (2G)	23 ans Avant le 1 ^{er} rapport sexuel Usage médical	Sa médecin généraliste	1 an	Jamais	CO/retrait - CO	Non	Non	Non	Non	Union libre	3 mois
Eva	23	Bac +3 Licence en alternance, banque assurance et finances	Attachée commerciale en banque (CDI)	Albi	Mère : ATSEM Père : sapeur-pompier	3 -Diane 35 (3G) -Autre -Belara (4G)	17 ans Après le 1 ^{er} rapport sexuel, 1 ^{er} partenaire, 1 ^{er} relation stable Usage contraceptif et médical	Un ex partenaire	6 ans	Jamais	Pf - CO/Pf - CO	Non	Non	Oui	Non	Pacsée	2 ans et demi
Fanny	23	Bac +3 Diplôme d'État d'infirmière	Stage d'infirmière	Montauban	Mère : conseillère financière Père : Cadre	3 -Autre -Jasminelle (4G) -Leeloo (2G)	13 ans Avant le 1 ^{er} rapport sexuel Usage médical puis contraceptif	Des médecins	8 ans	Parfois	CO - Pf/CO - CO - Pf - DIU au cuivre - MN	Oui (Craquage Pf ou crainte après 1 ^{er} rapport sexuel)	Non	Non	Oui	Célibataire	
Laura	24	Bac +2 BTS immobilier	Chargée de gestion immobilière, en alternance	Toulouse	Mère : secrétaire Père : technicien	4 -Diane 35 (3G) -Autre -Daily Gé (2G) -Triafémi (3G)	16 ans En prévention du 1 ^{er} rapport sexuel Usage contraceptif et médical	Sa mère	6 ans	Souvent	CO - CO/Pf - Pf - retrait Rapports non protégés déclarés	Oui 2 fois (Rapports non protégés)	Non	Oui	Oui 2-3 fois (Craquage Pf, suite à usage du retrait)	Célibataire	

Pseudo	Informations sociodémographiques					Parcours contraceptifs										Situation conjugale	
	Âge	Niveau et nature d'études	Activité	Lieu de résidence	Profession des parents	Nb, noms (G) de la CO utilisée	Âge, contexte 1 ^{er} CO et type d'usage	Principales personnes initiatrices	Durée cumulée prises CO	Fréquence oublis CO	Méthodes utilisées	Recours CU (raisons)	Recours IVG	Test VIH effectué	Recours test de grossesse (raisons)	Dernier statut conjugal	Ancienneté du couple
Lisa	29	Bac +2 Diplôme d'État d'assistante de service social	Assistante de gestion (CDD)	Toulouse	Mère : étudiante Père : cadre	3 -Ludéal (2G) -Adepal (2G) -Leeloo (2G)	22 ans Avec son 1 ^{er} partenaire Usage contraceptif	Elle-même, ses pairs	5 ans	Parfois puis jamais	Rapports non protégés - CO/Pf/retrait - DIU	Oui (Rapport non protégé)	Non	Oui	Oui 4-5 fois (Rapports non protégés, retards de règles)	Mariée	> 3 ans
Manon	24	Bac +5 Master communication	Gestionnaire de communication en assurance maladie (CDI)	Aix-en-Provence	Mère : retraitée militaire Père : ingénieur	2 -Efexial (3G) -Leeloo (2G)	18 ans Avec son 2 ^{ème} partenaire, 1 ^{ère} relation stable Usage contraceptif	Son 2 ^{ème} partenaire	4 ans	Parfois	Pf - CO - Abstinence	Oui (Craquage Pf)	Non	Oui	Oui (Craquage Pf)	Union libre	6 ans et demi
Rosa	23	Bac +3 Bachelor management	Étudiante	Toulouse	Mère : femme au foyer Père : chef d'entreprise retraité	1 -Mercilon (3G)	18 ans Avec son 1 ^{er} partenaire Usage contraceptif	Elle-même, un médecin	1 an	Jamais	Retrait - CO/Pf/MN Rapports non protégés déclarés	Non	Non	Non	Oui 2-3 fois (Retards saignements ou règles)	Union libre	1 mois
Vaani	30	Bac +3 Licence biologie	Sans emploi	Toulouse	Mère : femme au foyer Père : conducteur poids-lourds retraité	2 -Ludéal Gé (2G) -Microval (2G)	17 ans Avec son 1 ^{er} partenaire Usage contraceptif	Elle-même et son médecin traitant	10 ans	Parfois	Pf - CO - DIU - MN Rapports non protégés déclarés	Oui (Rapport non protégé)	Non	NR	Oui (Retard saignements)	Union libre	11 ans

A.1.2 Tableau récapitulatif des profils des partenaires

Tableau 20 - Profils des partenaires

Pseudonyme	Partenaire	Informations sociodémographiques				Parcours contraceptif (usage des femmes partenaires)
		Âge	Niveau et nature d'études	Activité	Profession des parent·e·s	
Baptiste	Eva	25	Bac +2 BTS Fluide énergie environnement	Agent de sécurité incendie	Mère : secrétaire Père : retraité de la RATP	Pf – (CO – CU – MN)
Christian	Elia	24	CAP Bar brasserie	Serveur	Mère : cuisinière Père : NR	Pf – retrait – (CO – CU)
Jean	Ambre	27	Bac +5 École d'ingénieur	Intermittent du spectacle	Mère : agricultrice Père : agriculteur	Pf – (CO) – retrait – (CU)
Léo	Cyrielle	24	Bac +3 Diplôme d'État d'éducateur spécialisé	Éducateur spécialisé	Mère : agent administrative Père : fonctionnaire postier	Pf – (CO)
Michel	Emma	27	Bac +3 BTS microtechnique + Licence professionnelle Conception et Fabrication Assistée par Ordinateur	Dessinateur industriel	Mère : aide-soignante Père : opérateur chimiste	Pf – retrait – (CO – CU)
Morty	Manon	25	Bac +8 Doctorat en astrophysique	Doctorant en astrophysique	Mère : vendeuse en pharmacie Père : vendeur en boulangerie	Pf – retrait – (CO – CU)

A.1.3 Tableau récapitulatif des profils des parent·e·s

Tableau 21 - Profils des mères et du père

Pseudonyme	Fille	Informations sociodémographiques							Statut matrimonial	Méthodes contraceptives utilisées mentionnées
		Âge	Niveau et nature d'études	Profession	Lieu de résidence	Profession des parent·e·s	Religion			
Archibald	Aurore	49	Bac +6	Avocat	NR	NR	NR Famille catholique	Concubinage	NR	
Béatrice	Eva	56	Bac +2 aide soignante	ATSEM	Montauban	NR	NR	Mariée	Rapports non protégés – Pf – CO – CU	
Christine	Laura	51	Bac	Fonctionnaire de mairie	Commune de Haute-Garonne (< 10 000 hab.)	Mère : sans emploi Père : employé	Aucune	Divorcée	CO – DIU	
Lili	Emma	57	BEP sténodactylographie	Retraitée de La Poste et aide à domicile	Commune rurale de Haute-Garonne (< 2 000 hab.)	Mère : agricultrice Père : agriculteur	Protestante	Mariée	CO – DIU	
Michelle	Cyrielle	47	Bac +2/4 BTS + 4 ans de droit immobilier	Gérante d'une agence immobilière	Toulouse	Mère : comptable Père : chef d'entreprise	Croyante non pratiquante Famille chrétienne	Mariée	CO – DIU	
Montserrat	Ambre	69	Bac +5 maîtrise et DEA anthropologie	Anthropologue chargée de projet	Toulouse	Mère : secrétaire Père : artisan	Catholique non pratiquante	Divorcée	CO – DIU	
Stéphanie	Manon	53	Bac	Retraitée de l'armée de l'air	Commune du Gers (< 500 hab.)	Mère : employée de La Poste puis mère au foyer Père : employé municipal	NR Baptisée, famille catholique	Mariée	CO	
Yvonne	Andréa	63	CAP sténodactylographie	Manutentionnaire retraitée	Colomiers	Mère : mère au foyer Père : soudeur	Aucune	Célibataire	CO	

A.2 Outil de contact des professionnel·le·s de santé : exemple d'une lettre à un·e gynécologue



Leslie Fonquerne
Doctorante en sociologie
Laboratoire CERTOP
Université Toulouse II - Jean Jaurès
leslie.f.31@hotmail.fr
+33 6 . [redacted]

À Toulouse, *[date]*

Madame/Monsieur *[nom de la·du praticien·ne]*,

Doctorante en sociologie, je réalise une thèse sur les prescriptions et utilisations de pilules contraceptives en région toulousaine. Cette recherche est soutenue par le laboratoire CERTOP et est financée par le LabEx SMS.

Mon travail nécessite, entre autres, de mener des entretiens avec des utilisatrices de pilules, mais également avec des professionnels et professionnelles de santé aptes à prescrire ou délivrer des pilules. Il se trouve que j'ai encore trop peu de contacts du côté des gynécologues. Je serais donc ravie de pouvoir vous solliciter. Votre approche de la gynécologie me semble en effet tout à fait intéressante : le site « gynandco » indique par exemple que vous faites partie des médecins acceptant la pose de DIU chez les nullipares.

Il s'agirait simplement de m'accorder une conversation anonymisée sur le thème des prescriptions et renouvellements de pilules contraceptives. Dans l'idéal, il faut compter environ une heure d'échanges mais je m'adapterai bien sûr à vos disponibilités. Dans le meilleur des cas, cela peut se faire en face à face. Je suis en mesure de me déplacer dans le lieu qui vous conviendra. Sinon, c'est également possible par téléphone ou par Skype.

Je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à ce courrier et me tiens à votre disposition pour tout complément d'informations.

Au plaisir d'avoir un retour de votre part.

Bien cordialement,

Leslie Fonquerne

A.3 Tableaux d'organisation des entretiens

Les astérisques précédant les prénoms des jeunes femmes usagères et des entretiens indiquent que les prises de contact et les entretiens ont eu lieu dès la recherche de Master.

Quant aux professionnel·le·s de santé, iels exercent régulièrement dans différentes structures (chapitre 4). La structure renseignée est celle dans laquelle iels pratiquent au moment de l'entretien ou la dernière investie dans le cas de professionnel·le·s à la retraite. L'information de la structure d'exercice venant compromettre l'anonymat de plusieurs sages-femmes, elle n'est pas renseignée pour ce groupe de soignant·e·s.

Toujours afin de favoriser l'anonymat, seule l'année est indiquée dans les dates d'entretien pour l'ensemble des professions prescriptrices.

Tableau 22 - Organisation des entretiens avec les jeunes femmes usagères

Jeunes femmes usagères	Contexte des entretiens SÉRIE 1	Contexte des entretiens SÉRIE 2	Contexte des entretiens SÉRIE 3
Ambre	Date : 5/07/16 Heure : 16h00 Durée : 1h45 Lieu : Un salon de thé, Esquirol	Date : 4/12/17 Heure : 20h15 Durée : 1h Lieu : Chez elle, François Verdier	
*Ana	*Date : 6/02/14 Heure : 11h00 Durée : 1h40 Lieu : Chez elle, Amidonniers		
Andréa	Date : 23/02/18 Heure : 09h40 Durée : 1h Lieu : Chez elle, Argoulets		
*Angélique	*Date : 24/02/14 Heure : 15h00 Durée : 1h10 Lieu : Chez moi, Roseraie		
Aurore	Date : 20/07/16 Heure : 10h00 Durée : 2h Lieu : Chez elle, Roseraie	Date : 10/11/17 Heure : 13h45 Durée : 1h15 Lieu : Chez elle, François Verdier	
*Camille	*Date : 30/01/14 Heure : 16h00 Durée : 55 min Lieu : Chez moi, Roseraie	*Date : 10/04/14 Heure : 18h00 Durée : 1h Lieu : Chez elle, Jolimont	Date : 16/11/16 Heure : 12h30 Durée : 45 min Lieu : Par téléphone
*Cyrielle	*Date : 23/01/14 Heure : 15h30 Durée : 45 min Lieu : Chez ses parent·e·s, St Cyprien	*Date : 04/04/14 Heure : 14h30 Durée : 1h35 Lieu : Chez moi, Roseraie	Date : 14/10/16 Heure : 15h00 Durée : 2h Lieu : Chez ses parent·e·s, Saint Cyprien
Dévi	Date : 14/11/16 Heure : 19h00 Durée : 1h30 Lieu : Chez elle, Ramonville		
*Élia	*Date : 4/01/14 Heure : 16h00 Durée : 1h30 Lieu : Chez elle, St Cyprien	*Date : 22/03/14 Heure : 15h30 Durée : 2h15 Lieu : Chez elle, St Cyprien	Date : 20/09/16 Heure : 15h00 Durée : 2h Lieu : Chez elle, St Cyprien

Tableau 22 - Organisation des entretiens avec les jeunes femmes usagères

Jeunes femmes usagères	Contexte des entretiens SÉRIE 1	Contexte des entretiens SÉRIE 2	Contexte des entretiens SÉRIE 3
Emma	Date : 28/06/16 Heure : 12h00 Durée : 2h40 Lieu : Chez moi, Roseraie	Date : 19/11/17 Heure : 11h00 Durée : 1h Lieu : Chez son copain, Tournefeuille	
*Éva	*Date : 8/01/14 Heure : 15h00 Durée : 50 min Lieu : Chez moi, Roseraie	*Date : 29/03/14 Heure : 15h30 Durée : 2h Lieu : Chez moi, Roseraie	Date : 19/12/16 Heure : 12h00 Durée : 1h10 Lieu : Chez moi, Roseraie
*Fanny	*Date : 17/01/14 Heure : 14h00 Durée : 1h15 Lieu : Chez elle, St Cyprien	*Date : 31/03/14 Heure : 15h00 Durée : 1h10 Lieu : Chez elle, St Cyprien	
*Laura	*Date : 27/02/14 Heure : 16h00 Durée : 45 min Lieu : Chez sa mère, Blagnac	*Date : 03/04/14 Heure : 15h00 Durée : 1h05 Lieu : Chez moi, Roseraie	Date : 03/07/16 Heure : 12h00 Durée : 1h30 Lieu : Chez elle, Marengo
Lisa	Date : 07/02/18 Heure : 15h00 Durée : 1h20 Lieu : Chez elle, Borderouge		
*Manon	*Date : 10/01/14 Heure : 15h30 Durée : 1h20 Lieu : Chez elle, François Verdier	*Date : 20/03/14 Heure : 17h30 Durée : 2h10 Lieu : Chez moi, Roseraie	Date : 21/11/17 Heure : 11h00 Durée : 1h Lieu : Par téléphone
Rosa	Date : 04/02/18 Heure : 15h30 Durée : 1h40 Lieu : Chez elle, Roseraie		
Vaani	Date : 30/06/16 Heure : 16h00 Durée : 1h50 Lieu : Chez elle, Minimes		

Tableau 23 - Organisation des entretiens avec les parent·e·s

Parent·e·s des jeunes femmes usagères	Contexte des entretiens
Christine (mère de Laura)	Date : 06/10/16 Heure : 18h00 Durée : 1h40 Lieu : Chez elle, Pibrac
Béatrice (mère d'Eva)	Date : 10/01/17 Heure : 18h00 Durée : 1h20 Lieu : Par téléphone
Archibald (père d'Aurore)	Date : 12/01/17 Heure : 18h00 Durée : 52min Lieu : Le salon d'un hôtel, centre ville
Michelle (mère de Cyrielle)	Date : 24/01/17 Heure : 14h30 Durée : 1h30 Lieu : Chez elle, St Cyprien
Lili (mère d'Emma)	Date : 28/01/18 Heure : 10h30 Durée : 1h Lieu : Chez elle, Cépet
Stéphanie (mère de Manon)	Date : 20/03/18 Heure : 14h00 Durée : 1h30 Lieu : Par téléphone
Montserrat (mère d'Ambre)	Date : 06/04/18 Heure : 17h30 Durée : 2h30 Lieu : Un café, centre ville
Yvonne (mère d'Andréa)	Date : 12/06/18 Heure : 14h30 Durée : 2h Lieu : Chez elle, Colomiers

Tableau 24 - Organisation des entretiens avec les partenaires

Partenaires des jeunes femmes usagères	Contexte des entretiens
Baptiste (partenaire d'Eva)	Date : 18/12/16 Heure : 14h00 Durée : 1h Lieu : Chez moi, Roseraie
Christian (partenaire d'Elia)	Date : 14/09/16 Heure : 12h30 Durée : 1h40 Lieu : Chez lui, Arènes
Jean (partenaire d'Ambre)	Date : 15/11/16 Heure : 19h00 Durée : 1h Lieu : Chez Ambre, François Verdier
Léo (partenaire de Cyrielle)	Date : 29/05/17 Heure : 14h00 Durée : 50 min Lieu : Un café, Saint Cyprien
Michel (partenaire d'Emma)	Date : 08/10/16 Heure : 17h30 Durée : 1h10 Lieu : Chez moi, Roseraie
Morty (partenaire de Manon)	Date : 13/12/17 Heure : 18h30 Durée : 1h15 Lieu : Par téléphone

Tableau 25 - Organisation des entretiens avec les militantes d'un Planning Familial

Militantes d'un Planning Familial	Contexte des entretiens
Marie	Date : 01/06/18 Heure : 10h00 Durée : 1h15 Lieu : Lieu public NR pour favoriser l'anonymat
Lola	Date : 13/06/18 Heure : 16h00 Durée : 2h15 Lieu : Lieu public NR pour favoriser l'anonymat

Tableau 26 - Organisation des entretiens avec les médecins généralistes

Médecins généralistes (MG)	Contexte des entretiens	Structure(s) - Localisation ou type de territoire
MG1	Date : 2016 Heure : 16h30 Durée : 1h15 Lieu : Maison de la Recherche, UT2J Date : 2016 Heure : 14h30 Durée : 50 min Lieu : Maison de la Recherche, UT2J	Cabinet libéral - Tarn, rural
MG2	Date : 2016 Heure : 10h00 Durée : 1h30 Lieu : Au domicile	Cabinet libéral - Semi-rural
MG3	Date : 2017 Heure : 14h30 Durée : 1h10 Lieu : Un café	Cabinet libéral – Commune de Haute-Garonne (< 5000 hab.)
MG4	Date : 2017 Heure : 17h00 Durée : 1h Lieu : Un café	Cabinet libéral - Pyrénées, rural
MG5	Date : 2017 Heure : 20h10 Durée : 1h Lieu : Par téléphone	Cabinet libéral - Ariège
MG6	Date : 2017 Heure : 15h00 Durée : 1h30 Lieu : Son cabinet	Cabinet libéral et hôpital public - Urbain
MG7	Date : 2018 Heure : 15h00 Durée : 1h15 Lieu : Maison de la Recherche, UT2J	Cabinet libéral
MG8	Date : 2018 Heure : 10h00 Durée : 1h Lieu : Par téléphone	Cabinet libéral - Gers

Tableau 26 - Organisation des entretiens avec les médecins généralistes

Médecins généralistes (MG)	Contexte des entretiens	Structure(s) - Localisation ou type de territoire
MG9	Date : 2018 Heure : 14h30 Durée : 1h40 Lieu : CDPEF	CDPEF - Urbain
MG10	Date : 2018 Heure : 12h50 Durée : 1h40 Lieu : Son cabinet	Cabinet libéral et hôpital public - Urbain
MG11	Date : 2018 Heure : 14h15 Durée : 2h Lieu : UT2J	Cabinet libéral et structures publiques (CDPEF, PMI)
MG12	Date : 2018 Heure : 10h00 Durée : 1h20 Lieu : Au domicile	Structures publiques (CDPEF, centres de santé, foyers d'urgence)
MG13	Date : 2018 Heure : 9h00 Durée : 1h Lieu : Centre de santé	Centre de santé - Urbain

Tableau 27 - Organisation des entretiens avec les gynécologues

Gynécologues (G)	Contexte des entretiens	Structure(s) - Type de territoire
G1	Date : 2016 Heure : 12h30 Durée : 1h20 Lieu : Un restaurant	Cabinet libéral - Urbain
G2	Date : 2017 Heure : 16h30 Durée : 50min Lieu : Clinique	Clinique - Urbain
G3	Date : 2017 Heure : 11h00 Durée : 1h30 Lieu : Son cabinet	Cabinet libéral - Urbain
G4	Date : 2017 Heure : 13h00 Durée : 45min Lieu : Son cabinet	Cabinet libéral - Urbain
G5	Date : 2018 Heure : 10h00 Durée : 1h40 Lieu : CDPEF	CDPEF - Urbain
G6	Date : 2018 Heure : 18h00 Durée : 1h Lieu : Son cabinet	Cabinet libéral - Périphérie urbaine
G7	Date : 2018 Heure : 18h15 Durée : 1h Lieu : Par téléphone	Clinique - Urbain
G8	Date : 2018 Heure : 09h30 Durée : 1h20 Lieu : Son cabinet	Cabinet libéral - Urbain
G9	Date : 2019 Heure : 16h00 Durée : 45 min Lieu : Par téléphone	Dispensaire

Tableau 28 - Organisation des entretiens avec les sages-femmes

Sages-femmes (SF)	Contexte des entretiens	Type de territoire de la structure d'exercice
SF1	Date : 2016 Heure : 16h00 Durée : 1h20 Lieu : Un café	Périphérie urbaine
SF2	Date : 2017 Heure : 09h00 Durée : 1h20 Lieu : Au domicile	Urbain + grands déplacements
SF3	Date : 2017 Heure : 17h00 Durée : 1h20 Lieu : Au domicile	Périphérie urbaine
SF4	Date : 2017 Heure : 16h00 Durée : 1h25 Lieu : Par téléphone	Semi-rural et rural
SF5	Date : 2017 Heure : 16h00 Durée : 1h10 Lieu : Sur le lieu de travail	Périphérie semi-rurale
SF6	Date : 2017 Heure : 13h30 Durée : 1h10 Lieu : Un café	Périphérie urbaine
SF7	Date : 2017 Heure : 08h30 Durée : 1h Lieu : Par téléphone	Rural
SF8	Date : 2018 Heure : 16h45 Durée : 1h20 Lieu : Un café	Urbain
SF9	Date : 2018 Heure : 09h00 Durée : 1h Lieu : CDPEF	Urbain

Tableau 29 - Organisation des entretiens avec le personnel de pharmacie

Pharmaciennes (P)	Contexte des entretiens	Localisation
P1	Date : 13/02/17 Heure : 11h30 Durée : 1h20 Lieu : Chez elle, St Michel	Toulouse
P2	Date : 16/02/17 Heure : 14h00 Durée : 45min Lieu : Par téléphone	Montauban
Vendeuses en pharmacie (VP)	Contexte des entretiens	Localisation
VP1	Date : 10/01/18 Heure : 14h00 Durée : 1h Lieu : Par téléphone	Tarbes
VP2	Date : 17/01/18 Heure : 09h30 Durée : 40 min Lieu : Par téléphone	Commune de l'Aveyron

Tableau 30 - Organisation de l'entretien avec l'andrologue Roger Mieusset

Andrologue	Contexte de l'entretien	Structure - Localisation
Roger Mieusset	Date : 12/04/18 Heure : 12h00 Durée : 1h10 Lieu : Hôpital	Hôpital Paule de Viguier - Toulouse

A.4 Guides d'entretien

Les guides d'entretien servaient avant tout de pense-bête pour l'abord des grandes thématiques. Les questions sont essentiellement des questions de relance si besoin. Les passages en gras permettaient de visualiser aisément les questions principales ainsi que les mots-clés correspondant aux sous-thématiques à aborder. Avant chaque entretien, au besoin je réexpliquais le sujet de recherche, la forme et l'objectif de l'entretien : il s'agit d'une conversation et non d'un questionnaire, dont le but est de saisir les expériences des interlocutrices et interlocuteurs. Il ne peut donc pas y avoir de mauvaises réponses. Je précisais que l'anonymat est respecté et que le dictaphone servait à m'assurer de ne pas déformer les paroles lors de la retranscription. Enfin, j'indiquais aux jeunes femmes, à leurs mères et partenaires, que la contraception est entendue au sens large et correspond donc à toutes pratiques qui, selon elleux, permettent d'éviter une GNP ou une IST. Cela peut donc impliquer les méthodes dites naturelles ou l'IVG.

A.4.1 Guides d'entretien des jeunes femmes usagères

Certaines jeunes femmes (mentionnées ici comme « anciennes interlocutrices ») avaient déjà répondu à l'exercice de l'entretien sur une thématique similaire durant les travaux de Master. Le guide d'entretien devait donc permettre d'accéder à l'évolution de leur parcours contraceptif. D'autres interlocutrices (appelées ici « nouvelles interlocutrices ») ont été rencontrées pour la première fois dans le cadre de cette thèse. Dans ce cas, le guide d'entretien devait favoriser le recueil de davantage de données inconnues.

Guide d'entretien des nouvelles interlocutrices

Raconte-moi ton parcours de vie, tes études, ton travail.

1 RACONTE-MOI TON PARCOURS CONTRACEPTIF

1.1 Parcours contraceptif antérieur

Quelle a été ta **première méthode** de contraception ? Comment expliques-tu ce choix ?
Comment a **évolué ta contraception** depuis ton premier rapport sexuel ? Comment expliques-tu ces changements ?

Si une pilule est la contraception actuelle, passer à la partie 1.3

1.2 Contraception actuelle (s'il ne s'agit pas d'une pilule)

Comment as-tu **choisi** ta contraception actuelle ?

Pourquoi ne plus utiliser de pilules ?

Comment te **sers-tu** de ta contraception ?

Penses-tu que ta contraception soit **adaptée** à ta sexualité ?
Et à ton mode de vie (antécédents médicaux, tabac, alcool, rythme de vie et de travail, etc.) ?

Comment la gères-tu au quotidien ?

De quoi te protèges-tu par ce moyen contraceptif ? (GNP, IST, usage médical, autre...)

As-tu pensé à **un autre moyen de contraception** ? Pourquoi ?

1.3 Changements contraceptifs et adaptation

Comment as-tu adapté ta contraception à ton parcours de vie (changement de relations, mobilités, etc.) ?

Quelles sont les raisons de tes changements contraceptifs ?

Comment ta **[non-]religion** te guide-t-elle dans ta manière de choisir et de te servir de la contraception ?

Quel moyen de contraception te **convient** le mieux ?

As-tu déjà **combiné** différents moyens contraceptifs ? Pour quelles raisons ?
As-tu l'impression d'avoir toujours utilisé des moyens contraceptifs qui te convenaient ?

1.4 Informations contraceptives

Lorsque tu as eu besoin de contraception vers **qui** t'es-tu tournée ?

- Famille
- Ami·e·s
- Médecin
- Pharmacien·ne·s
- Planning Familial ou centre de planification
- Autres

Vas-tu chercher des informations ? Quelles sont tes **sources** d'informations ?

- | | |
|----------------------|--|
| • Pair·e·s (ami·e·s) | • Presse |
| • Médecins | • Planning Familial ou centre de planification |
| • Famille | • Autres |
| • Internet | |
| • Télévision | |

1.5 Achats, budget et rangement

As-tu une logique d'**achat** ?

Où achètes-tu ta contraception ? As-tu acheté tous tes moyens contraceptifs au même endroit ?

Comment gères-tu ton **budget** concernant ta contraception ?

Où **ranges**-tu ta contraception ? *Si l'entretien se déroule chez l'interlocutrice, faire un parcours commenté (le ou les endroits de rangement sont montrés en même temps que l'explication est donnée par la jeune femme).*

Rangeais-tu tous tes moyens contraceptifs au même endroit ?

1.6 Non-contraception ?

As-tu déjà eu envie que ton moyen contraceptif **ne fonctionne pas** ?

As-tu déjà eu envie d'être **enceinte** ?

As-tu déjà eu envie d'avoir un ou des **enfant(s)** ?

As-tu déjà eu envie de **ne pas utiliser** de moyen de contraception ?

As-tu déjà eu des rapports **sans contraception** ? Pourquoi ne pas en avoir utilisé ?

Dirais-tu que tu as déjà eu des rapports « non protégés » ?

1.7 Stratégies lors de dysfonctionnements contraceptifs

As-tu déjà rencontré des **difficultés**, des problèmes avec un moyen de contraception ?

As-tu déjà été enceinte sans le désirer ou peur de l'être ?

Qu'as-tu fait dans ce cas-là ?

- | | |
|---|---------------------------------|
| • Test de grossesse ? | • Contact d'un·e médecin ? |
| • Contraception d'urgence ? Comment cela s'est passé à la pharmacie ? | • Planning familial ? |
| • Prise de sang ? | • Un coup de téléphone ? À qui, |
| | • IVG ? |
| | • Autre ? |

Qu'as-tu pensé du « **scandale** » des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations ?

1.8 Parcours contraceptif futur envisagé

Comment penses-tu que **ta contraception évoluera** à mesure que ton désir d'enfant grandira ?
Si tu ne veux pas d'enfant, voudrais-tu (penses-tu) que ta contraception évolue(ra) ?

2 RACONTE-MOI TON UTILISATION DES PILULES

(qu'elle soit actuelle ou antérieure)

Raconte-moi comment tu as pris la pilule la dernière fois.

Comment prenais/prends-tu la pilule ?

À quel moment de la journée la prenais/prends-tu ? Pourquoi à ce moment-là ?

Peux-tu me raconter comment s'est déroulée ta première prescription de pilule ?

On t'a proposé d'autres moyens contraceptifs ?

Combien de pilules as-tu utilisé ?

Quelles ont été les raisons des **changements** de pilules ?

Pour quel(s) **type(s) d'usage** c'était (contraceptif, médical) ?

(Dans le cas d'une prise actuelle) Pendant combien de temps te vois-tu prendre la pilule ?

Qu'est-ce qui pourrait t'amener à **l'arrêter** ?

Comment la gères/gérais-tu au quotidien ?

Comment faisais/fais-tu pour **y penser** ?

Comment faisais/fais-tu pour prendre la pilule quand tu n'étais/es pas chez toi ?

Comment gères/gérais-tu les **oublis** de pilule ?

(Dans le cas d'une prise actuelle) Le fait de prendre la pilule est-il un **choix qui te comble** totalement ?

Avais/as-tu entièrement **confiance** en la pilule ?

Que sais-tu de la pilule ?

De quoi te protégeais/**protèges-tu** par ce moyen contraceptif ? Quel usage en fais-tu ? (GNP, IST, usage médical, autre ?)

(Dans le cas d'une prise actuelle) Tu as pensé à un **autre moyen de contraception** ? Pourquoi ?

Penses-tu que la pilule était/soit **adaptée** à ta sexualité ?

Et à ton mode de vie (antécédents médicaux, tabac, alcool, rythme de vie et de travail, etc.) ?

Te préoccupais/préoccupes-tu des **effets** que la pilule peut avoir sur ton organisme ?

Ressentais/ressens-tu des effets de la pilule ? Lesquels ?

Sais-tu que la prise de pilule peut avoir des effets néfastes pour la santé ?

- Effets physiologiques
- Effets sur la libido
- Effets sur le plaisir
- Migraine
- Sommeil
- Poids
- Tension

Qu'est-ce que ça changeait/change pour toi de prendre la pilule ?
 Penses-tu être consciente du fait que pouvoir prendre la pilule est le résultat d'un **combat féministe** ?
 Penses-tu qu'il s'agisse toujours d'un combat d'actualité ?
 Comment envisages-tu le futur de la contraception ?

3 QUELS SONT TES RAPPORTS AVEC LES PROFESSIONNEL·LE·S DE SANTÉ ?

Peux-tu me raconter ton dernier rendez-vous gynécologique ?

Pourrais-tu me raconter ton **1^{er} rendez-vous gynécologique** ? Y a-t-il eu une prescription contraceptive ?
 À quelle **fréquence** as-tu rendez-vous ?

Vers quel·le·s **professionnel·le·s** te tournes-tu pour avoir des informations sur la contraception ? Sur les pilules ?
 Et pour te prescrire une contraception ? Une pilule ?

Choisis-tu tes médecins et comment ?
 Combien de gynécologues as-tu consulté ? Pourquoi en avoir consulté plusieurs ?

As-tu un·e gynécologue ? Accordes-tu de l'importance au fait que ce soit une femme ou un homme ?

Pourquoi prends-tu rendez-vous chez le·la gynécologue (auscultation, renouvellement d'ordonnance, autre) ?
 Le·la médecin t'**examine**-t-il-elle à chaque rendez-vous ou y vas-tu seulement pour des ordonnances, des questions... ?

De quoi parlez-vous ?

Que te disent-ils·elles à propos des pilules ? Comment te sont-elles présentées ?
 Poses-tu des questions ?
 T'informe-t-il·elle assez selon toi ?
 Est-ce qu'il·elle te propose d'autres moyens de contraception ?

Avant de te prescrire la pilule, ton·ta gynécologue t'as-t-il·elle fait passer des examens ?

Quel est ton **ressenti** lors de ces rendez-vous ?

4 QUELLE EST LA PLACE DE TON/TES PARTENAIRE(S)/CONJOINT(S) DANS LA GESTION DE LA CONTRACEPTION ?

Quelle a été la place de tes partenaires/conjoints dans les choix et les utilisations des moyens contraceptifs ?

Depuis quand es-tu en couple ou de quand date ta dernière « relation » ?
Parlez-vous de contraception et comment ?
 Négocies-tu avec lui/eux dans le choix et l'utilisation de moyens contraceptifs ?

Est-ce que ton partenaire/conjoint sait/savait comment tu **utilises**/utilisais la pilule ?
 Est-ce qu'il savait/sait **à quoi ça ressemble** ?
 Est-ce qu'il savait/sait où tu en étais/es dans **la prise** ?

Est-ce qu'il savait/sait où tu la **ranges** ?

Est-ce qu'il te faisait/fait penser à **la prendre** ? À **l'acheter** ? À **la renouveler** ?

Est-ce qu'il participait/participe au **budget** ?

Lui parles-tu de ton rapport à la pilule (effets secondaires, arrêt envisagé, difficulté ou non à y penser, peur des hormones de synthèse, etc.) ?

Lui parles-tu des **risques** ? Est-ce qu'il les connaît ?

Est-il au courant du « **scandale** » des pilules de dernières générations ?

T'accompagne-t-il à tes rendez-vous gynécologiques ?

Prête-t-il un intérêt à tes rendez-vous ?

Que dis-tu à ton partenaire/conjoint de tes rendez-vous ?

As-tu déjà effectué un **test VIH** ? Y es-tu allée avec un partenaire ?

Que penses-tu d'une éventuelle **pilule « masculine »** ?

5 QUELLE EST LA PLACE DE TES PROCHES DANS TA CONTRACEPTION ?

Comment parles-tu de contraception avec tes **ami·e·s** ?

Comment parle-t-on de contraception dans ta **famille** (recommandations, inquiétudes, etc.) ?

Et dans ta belle famille ?

As-tu déjà été **accompagnée** à un rendez-vous gynécologique par un·e de tes proches ? Lors d'un achat de pilule ? D'un autre contraceptif ?

As-tu toi-même accompagné un·e proche dans ce type de démarche ?

6 ÉCHANGES À PARTIR D'UNE LISTE EXPOSANT LES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Avant de lui montrer la liste : quel(s) moyen(s) de contraception connais-tu pour les femmes ? Et pour les hommes ?

En lui montrant la liste de moyens contraceptifs : lesquels (re)connais-tu ? Lesquels aimerais-tu utiliser et pourquoi ?

À ton avis, comment se fait-il que tu n'ais utilisé que quelques moyens de contraception ?

Quel est ton avis sur le parcours contraceptif « préservatif-pilule-DIU » ?

Que penses-tu du fait que la pilule soit le moyen contraceptif le plus utilisé en France ?

Que penses-tu du fait que la plupart des moyens contraceptifs soient à usage « féminin » ?

Que penses-tu du fait que la plupart des moyens contraceptifs « féminins » ait un fonctionnement hormonal ?

Que penses-tu du fait qu'une contraception hormonale « masculine » ne soit pas diffusée ?

Tu veux rajouter quelque chose ? Tu m'as dit tout ce qui te semble important ?

Remerciements.

Guide d'entretien des anciennes interlocutrices

1 SUIVI DU PARCOURS CONTRACEPTIF

1.1 Rapport aux pilules ou à la nouvelle contraception

Indiquer où on en est restées lors du dernier entretien, quelle contraception était utilisée à ce moment-là.

Comment a évolué ta contraception ?

Pourquoi avoir gardé/changé cette contraception ?

Quels ont été les **choix** possibles ? As-tu plus/moins le choix qu'auparavant ?

As-tu déjà eu des **périodes d'arrêt** de pilule ?

Combien as-tu testé de moyens contraceptifs depuis, et pourquoi ?

Es-tu comblée par ta contraception ?

Ta contraception est-elle (plus ou moins qu'avant) adaptée à ta sexualité ? Et à ton mode de vie ?

Raconte-moi la dernière fois que tu as pris la pilule.

Comment fais-tu pour y penser ?

Ton utilisation de pilule a-t-elle changée ?

- As-tu **changé de pilule** et pourquoi ?
- La **gères-tu différemment** au quotidien ?
- Prends-tu la pilule à la **même heure** ? À quel moment la prends-tu ? Pourquoi à ce moment-là ?
- L'**achètes-tu** au même endroit ?
- As-tu des **stratégies** pour obtenir une pilule sans ordonnance ou avec une ordonnance dépassée ?
- Raconte-moi ton dernier **renouvellement** de pilule.
- Gères-tu ton **budget** différemment ?
- La **ranges-tu** au même endroit ? Et les plaquettes non entamées ? Tu peux me montrer ? (*Parcours commenté*)

Pendant combien de temps encore souhaites-tu la prendre ?

Quelle contraception te convient ou te **convierait** le mieux ?

Cherches-tu différemment qu'avant des informations sur la contraception ? As-tu des nouvelles sources d'informations ? Ou au contraire t'es-tu rendue compte que certaines sources ne te convenaient pas ?

Quelle est la place de ta **famille et de tes ami·e·s** dans ta contraception ?

1.2 Stratégies lors de dysfonctionnements de contraception

Rencontres-tu des **difficultés d'utilisation**, de prise ?

Ressens-tu des **effets secondaires**, qu'ils soient nouveaux ou pas ?

Quelle contraception te convient ou te **convierait** le mieux ?

Comment gères-tu les **oublis** ?

De quand date ta dernière prise de pilule du lendemain ?
Et ton dernier test de grossesse ? Pourquoi en as-tu utilisé un·e ?

T'es-tu déjà rendue en **centre de planification** ?

Qu'as-tu pensé du « **scandale** » des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations ?

1.3 Futur parcours contraceptif envisagé

Comment penses-tu que ta contraception va évoluer ? (*Selon un désir de parentalité par exemple*)
Comment la question de la maternité influence tes choix contraceptifs ?
Pendant combien de temps te vois-tu utiliser cette contraception ?
Qu'est-ce qui pourrait t'amener à l'arrêter ?

1.4 Féminisme et contraception orale « masculine »

Penses-tu être consciente du fait que pouvoir prendre la pilule est le résultat d'un **combat féministe** ?
Penses-tu qu'il s'agisse toujours d'un combat d'actualité ?
Penses-tu que les luttes pour la liberté d'accès à la contraception résident toujours dans la pilule ?
Ton avis a-t-il évolué sur la question d'une éventuelle **pilule « masculine »** ?
Comment envisages-tu le futur de la contraception ?

2 QUELS SONT TES RAPPORTS AVEC LES PROFESSIONNEL·LE·S DE SANTÉ ?

Raconte-moi ton dernier rendez-vous médical relatif à ta contraception.
Raconte-moi ton dernier rendez-vous gynécologique.

De quand date-t-il ?
Pourquoi as-tu pris rendez-vous ?
Le·la médecin t'examine t-il·elle à chaque rendez-vous ?
Tu as rendez-vous tous les combien ?
Y as-tu déjà été accompagnée ?

De quoi parlez-vous ?

Qu'est-ce que les gynécologues ou médecins te disent en général ?
Que te disent-ils·elles à propos des pilules ? Comment te sont-elles présentées ?
Que te disent-ils·elles à propos de leur utilisation ? Des oublis ?
Poses-tu des questions ?
T'informent-ils·elles assez selon toi ?
Est-ce qu'il t'arrive de devoir **négocier** ou obtiens-tu sans difficulté ce pourquoi tu les sollicites ?
Quel est le dernier mécontentement que tu as manifesté lors d'un rendez-vous ? Quelle a été la réaction de la·du médecin ?

Est-ce qu'il·elle te propose **d'autres moyens de contraception** ?
Comment te présente-t-il·elle ces autres moyens (utilisation, conditions d'utilisation, fonctionnement, avantages, inconvénients) ?
Si tu as pensé à autre chose comme contraception, en parles-tu avec des médecins ? Avec quelqu'un·e d'autre ?

Combien de gynécologues as-tu consulté ? Pourquoi en avoir consulté plusieurs ?
 As-tu remarqué des similitudes et des différences dans leurs pratiques ?
 Qu'est-ce qui te convient et te déplaît ?
 Choisis-tu tes médecins et comment ?

Quel est ton **ressenti** lors de ces rendez-vous ?
 Ces ressentis ont-ils évolué ?

Quels sont tes rapports avec les professionnel·le·s de santé ?

- Au moment d'une demande de contraception
- Au moment d'une demande de contraception d'urgence
- Au moment d'une demande de test de grossesse
- Au moment d'une (demande d')IVG

3 QUELLE EST LA PLACE DE TON/TES PARTENAIRE(S)/CONJOINT(S) DANS LA GESTION DE LA CONTRACEPTION ?

Comment décrirais-tu ta relation (sexuelle, sentimentale) actuelle ?

Comment ton partenaire s'implique dans la contraception ?

- Dans le choix d'une contraception ?
- Dans son utilisation ?
- Dans les rendez-vous médicaux (accompagnement, questions) ?

Cela te convient-il ?
 Son implication a-t-elle **évolué** ?

Comment **parlez-vous** de contraception et à quel moment ?

Y-a-t-il des négociations ?

Que lui dis-tu de :

- Ton rapport à la contraception ?
- Des oublis ?
- Des rendez-vous médicaux ?

T'arrive-t-il d'avoir des rapports sexuels alors que tu n'en a pas vraiment envie, pour lui faire plaisir ?
 C'était aussi le cas avant de prendre une pilule ?

4 ÉCHANGES À PARTIR D'UNE LISTE EXPOSANT LES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Avant de lui montrer la liste : quel(s) moyen(s) de contraception connais-tu pour les femmes ? Et pour les hommes ?

En lui montrant la liste de moyens contraceptifs : lesquels (re)connais-tu ? Lesquels aimerais-tu utiliser et pourquoi ?

Que penses-tu du fait que la pilule soit le moyen contraceptif le plus utilisé en France ?

Que penses-tu du fait que la plupart des moyens contraceptifs soient à usage « féminin » ?

Que penses-tu du fait que la plupart des moyens contraceptifs « féminins » ait un fonctionnement hormonal ?

Que penses-tu du fait qu'une contraception hormonale « masculine » ne soit pas diffusée ?

Tu veux rajouter quelque chose ? Tu m'as dit tout ce qui te semble important ?

Remerciements.

A.4.2 Guide d'entretien des partenaires

1 IMPLICATION DANS LA CONTRACEPTION ORALE OU DANS LA CONTRACEPTION ACTUELLE

Si la contraception actuelle n'est pas une pilule, chaque question est valable à la fois pour la contraception actuelle et pour l'ancienne utilisation de pilule(s).

1.1 Implication générale

Comment t'impliques-tu dans la contraception/prise de pilule ?

Quelle est ta place dans la contraception/prise de pilule ?

Cette place te convient-elle ?

Comment et pourquoi avoir choisi cette contraception/une pilule comme contraception ?

Quels ont été les **choix** possibles ? Avez-vous eu le choix ? As-tu eu le choix ? A-t-elle eu le choix ?

Quelle a été ta place au moment de choisir la pilule comme contraception ?

Quelles sont tes **sources d'information** sur la pilule ?

Que sais-tu de la pilule ?

Sais-tu comment elle s'utilise ? Sais-tu comment elle agit ?

Comment **parlez-vous** de contraception ?

À quel moment en parlez-vous ?

Cette contraception te **convient**-elle et vous convient-elle ?

Qu'est-ce que ça change/changeait pour toi d'utiliser une pilule comme contraception ?

As-tu **confiance** en cette contraception ?

1.2 Utilisation, achats, rangement, budget

Est-ce que tu saurais me raconter la dernière fois que ta partenaire a pris la pilule ou la dernière fois que tu l'as vu la prendre ?

- Comment ta partenaire gère/gérait sa pilule au quotidien ?
- Comment elle l'utilise/utilisait ?
- À quel moment elle la prend/prenait ?
- Comment elle fait/faisait pour **y penser** ?
- Où elle la **range**/rangeait ?
(*S'il sait : parcours commenté. S'il ne sait pas : éventuellement sortir une plaquette de mon sac car d'après notre expérience du parcours commenté et des discussions informelles, et selon Sylvie Fainzang (2003), la présence physique du médicament favorise la discussion.*)
- Où elle l'**achète**/achetait ? L'as-tu déjà accompagnée ? Comment cela se fait-il ?
- À quel moment elle la renouvelle/renouvelait ? L'as-tu déjà accompagnée ? Comment cela se fait-il ? Le·la médecin t'as-t-elle·il fait sortir à un moment donné ?
- Est-ce que tu sais comment elle gère/gérait le **budget** ? Est-ce que tu y es/étais impliqué ?
- Est-ce que tu sais/savais où elle en est/était dans **la prise** ?
- Est-ce que tu sais/savais **à quoi ça ressemble** ?

(Une fois la réponse donnée, ce moment est aussi opportun pour sortir une plaquette de pilule et favoriser la discussion).

- Est-ce que tu sais/savais si ça lui **convient**/convenait ou est-ce que tu penses que ça lui convient ?
- À ton avis, comment se fait-il que tu sois plus ou moins familier de certains aspects de sa prise de pilule ?

Est-ce que tu sais combien de pilules elle a utilisé ? Pourquoi en a-t-elle **changé** ?

Est-ce qu'il arrive/arrivait à ta partenaire d'**oublier** la pilule ? Sais-tu comment elle gère ses oublis ?

Est-ce qu'elle te parle/parlais de **risques** ou d'effets secondaires ?

Est-ce que tu en connais ?

Est-ce que tu remarques/remarquais des effets ?

Est-ce que cela te préoccupe/préoccupais ?

Sais-tu que la prise de la pilule peut avoir des effets néfastes pour la santé ?

- | | |
|-------------------------|-----------|
| • Effets physiologiques | • Sommeil |
| • Effets sur la libido | • Poids |
| • Effets sur le plaisir | • Tension |
| • Migraine | |

As-tu entendu parler du « **scandale** » des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations ?

1.3 Féminisme et contraception orale « masculine »

Penses-tu être conscient que l'utilisation d'une pilule est le résultat d'un **combat féministe** ?

Penses-tu qu'il s'agisse toujours d'un combat d'actualité ?

Penses-tu que les luttes pour la liberté d'accès à la contraception résident toujours dans la pilule ?

Comment envisages-tu le futur de la contraception ?

Que penses-tu d'une éventuelle **pilule pour homme** ?

1.4 Future contraception envisagée

Comment envisages-tu ta/votre **contraception future** ?

- En fonction d'un désir d'enfant ?
- Pour se tourner vers une contraception qui vous conviendrait mieux ?

1.5 Rapport aux professionnel-le-s de santé

Comment t'impliques-tu dans les rendez-vous gynécologiques (ou les rendez-vous relatifs à la contraception) ?

L'as-tu déjà **accompagnée** ou as-tu déjà eu envie de l'accompagner ?

Quel était ton **ressenti** ?

Ta partenaire **te parle-t-elle** de ces rendez-vous ? Que te dit-elle de ces rendez-vous ?

Sais-tu :

- Quel est son ressenti ?
- À quelle fréquence elle y va ?

- Pourquoi elle y va ?
- Si les médecins lui font passer des examens ?
- Ce que les médecins lui disent sur les pilules et la contraception en général ?
- Si elle a eu plusieurs gynécologues ? Pourquoi elle a changé de médecins ?
- Si ses médecins sont des hommes ou des femmes ? Y accordes-tu de l'importance ?

Tu lui poses des questions ?

As-tu déjà personnellement pris rendez-vous avec un·e médecin pour de la contraception ?
Les professionnel·le·s de santé (médecin généraliste ou pharmacien·ne par exemple) t'informent-elles-ils assez sur la contraception ?

Ta partenaire a-t-elle déjà demandé pour toi des informations à un·e gynécologue ?

Quelles sont vos rapports avec les **pharmacien·ne·s**, lors de l'achat :

- D'une pilule ?
- D'une contraception d'urgence ?
- D'un test de grossesse ?

2 RACONTE-MOI TON PARCOURS CONTRACEPTIF

2.1 Parcours contraceptif antérieur

Raconte-moi ton parcours contraceptif.

Comment a **évolué** ta contraception depuis ton premier rapport sexuel ? Depuis que tu es avec ta partenaire actuelle ?

Quels ont été les **choix** contraceptifs possibles ?

As-tu l'impression d'avoir toujours utilisé des moyens contraceptifs qui te **convenaient** ? Et qui convenaient à tes partenaires ?

Comment expliques-tu tes **changements** contraceptifs ?

Qu'est-ce qui fait qu'une autre méthode de contraception est utilisée ?

Comment tu **négocies** l'utilisation de la contraception avec tes partenaires ?

Qu'est-ce qui fait que tu vas mettre un préservatif ou pas ?

De quoi te **protèges**-tu ?

Quel moyen de contraception te convient le mieux ?

En quoi ta **(non-)religion** te guide-t-elle dans tes utilisations contraceptives ?

2.2 Place des proches et sources d'informations

Lorsque tu as eu besoin de contraception, tu t'es tourné **vers qui** ?

- | | |
|-------------------|--|
| • Partenaire | • Planning Familial ou centre de planification |
| • Famille | • Autres (préservatifs gratuits) |
| • Ami·e·s | |
| • Médecin | |
| • Pharmacien·ne·s | |

Quelles sont tes **sources** d'informations ?

- | | |
|-------------------|-------------|
| • Partenaire | • Amies |
| • Pair·e·s (amis) | • Collègues |

- Médecins
- Famille
- Internet
- Télévision
- Presse
- Planning Familial ou centre de planification
- Autres (préservatifs gratuits)

Comment parles-tu de contraception avec tes **proches** ?

Quelle est la place de **ta famille et tes ami·e·s** dans tes choix et tes utilisations de contraception ?

Jouent-elles·ils ou ont-elles·ils joué un rôle particulier ?

2.3 Stratégies lors de dysfonctionnements contraceptifs

As-tu déjà rencontré des **difficultés** avec un contraceptif ? Comment les as-tu gérées ?

Qu'a fait ta partenaire ?

Avez-vous déjà rencontré des difficultés avec une pilule ? Qu'avez-vous fait ?

Est-ce que tu as déjà eu envie qu'un moyen contraceptif **ne fonctionne pas** ?

As-tu déjà eu envie de **ne pas utiliser** de moyen contraceptif ?

Dirais-tu que tu as déjà eu des rapports « non protégés » ? Comment les as-tu ou les avez-vous gérés ?

Si ta (ou une ancienne) partenaire a déjà eu recours à :

- Une contraception d'urgence
- Un test de grossesse
- Une IVG

Comment l'as-tu accompagnée ?

3 ÉCHANGES À PARTIR D'UNE LISTE EXPOSANT LES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Avant de lui montrer la liste : quels sont les moyens de contraception que tu connais pour les femmes ? Et pour les hommes ?

En lui montrant la liste de moyens contraceptifs : lesquels (re)connais-tu ? Lesquels aimerais-tu utiliser et pourquoi ?

À ton avis, comment se fait-il que tu ne connaisses que quelques moyens de contraception ?

Que penses-tu de cette répartition ?

Que penses-tu du fait que les pilules soient le moyen contraceptif le plus utilisé en France ?

Quel est ton avis sur le parcours contraceptif « préservatif-pilule-DIU » ?

Que penses-tu du fait que la plupart des contraceptifs « féminins » ait un fonctionnement hormonal ?

Que penses-tu du fait qu'une contraception hormonale « masculine » ne soit pas diffusée ?

4 PARCOURS DE VIE

Surtout dans le cas où je ne connais pas l'interlocuteur et son couple.

Raconte-moi ton parcours de vie.

Comment en es-tu arrivé aux études et au travail que tu fais ?
Depuis quand vis-tu dans cette ville ?

Comment décrirais-tu ta relation avec ta partenaire ?
Raconte-moi la dernière journée que vous avez passé ensemble.

Tu veux rajouter quelque chose ? Tu m'as dit tout ce qui te semble important ?

Remerciements.

A.4.3 Guide d'entretien des mères

1 IMPLICATION DANS LE PARCOURS CONTRACEPTIF DE VOTRE FILLE

1.1 Dans le parcours contraceptif en général

Quelle a été votre implication dans le parcours contraceptif de votre fille ?

À partir de quand ?

Avez-vous **parlé** de contraception avec elle ? À quel moment ? Comment ?

Qui a initié la conversation ?

En quelle classe était-elle ou quel âge avait-elle ?

Les premières règles ont-elles été propices aux discussions ?

Que lui avez-vous dit ? Quel·le·s conseils ou recommandations lui avez-vous donné ?

En parlez-vous encore avec elle ?

Est-ce plutôt vous ou elle qui sollicite ce type de conversation ?

Vous êtes-vous basé sur votre propre expérience contraceptive ?

Connaissez-vous son parcours contraceptif ?

Quels sont les moyens contraceptifs qui vous paraissent les plus adaptés pour votre fille ?

Il y a-t-il, selon vous, des bonnes conduites et des conduites à éviter en matière de contraception ?

Préférez-vous que votre fille utilise un ou des moyens contraceptifs plutôt que d'autres ?

En quoi votre (**non-**)religion vous guide-t-elle dans votre manière d'aborder la contraception avec votre fille ?

Pensez-vous en parler plus avec elle que ne le/l'a fait son père ?

À votre avis, comment cela se fait-il ?

1.2 Dans l'utilisation de pilules

Comment êtes/étiez-vous impliquée dans la prise de pilules ?

Êtes-vous impliquée dans l'**achat** de sa pilule ? Dans le **renouvellement** d'ordonnance ?

Votre fille vous sollicite-t-elle lors de **difficultés** dans l'utilisation de sa pilule ?

Lors d'**oublis** ?

Lui avez-vous déjà acheté ou l'avez-vous déjà accompagnée pour acheter :

- Une contraception d'urgence ?
- Un test de grossesse ?

Pensez-vous que votre fille a eu le **choix** de prendre une pilule comme contraception ?

Savez-vous :

- Si cette contraception lui **convient** ?
- Comment elle **gère** sa prise ?
- Comment elle fait pour **y penser** ?
- À quel moment elle la prend ?
- Où elle la **range** ?

- Si elle ressent des **effets** positifs ou négatifs des pilules ? Cela vous préoccupe-t-il ?

Savez-vous que les pilules peuvent avoir des effets néfastes sur la santé ?

- Effets physiologiques
- Effets sur la libido
- Effets sur le plaisir
- Migraine
- Sommeil
- Poids
- Tension

1.3 Perception de la contraception orale

Quel regard portez-vous sur la pilule ?

A-t-il changé au fil des années ?

Avez-vous **confiance** en cette contraception ?

Que savez-vous de la pilule ?

Que pensez-vous du fait que la pilule soit le moyen contraceptif le plus utilisé en France ?

Avez-vous entendu parler du « **scandale** » des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations ?

Pensez-vous être consciente du fait que pouvoir prendre la pilule est le résultat d'un **combat féministe** ?

Pensez-vous qu'il s'agisse toujours d'un combat d'actualité ?

Pensez-vous que les luttes pour la liberté d'accès à la contraception résident toujours dans la pilule ?

Comment envisagez-vous le futur de la contraception ?

Que pensez-vous d'une éventuelle **pilule « masculine »** ?

1.4 Dans l'interaction avec les professionnel·le·s de santé

Comment êtes-vous impliquée dans ses rendez-vous gynécologiques ?

Lui avez-vous conseillé des médecins ou des structures ? (Gynécologues, médecins généralistes, pharmacien·ne·s, Planning Familial, autre...)

Lui avez-vous donné une adresse ? Un numéro de téléphone ?

Avez-vous déjà pris rendez-vous pour elle ? À quelle fréquence ?

L'avez-vous déjà **accompagnée** à un rendez-vous ? À quelle fréquence ?

Avez-vous des **médecins en commun** ?

Pensez-vous que les médecins informent assez sur la contraception ? Sur les pilules ?

Comment s'est passé son premier rendez-vous gynécologique ?

Connaissez vous ses rapports avec le·la gynécologue ?

Connaissez-vous ses ressentis lors de ces rendez-vous ?

2 EXPÉRIENCES CONTRACEPTIVES PERSONNELLES

Quels moyens contraceptifs avez-vous expérimenté au cours de votre vie ?

Des méthodes dites naturelles ?

Avez-vous déjà utilisé une pilule ? Était-ce un choix ? Comment l'avez-vous vécu ?

Comment vos **partenaires** se sont-ils impliqués ?

Quels sont vos rapports avec les **gynécologues/médecins** en matière de contraception ?

Comment avez-vous choisi votre gynécologue/médecin ?

Comment les gynécologues vous parlent de contraception ?

Quels sont vos **ressentis** lors des rendez-vous gynécologiques ?

Comment parliez-vous de contraception dans votre **famille** ?

Et avec vos **ami·e·s** ?

Vous en parlez encore ?

Quelles sont vos **sources** d'informations ?

- Pair·e·s (ami·e·s)
- Médecins
- Famille
- Internet
- Télévision
- Presse
- Planning Familial ou centre de planification
- Autres

3 CONNAISSANCES ET REGARD SUR LES NORMES CONTRACEPTIVES

Quels moyens contraceptifs connaissez-vous pour les femmes ? Pour les hommes ?

En lui montrant la liste exposant les différentes méthodes contraceptives :

Quels sont les moyens contraceptifs que vous connaissez et que vous ne connaissez pas ?

À votre avis, comment cela se fait-il ?

Que pensez-vous de cette répartition ?

Quel est votre avis sur le parcours contraceptif « préservatif-pilule-DIU » ?

Que pensez-vous du fait que la plupart des contraceptifs « féminins » ait un fonctionnement hormonal ?

Que pensez-vous du fait qu'une contraception hormonale « masculine » ne soit pas diffusée ?

4 PARCOURS DE VIE

Pouvez-vous me parler de votre trajectoire scolaire et professionnelle ?

Depuis quand vivez-vous dans cette ville ?

Vous voulez rajouter quelque chose ? Vous m'avez dit tout ce qui vous semble important ?

Remerciements.

A.4.4 Guide d'entretien des professionnel·le·s prescriptrices et prescripteurs

1 PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Racontez-moi votre dernière journée de travail.

1.1 Comment prescrire une pilule ?

Pouvez-vous me raconter la dernière consultation où il était question d'une pilule ?

Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous avez prescrit une pilule ?

Quelle **part** les consultations de contraception représentent-elles parmi l'ensemble de vos consultations ?

Comment déterminez-vous le **moyen contraceptif le plus adapté** selon vos patientes ? Selon quels critères ?

Pouvez-vous exposer **tous les moyens contraceptifs** aux patientes ?

Que conseillez-vous comme première contraception ?

À quel type de femmes conseillez-vous la pilule ?

Quel est le **profil idéal** de « l'utilisatrice » de pilule ?

Comment présentez-vous les pilules à une potentielle future utilisatrice ?

Quels conseils indiquez-vous pour « bien » prendre sa pilule ?

Que pensez-vous du fait que la pilule soit le **moyen contraceptif le plus utilisé en France** ?

Avec toutes ces pilules existantes, **comment choisissez-vous celle** que vous prescrirez à une patiente ?

Certaines pilules sont-elles plus prescrites que d'autres et comment l'expliquer ?

Comment expliquer le fait que des pilules soient plus **remboursées** que d'autres ?

Prescrivez-vous une pilule pour des raisons contraceptives ou médicales ?

Indiquez-vous votre mail ou votre numéro de téléphone à vos patientes ? Ou passent-elles plus par le secrétariat ?

Dans quelle situation prescrivez-vous une **contraception d'urgence** ?

Quels **examens** prescrivez-vous avant une prescription de pilule ?

À quel moment pratiquez-vous une **auscultation complète** ?

Comment gérez-vous le malaise de certaines patientes ?

Décrivez-moi l'espace de votre cabinet (**largeur de la table d'auscultation ? séparation entre l'espace consultation et auscultation ?**).

Comment expliquer que les femmes vous consultent vous plutôt qu'un·e généraliste / un·e gynécologue / un·e sage-femme [**selon la profession de l'enquêté·e**] ?

Les patientes viennent-elles en consultation **accompagnées** ? Par qui ? Comment gérez-vous cette tierce présence ? Faites-vous, à un moment donné, sortir les accompagnant·e·s ?

Comment gérez-vous une demande contraceptive d'une patiente si celle-ci ne vous paraît pas envisageable ?

Vous arrive-t-il de devoir convaincre des personnes de se contracepter ?

Les femmes vous parlent-elles de leurs difficultés à utiliser une pilule ? Vous indiquent-elles ne plus vouloir la prendre ? Que leur préconisez-vous ?

Qu'avez-vous pensé de ce que l'on a appelé le « **scandale** » des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération ?

1.2 Évolution des recommandations

Comment et en quoi votre manière d'exercer/d'informer a-t-elle évolué au fil de votre carrière ?

Constatez-vous des **évolutions**, des changements :

- Du côté de la demande contraceptive des patientes ?
- Du côté de l'implication des hommes (partenaires) ?

Comment ressentez-vous l'impact des politiques de santé ?

Recevez-vous des **recommandations** particulières ? De la part de qui ? Comment les intégrez-vous à votre pratique ? Sont-elles en accord avec votre pratique ?

Avec quel·le·s **autres professionnel·le·s** de santé êtes-vous amené·e à travailler ?

Avez-vous, par exemple, des contacts avec les fabricants ?

Selon vous, comment se fait-il que les discours à propos de la pose ou non de DIU chez les femmes nullipares diffèrent d'un·e praticien·ne à un·e autre ?

2 REGARD SUR LES NORMES CONTRACEPTIVES

Comment expliquer que certains moyens contraceptifs soient beaucoup plus connus ou utilisés que d'autres ?

Comment expliquer que le **schéma contraceptif** le plus répandu en France soit : « préservatif – pilule – DIU » ?

Comment expliquez-vous la **répartition** actuelle des moyens contraceptifs à usages « féminin » et « masculin » ?

Selon vous, pourquoi ce sont surtout des moyens contraceptifs **hormonaux** qui sont développés pour les femmes ?

Et pourquoi la contraception hormonale est-elle sous-développée pour les hommes ?

Diriez-vous que pouvoir prendre la pilule est le résultat d'un **combat féministe** ?

Pensez-vous qu'il s'agisse toujours d'un combat d'actualité ?

Comment envisagez-vous **le futur** de la contraception ?

Que penseriez-vous d'une **pilule « masculine »** ?

À votre avis, comment se fait-il qu'il n'existe pas l'équivalent de rendez-vous gynécologiques pour les hommes ?

Avez-vous (ou vos partenaires ont-elles) déjà utilisé une pilule ? Était-ce un choix ?

3 PARCOURS DE FORMATION ET PROFESSIONNEL

Racontez-moi votre parcours et votre formation professionnel·le·s.

Comment en êtes-vous arrivé·e à travailler dans cette structure ? Et dans cette ville ?

Dans votre parcours comment étai(en)t abordé·e(s) :

- Les corps des femmes et des hommes ?
- La sexualité des femmes et des hommes ?
- La contraception ?
- Et la pilule en particulier ?

Comment **définiriez-vous** la contraception ? Et la pilule en particulier ?

Vous voulez rajouter quelque chose ? Vous m'avez dit tout ce qui vous semble important ?

Remerciements.

A.4.5 Guide d'entretien des membres du personnel de pharmacie

1 PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Racontez-moi votre dernière journée de travail.

Combien de consultations faites-vous par jour ? Quelle est la durée de ces consultations ?

1.1 Comment délivrer une pilule ?

Racontez-moi la dernière fois que vous avez délivré une pilule.

À quelles conditions délivrez-vous une pilule ?

À quelles conditions délivrez-vous une pilule **sans ordonnance** ?

Délivrez-vous une pilule si l'ordonnance est dépassée ?

Racontez-moi la dernière fois où vous avez dû refuser de délivrer une pilule.

Les femmes viennent-elles seules ou **accompagnées** ? Par qui ?

Il y a-t-il des hommes qui viennent acheter des pilules ?

Comment gérez-vous ces accompagnements ?

Les client·e·s vous posent-elles·ils des **questions** sur les pilules et quelles sont-elles ?

Vient-on vous voir pour des **conseils** en matière de contraception ?

La délivrance d'une pilule s'accompagne-t-elle de conseils, d'informations (effets secondaires, conseils pour « bien » prendre sa pilule, etc.) ?

Quelle **part** de clientèle représente les personnes qui achètent des pilules contraceptives ?

Que pensez-vous de la **diffusion massive des pilules** ?

Certaines pilules sont-elles plus vendues que d'autres ? À votre avis, pourquoi ?

Comment expliquez-vous que des pilules soient plus remboursées que d'autres ?

Comment expliquer que beaucoup de pilules aient plusieurs génériques ?

Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous avez délivré une **contraception d'urgence** ?

Comment réagissez-vous quand on vous demande une contraception d'urgence (avec / sans prescription) ?

La **contraception d'urgence** est-elle automatiquement prescrite en même temps qu'une pilule ?

Que pensez-vous de ce que l'on a appelé le « **scandale** » des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération ?

Quels **autres moyens contraceptifs** délivrez-vous ?

1.2 Évolution des recommandations

Comment et en quoi votre manière d'exercer a-t-elle évolué au fil de votre carrière ?

Constatez-vous des évolutions, des changements :

- Du côté des recommandations des politiques de santé ? Comment ressentez-vous l'impact des politiques de santé en matière de contraception ?
- Du côté de la demande contraceptive des patientes ?

- Du côté de l'implication des hommes (partenaires) ?
- Du côté des fabricants ?

Avec quel·le·s **autres professionnel·le·s de santé** êtes-vous amené·e à travailler ?
Avez-vous, par exemple, des contacts avec les fabricants ?

Recevez-vous des **recommandations** particulières ? De la part de qui ?
Cela est-il toujours en accord avec votre manière de travailler ? Si non, comment gérez-vous ces tensions ?

2 REGARD SUR LES NORMES CONTRACEPTIVES

Comment expliquez-vous le fait que certains moyens contraceptifs soient beaucoup plus connus et beaucoup plus utilisés que d'autres ?

Comment expliquez-vous que le **schéma contraceptif** le plus répandu en France soit : « préservatif – pilule – DIU » ?

Comment expliquez-vous la **répartition** actuelle des moyens contraceptifs à usages « féminin » et « masculin » ?

Selon vous, pourquoi ce sont surtout des moyens contraceptifs **hormonaux** qui sont développés pour les femmes ? Et pourquoi la contraception hormonale est-elle sous-développée pour les hommes ?

Diriez-vous que pouvoir prendre la pilule est le résultat d'un **combat féministe** ?
Pensez-vous qu'il s'agisse toujours d'un combat d'actualité ?
Pensez-vous que les luttes pour la liberté de contraception résident toujours dans la pilule ?
Comment envisagez-vous **le futur** de la contraception ?

Que penseriez-vous d'une **pilule « masculine »** ?

Avez-vous (ou vos partenaires ont-elles) déjà utilisé une pilule ? Était-ce un choix ?

3 PARCOURS DE FORMATION ET PROFESSIONNEL

Racontez-moi votre parcours et votre formation professionnel·le·s.
Comment en êtes-vous arrivé·e à travailler dans cette pharmacie ?

Dans votre parcours, comment étai(en)t abordé·e·s :

- Les corps des femmes et des hommes ?
- La sexualité des femmes et des hommes ?
- La contraception ?
- Et la pilule en particulier ?

Comment **définiriez-vous** la contraception ? Et la pilule en particulier ?

Vous voulez rajouter quelque chose ? Vous m'avez dit tout ce qui vous semble important ?

Remerciements.

A.4.6 Guide d'entretien de l'andrologue Roger Mieusset

1 PARCOURS DE FORMATION ET PROFESSIONNEL

Racontez-moi votre parcours et votre formation professionnel·le·s : comment en êtes-vous arrivé à être andrologue ?

S'agit-il d'une spécialité courante ?

Comment en êtes-vous arrivé à travailler dans cette structure ? Et dans cette ville ?

Dans votre parcours, comment étai(en)t abordé·e·s :

- Les corps des femmes et des hommes ?
- La sexualité des femmes et des hommes ?
- La contraception ?
- Et la pilule en particulier ?

Comment **définiriez-vous** la contraception ? Et la pilule en particulier ?

2 PRATIQUES PROFESSIONNELLES

2.1 Contraception « masculine »

Racontez-moi votre dernière journée de travail.

Racontez-moi la dernière consultation pour de la contraception « masculine » (CM).

Combien de consultations faites-vous par jour ? Quelle est la durée de ces consultations ?

Quelle **part** de vos consultations concerne la contraception ?

Exposez-vous **tous les choix contraceptifs ou ne parlez-vous que de CM** ?

Pouvez-vous prescrire des moyens contraceptifs à usage « féminin » ? Une contraception d'urgence ?

Quel est le **profil** des patients qui viennent pour de la CM ?

Comment ont-ils connu la CM ?

En général, les patients viennent-ils **accompagnés** ? Faites-vous sortir les accompagnantes ?

Comment expliquer qu'il n'existe pas d'équivalent de rendez-vous gynécologiques pour les hommes ?

2.2 Pilules

Comment est-il question de pilule dans vos consultations pour de la CM ?

Est-ce courant de passer de la pilule à une CM ?

Quelle part de recours à la CM fait suite à un ras le bol ou des difficultés liées à une prise de pilule ?

Que pensez-vous du fait que la pilule soit le moyen contraceptif le plus utilisé en France ?

Que pensez-vous de ce que l'on a appelé le « **scandale** » des pilules de dernières générations ?

2.3 Évolution des recommandations

Constatez-vous des évolutions, des changements :

- Du côté des recommandations des politiques de santé ? Comment les ressentez-vous dans votre pratique ? Est-ce toujours en accord avec votre manière de travailler ? Si non, comment gérez-vous ces tensions ?
- Du côté de la demande contraceptive des patient·e·s ?
- Du côté de l'implication des hommes ?
- Du côté des fabricants ? Êtes-vous en contact avec certains d'entre eux ?

Avec quel·le·s autres professionnel·le·s de santé êtes-vous amené à travailler ?

3 REGARD SUR LES NORMES CONTRACEPTIVES

Comment expliquez-vous le fait que certains moyens contraceptifs soient beaucoup plus connus et beaucoup plus utilisés que d'autres ?

Comment expliquez-vous qu'il y ait un **schéma contraceptif** français rigide ?

Quelle est l'offre de la CM en France ? Se concentre-t-elle qu'à Toulouse et Paris ?

Toulouse est-elle plus propice que d'autres villes à une répartition égale en termes de responsabilité contraceptive entre les partenaires ?

Comment expliquez-vous la **répartition** actuelle des contraceptifs à usages « féminin » et « masculin » ?

Selon vous, pourquoi ce sont surtout des moyens contraceptifs **hormonaux** qui sont développés pour les femmes, tandis qu'ils sont sous-développés pour les hommes ?

Diriez-vous que pouvoir prendre la pilule est le résultat d'un **combat féministe** ?

Pensez-vous qu'il s'agisse toujours d'un combat d'actualité ?

Pensez-vous que les luttes pour la liberté de contraception résident toujours dans la pilule ?

Comment envisagez-vous **le futur** de la contraception ?

Que penseriez-vous d'une **pilule « masculine »** ?

Vous voulez rajouter quelque chose ? Vous m'avez dit tout ce qui vous semble important ?

Remerciements.

A.4.7 Guide d'entretien des militantes d'un Planning Familial

1 PARCOURS PERSONNEL

Comment en es-tu arrivée à t'investir au Planning Familial (PF) ?

Quel est **ton rôle** au sein du PF ?

2 LE PLANNING FAMILIAL : ANTENNES NATIONALE ET LOCALES

Comment expliquer que certaines antennes du PF soient ou ne soient pas médicalisées ?

Pourquoi les personnes se rendent au PF plutôt que dans une autre structure (médicale) ?

Que recherchent-elles ? Des informations ? Des conseils ? Pour de la contraception ou plus largement des questions de sexualité ?

Quel est le profil des personnes qui vous sollicitent ?

- Identité de genre ? (Femmes, hommes, cis, trans, non binaire...)
- Jeunes ?
- Blanches ?
- Francophones ?
- Viennent-elles seules ou accompagnées ? Par qui selon les demandes ? Comment gérez-vous la présence d'une tierce personne ?

3 LES PILULES CONTRACEPTIVES

Racontez-moi la dernière fois qu'une femme vous a parlé de pilule au PF.

Que dites-vous des pilules aux personnes qui se rendent au PF ?

Que vous disent les personnes à propos des pilules ?

Et des autres moyens contraceptifs ?

Et du pouvoir médical ? Vous, comment le ressentez-vous et comment vous positionnez-vous ?

Vers qui ou vers quel·le·s professionnel·le·s renvoyez-vous les personnes ?

Travaillez-vous avec des (réseaux de) professionnel·le·s de santé ?

Comment décrire leurs discours à propos de la pilule par rapport au votre ? Et leurs discours à propos de la contraception en général ?

Comment avez-vous connaissance de professionnel·le·s *safe* ?

Comment travaillez-vous avec elles et eux ?

Comment gérez-vous quand leurs pratiques ou discours ne sont pas en accord avec vos principes ?

Comment expliquer la confusion entre PF et centres de planification, tant du côté des usagères que des professionnel·le·s ?

Quel regard portez-vous sur le « scandale » des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations ?

Quel est l'impact de ce « scandale » sur le PF ? Se ressent-il dans les demandes des personnes qui vous sollicitent ?

Quelle est votre vision de la pilule au PF ? Est-elle différente de celle d'autres PF et en quoi ?

Que pensez-vous du fait que la pilule soit le moyen contraceptif le plus utilisé en France ?

Au PF, percevez-vous des évolutions en termes :

- De demande contraceptive ?
- D'implication des partenaires ?
- De pratiques des professionnel·le·s de santé ?

Selon vous, comment se fait-il que les discours à propos de la pose ou non de DIU chez les femmes nullipares diffèrent d'un·e praticien·ne à un·e autre ?

Comment expliquez-vous le fait que certains moyens contraceptifs soient beaucoup plus connus et beaucoup plus utilisés que d'autres ? Quel regard y portez-vous ?

Comment expliquez-vous que le **schéma contraceptif** le plus répandu en France soit « préservatif - pilule - DIU » ? Quel regard y portez-vous ?

Comment expliquez-vous la **répartition** actuelle des contraceptifs à usages dits « féminin » et « masculin » ? Quel regard y portez-vous ?

Selon vous, pourquoi ce sont surtout des moyens contraceptifs hormonaux qui sont développés pour les femmes et sous-développés pour les hommes ?

Diriez-vous que pouvoir prendre la pilule est le résultat d'un **combat féministe** ?

Ce combat est-il toujours d'actualité ?

Pensez-vous que les luttes pour la liberté d'accès à la contraception résident toujours dans la pilule ?

Comment envisagez-vous le **futur** de la contraception ?

Que penseriez-vous d'une **pilule « masculine »** ?

À votre avis, comment se fait-il qu'il n'existe pas l'équivalent de rendez-vous gynécologiques pour les hommes ? Qu'en pensez-vous ?

Vous voulez rajouter quelque chose ? Vous m'avez dit tout ce qui vous semble important ?

Remerciements.

A.5 Liste des méthodes contraceptives mobilisée en fin d'entretiens

Cette liste présente les différentes méthodes contraceptives par ordre alphabétique et selon le type d'usage dit féminin ou masculin. Utilisée en fin d'entretien auprès des jeunes femmes, des partenaires et des mères, elle leur était montrée après leur avoir demandé les différentes méthodes contraceptives qu'ils connaissaient. Elle a principalement permis de recueillir leurs perceptions des différentes méthodes, ainsi que leur réaction quant à la répartition genrée qu'elle induit. Elle leur était présentée comme suit :

Les différentes méthodes contraceptives

Contraceptifs à usage féminin	
Anneau vaginal	
Cape cervicale	
Contraception d'urgence (pilules du lendemain)	
Diaphragme	
DIU ou stérilets	en cuivre hormonal
Implant	
Méthodes naturelles	
Patch	
Pilules	
Préservatif féminin ou interne	
Progestatifs injectables	
Spermicides	
Stérilisation	

Contraceptifs à usage masculin
Préservatif masculin ou externe
Méthodes naturelles
Stérilisation
Injections hormonales
Méthode thermique (slip chauffant)

A.6 Fiche d'informations sociodémographiques

S'apparentant davantage au questionnaire qu'à l'entretien, la fiche d'informations sociodémographiques était présentée (aux jeunes femmes, aux partenaires et aux mères) en fin d'entretien. Les informations récoltées se voulaient complémentaires à celles fournies en entretiens. Comme chaque nouvel outil mobilisé en entretien, la fiche était l'occasion de poursuivre les échanges, de manière plus informelle. Elle s'est avérée particulièrement utile pour avoir accès plus en détail aux (non) engagements politiques des enquêtées et a permis d'accéder à de précieuses informations quant à leur disposition à la contestation (notamment de l'autorité médicale). Elle se présente sous forme d'encart, comme suit :

Fiche d'informations sociodémographiques

Date de naissance :
Nature et niveau d'études :
Travail (poste et type de contrat [CDD, CDI, pas de contrat, alternance, autre]) :
Nombre d'heures hebdomadaires :
Depuis (date) :
Parentalité (projet ?) :
Statut matrimonial (célibataire, en couple, mariée, en cohabitation, depuis combien de temps...) :
Professions des parents - Mère : - Père :
Lieu de naissance : Lieu de résidence actuel :

Revendications religieuses :
Religion(s) dans la famille :
Revendications politiques (militantisme ?) :
Engagement associatif ? :
Noms, coordonnées du dernier médecin sollicité pour de la contraception <i>[il était précisé à l'enquête-e que cette information permettait d'avoir accès au statut des professionnel-le-s et au type de structure médicale fréquenté. Il n'a pas été question de contacter ces praticien-ne-s] :</i>
L'étude est anonyme. Pseudo souhaité (un « vrai » prénom, sans chiffre) :

A.7 Grille d'observation

L'appellation « cabinet » dans la grille d'observation renvoie à la salle de consultation observée. Cela désigne donc tout autant un cabinet de ville, de clinique, d'hôpital, de CDPEF ou de centre de santé.

Conditions de recueil des données (matériel utilisé) :

Date, heures et lieu :

En arrivant :

Durée de la consultation :

	Avant la consultation	Pendant la consultation
Organisation spatiale du cabinet et des activités :	<p>Le cabinet se situe-t-il dans un immeuble ?</p> <p>Décrire la salle d'attente.</p> <p>Quels prospectus ?</p> <p>Combien de cabinets ?</p> <p>Combien de temps d'attente ?</p>	<p>Faire un schéma du cabinet : objets, délimitations spatiales et positions des enquêté·e·s.</p> <p>Quel agencement du cabinet ? Quelle taille ? Différentes parties ? Quelles délimitations ? Quelle organisation spatiale entre l'endroit où l'on discute et la table d'auscultation ?</p> <p>Peut-on dire que l'espace est généré ? En quoi ?</p> <p>Quelles sont les différentes étapes du rendez-vous ? Quels sont les seuils ? La patiente semble-t-elle habituée aux différentes étapes ?</p>
Occupation de l'espace, des objets et des personnes :	<p>Quelles personnes présentes ?</p> <p>Où sont-elles installées ? Combien sont-elles ?</p> <p>Leurs caractéristiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leur identité de genre ? • Leur âge ? • Racisé·e·s ? <p>Un profil ressort-il ?</p>	<p>À quelle place se trouve la patiente ? Et la·le praticien·ne ?</p> <p>Quel espace occupe la·le praticien·ne ? Quel espace occupe la patiente ? À quels moments se rencontrent-iels dans l'espace ?</p> <p>De quelle manière se déplacent-iels ?</p> <p>La patiente est-elle auscultée ? Comment ? Comment savoir le moment où elle va être auscultée ?</p> <p>Quelle est ma place ?</p> <p>Quels sont les objets visibles ? Quels objets sont mobilisés ?</p> <p>Décrire le bureau de la·le praticien·ne.</p>
Corps et attitudes :	<p>Les personnes sont-elles seules ?</p>	<p>Code vestimentaire de la·le praticien·ne ? Son âge ? Racisée ?</p>

	Avant la consultation	Pendant la consultation
	<p>Que font-elles ?</p> <p>Sont-elles mobiles ?</p> <p>Leurs regards ?</p> <p>Code vestimentaire ?</p> <p>Quelles expressions sur leurs visages ?</p> <p>Différentes postures ?</p>	<p>Langage corporel :</p> <p>Comment se saluent-iels ?</p> <p>Comment se présentent-iels ?</p> <p>La patiente ou la-le praticien-ne me présente ?</p> <p>Comment se présente-t-iel à moi ?</p> <p>Que font-iels de leurs corps ?</p> <p>Quelles différences de comportements entre la patiente et la-le praticien-ne ?</p> <p>Que traduisent les expressions de leurs visages ?</p> <p>La-le praticien-ne a -t-iel des supports ?</p> <p>À quel moment il y a-t-il distanciation ou proximité corporelle ?</p> <p>À quel moment se regardent-iels ou non ?</p> <p>Quels sujets de discussion ?</p> <p>Quelle(s) intonation(s) de voix ?</p>
Interactions :	<p>Il y a-t-il des interactions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paroles ? • Regards ? • Sourires ? <p>Qui interagi avec qui ?</p> <p>Combien de temps ?</p> <p>Quel message ?</p> <p>Les différents groupes communiquent-ils entre eux ?</p>	<p>Communication verbale :</p> <p>Comment est marquée la première interaction ?</p> <p>Comment s'appellent-iels ?</p> <p>Se serrent-iels la main ?</p> <p>Comment la patiente est-elle accueillie ? Son âge a-t-il une influence sur l'accueil réservé (Guyard) ?</p> <p>Quels champs lexicaux sont employés et par qui ?</p> <p>Qu'est-ce qui se dit des pilules et par qui ?</p> <p>Qu'est-ce qui se dit de la contraception en général ?</p> <p>Quels savoirs sont mobilisés (savoir médical, expériences de la patiente) ? Certains savoirs sont-ils plus valorisés ?</p> <p>Chacun-e recherche-t-iel à défendre ses intérêts ou mettent-iels leurs savoirs en commun ?</p> <p>Qu'est-ce qui est transmis/échangé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelles normes ? • Des représentations sont-elles mobilisées ? • Des expériences ? <p>Qui pose les questions et de quelle manière ?</p> <p>Des réponses sont-elles apportées ?</p> <p>Qui y répond et de quelle manière ?</p> <p>Des conseils sont-ils spontanément donnés ?</p> <p>Quel est le sujet principal du rendez-vous ?</p> <p>Ce sujet est-il dicible ailleurs ?</p> <p>Il y a-t-il débat ou négociation ?</p>

	Avant la consultation	Pendant la consultation
		<p>Parle-t-on de sexualité ? De violences ? Quel est le résultat de ce rendez-vous ?</p> <p>De quoi n'a-t-on pas parlé ?</p> <p>Quantifier le temps de parole et la nature des échanges. Conseils ? Négociations ?</p> <p>La consultation aurait-elle pu se passer différemment si le-la praticien-ne avait été un homme / une femme ?</p> <p>Comment décrire la relation entre la patiente et le-la praticien-ne ?</p> <p>Quelle relation tente d'établir le-la praticien-ne (durable et de confiance) ?</p> <p>Quels actes (médicaux) sont effectués : renouvellement d'ordonnance, prescription d'examen, auscultation ?</p> <p>Il y a-t-il des formes de violences gynécologiques ?</p> <p>Me sollicitent-ils et de quelle manière ?</p> <p>Comment est marquée la fin du rendez-vous ?</p> <p>Quel est le dernier sujet abordé ?</p> <p>Comment s'effectue le paiement ?</p> <p>Un autre rendez-vous est-il prévu</p> <p>Y a-t-il une prescription ?</p> <p>Comment se dit-on au revoir ?</p>

Auscultation

Réalisée au bout de combien de temps :

Durée :

Après la consultation

Pendant le paiement, durée :

Après, en sortant du cabinet :

B. DOCUMENTS RECUEILLIS SUR LE TERRAIN

B.1 Situations cliniques étudiées dans le cours de médecine observé

GROUPE 1	Situation A
<p>1) Alice D 15ans vient vous voir seule pour prendre la pilule vous dit elle. Vous la connaissez depuis plusieurs années et vous connaissez aussi sa famille. Elle n'a pas d'antécédents personnels ni familiaux particuliers et fume 10 cigarettes par jour Elle souhaite « un truc » facile à prendre et rapidement efficace.</p> <p>Comment menez vous cette consultation ? Quelle(s) prescription(s) ? Quels conseils et quel suivi ?</p>	
<p>2) Alice reconsulte 6mois plus tard. Elle a oublié sa pilule, demande une contraception d'urgence pour un rapport non protégé sans contraception il y a 48 heures. Elle est d'autant plus inquiète qu'elle a subi une IVG médicamenteuse il y a 2 mois à la suite d'un oubli de pilule.</p> <p>Comment menez vous cette consultation ? Que proposez vous à Alice ?</p>	

Groupe 2

Situation B

1° Me Cécile B a 38 ans , 2 enfants , vit en couple , est sous contraception orale MINIDRIL depuis sa dernière grossesse. Elle vient pour renouveler cette contraception et faire faire le certificat de sport à son fils ,
Vous ne l'avez vu qu'une fois pour une infection ORL banale.

Votre attitude ?
Que recherchez vous ?

Il n'y pas d'antécédents personnels ni familiaux particuliers que prescrivez vous ?

2) A l'interrogatoire on retrouve des antécédents familiaux de diabète (mère)
elle même fume 8 cigarettes par jour en moyenne vous dit elle

Est ce que votre attitude change ?

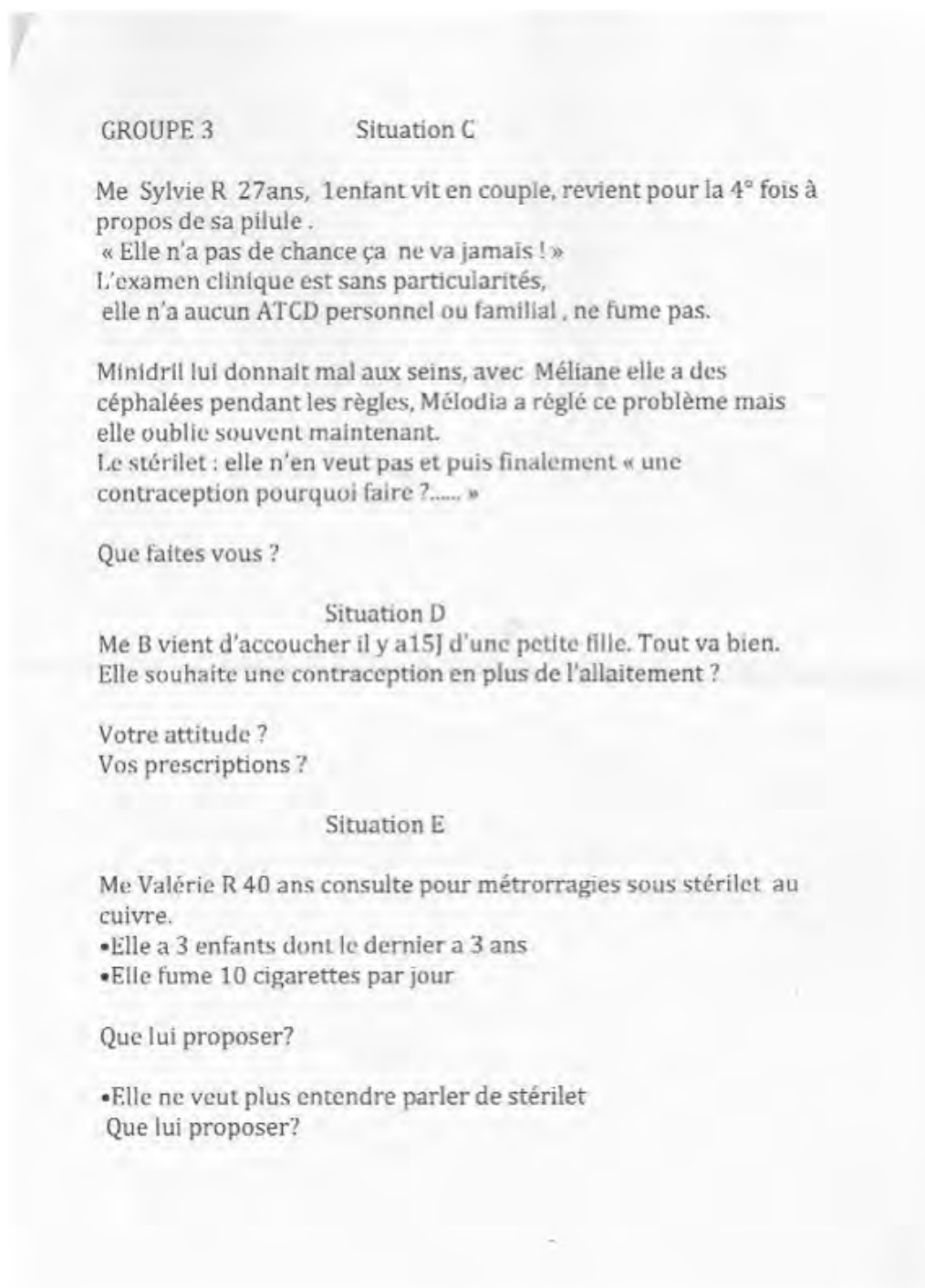


Figure 55 - Polycopié distribué et étudié durant le cours de médecine observé et présentant des situations cliniques

B.2 La contraception selon la méthode BERCER

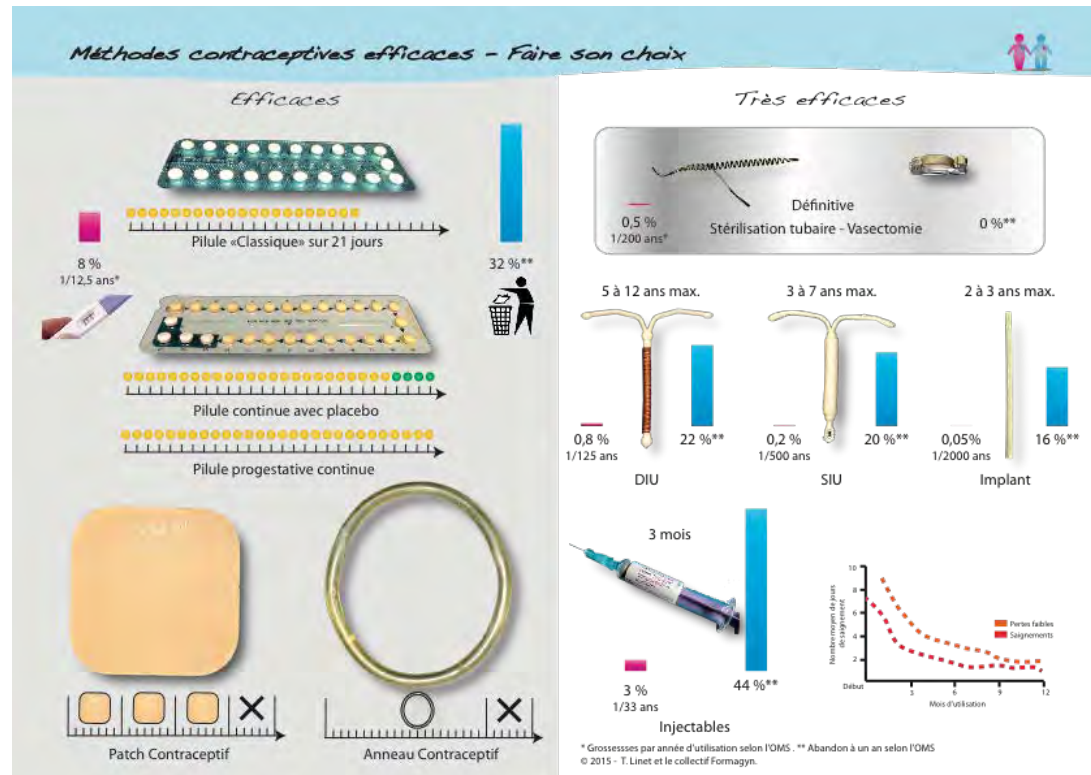


Figure 56 - « Méthodes contraceptives efficaces - Faire son choix », méthode BERCER (2015)

B.3 Tableau de classification des pilules par générations



CONTRACEPTIFS ORAUX COMMERCIALISÉS EN FRANCE AU 1^{ER} JANVIER 2013

Contraceptifs oraux commercialisés en France au 01 Janvier 2013 Estro-progestatifs					
Génération progestatif	Dénomination commune (DC)	Phases	Dosage	Spécialités	Posologie
1 ^{ère}	Noréthistérone	Triphasique	Noréthistérone 500 puis 750 µg puis 1000 µg, EE 35 µg	Triella	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
2 ^{ème}	Lévonorgestrel	Monophasique	Lévonorgestrel 150 µg, EE 30 µg	Minidril – Ludéal - Zikiale	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Lévonorgestrel 100 µg, EE 20 µg	Leeloo – Lovavulo - Optilova	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
		Biphasique	Lévonorgestrel 150 puis 200 µg, EE 30 puis 40 µg	Adépal - Pacilia	21 cp (7+14) + 7 j d'arrêt
	Triphasique	Lévonorgestrel 50 puis 75 puis 125 µg, EE 30 puis 40 puis 30 µg	Trinordiol – Amarance – Daily - Evanezia	21 cp (6+5+10) + 7 j d'arrêt	
	Norgestrel	Monophasique	Norgestrel 500 µg, EE 50 µg	Stédiril	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
3 ^{ème}	Désogestrel	Monophasique	Désogestrel 150 µg, EE 20 µg	Mercilon - Désobel 150/20 - Désogestrel Ethinylestradiol 150/20 Biogaran - / Zentiva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Désogestrel 150 µg, EE 30 µg	Varnoline - Désobel 150/30 - Désogestrel Ethinylestradiol 150/30 Biogaran / Zentiva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
				Varnoline continu	21 cp actifs + 7 placebo
	Gestodène	Monophasique	Gestodène 60 µg, EE 15 µg	Edenelle - Mélodia – Minesse – Optinesse - Sylviane - Gestodène Ethinylestradiol 60/15 Biogaran / Teva / Arrow / Zentiva	24 cp actifs + 4 placebo
Gestodène 75 µg, EE 20 µg			Harmonet, Méliane - Carlin 75/20 - Efezial 75/20 - Félixita 75/20 - Gestodène Ethinylestradiol 75/20 Actavis / Arrow / Biogaran / EG / Ranbaxy / Ratiopharm / Sandoz / Teva / Zentiva / Zydus	21 cp (+ 7 j d'arrêt)	

	Gestodène		Gestodène 75 µg, EE 30 µg	Minulet – Monéva - Carlin 75/30 - Efezial 75/30 - Félixita 75/30 - Gestodène Ethinylestradiol 75/30 Actavis / Arrow / Biogaran / EG / Ranbaxy / Ratiopharm / Sandoz / Teva / Zentiva / Zydus	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
		Triphasique	Gestodène 50 puis 70 puis 100 µg, EE 30 puis 40 puis 30 µg	Phaéva - Tri-Minulet - Perléane	21 cp (6+5+10) + 7 j d'arrêt
	Norgestimate	Monophasique	Norgestimate 250 µg, EE 35 µg	Cilest - Effiprev	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
		Triphasique	Norgestimate 180 µg puis 215 µg puis 250 µg, EE 35 µg	Tricilest - Triafemi	21 cp (7+7+7) + 7 j d'arrêt
Autres (parfois appelées 4^{ème} génération)	Chlormadinone	Monophasique	Chlormadinone 2 mg, EE 30 µg	Bélara	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
	Drospirénone	Monophasique	Drospirénone 3 mg, EE 30 µg	Jasmine – Convuline - Drospibel 3 mg / 30 µg - Drospirenone Ethinylestradiol 3 mg / 30 µg Biogaran	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Drospirénone 3 mg, EE 20 µg	Jasminelle – Bélanette - Drospibel 3 mg / 20 µg - Drospirenone Ethinylestradiol 3 mg / 20 µg Biogaran	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
				Jasminelle continu - Drospirenone Ethinylestradiol 3 mg / 20 µg Biogaran continu	21 cp actifs + 7 placebo
				Yaz – Rimendia	24 cp actifs + 4 placebo
	DiénoGEST	Multiphasique	DiénoGEST 5 paliers en mg : 0, 2, 3, 0 puis 0 Valérate d'estradiol 5 paliers en mg : 3, 2, 2, 1 puis 0.	Qlaira	26 cp actifs (2+5+17+2) et 2 placebo
Nomégestrol	Monophasique	Nomégestrol acétate 2,5 mg, estradiol 1,5 mg	Zoely	24 cp actifs + 4 placebo	

cp : comprimé - EE : éthinylestradiol - j : jour

Contraceptifs oraux commercialisés en France au 01 JANVIER 2013					
Progestatifs					
Génération progestatif	Dénomination commune (DC)	Phases	Dosage	Spécialités	Posologie
2 ^{ème}	Lévonorgestrel	---	Lévonorgestrel 30 µg	Microval	28 cp
3 ^{ème}	Désogestrel	---	Désogestrel 75 µg	Cérazette - Désogestrel 75 µg Actavis / Biogaran / Mylan / Teva - - Antigone	28 cp

cp : comprimé ; EE : éthinyloestradiol ; j : jour

Figure 57 - Tableau classificatoire des pilules par générations (ANSM 2013)

Résumé

Cette thèse interroge les prescriptions et les usages de contraception orale dans un contexte marqué par « la crise de la pilule ». Si lors de la légalisation de la contraception en France, les pilules incarnaient un symbole d'émancipation pour les femmes, elles deviennent, cinquante ans plus tard, objets de méfiance d'ordre sanitaire et social, toujours plébiscités.

À la croisée de la sociologie du genre et des professions et de la socio-anthropologie politique de la santé, trois niveaux d'analyse sont articulés : l'étude de parcours contraceptifs (niveau micro social) ; l'impact des normes médicales et de genre sur les pratiques contraceptives et médicales (niveau méso) ; et la prise en compte de logiques biopolitiques (niveau macro). Des entretiens ont été menés selon les principes d'une étude longitudinale auprès de jeunes femmes usagères de contraception orale, de leurs mères et partenaires et de professionnel·le·s de santé, habilité·e·s à prescrire ou délivrer une contraception. Une centaine de consultations médicales et gynécologiques ont été observées, dans des structures publiques et privées.

Les analyses par codifications thématiques et études de cas ont mis en évidence une typologie de pratiques de soin (allopathiques dominantes, sensibilisées, alternatives) plus ou moins enclines aux violences gynécologiques et pouvant freiner la remise en question de la centralité des pilules dans la « norme contraceptive ». L'étude des perceptions de la contraception par l'ensemble de la population d'enquête révèle une corrélation hiérarchique entre les méthodes contraceptives (plus ou moins marginalisées), les praticien·ne·s qui les recommandent et les profils des usagères.

Mots clés : choix contraceptif, crise des pilules, féminisme, générations, genre, hétérosexualité, normes prescriptives, professionnel·le·s de santé, santé sexuelle et reproductive, violences médicales et gynécologiques.

Abstract

To be on pill.
A sociology of contraceptive prescriptions and uses
in a context of "pill scare"

This thesis examines the prescriptions and uses of oral contraception in a context marked by the "pill scare" (or "pill crisis"). If, at the time of the legalization of contraception in France, the pill embodied a symbol of emancipation for women, fifty years later, it has become an object of health and social distrust, while still being in demand.

At the crossroads of the sociology of gender and professions, and the political socio-anthropology of health, three levels of analysis are articulated: the study of contraceptive journeys (micro social level); the consideration of the impact of medical and gender norms on contraceptive and medical practices (meso level); and the consideration of biopolitical logics (macro level). Interviews were conducted following the principles of a longitudinal study with young women who use oral contraception, their mothers and partners, as well as health professionals authorized to prescribe or dispense contraceptives. One hundred medical and gynaecological consultations were observed in public and private facilities.

Analyses by thematic coding and case studies revealed a typology of care practices (predominantly allopathic, sensitized, alternative) that are more or less prone to gynaecological violence and that can hinder the questioning of the centrality of pills in the "contraceptive norm". The study of the perceptions of contraception by the entire survey population reveals a hierarchical correlation between the contraceptive methods (more or less marginalized), the health workers who recommend them, and the profiles of users.

Keywords : contraceptive choice, pill scare, feminism, generations, gender, heterosexuality, prescriptive standards, healthcare workers, sexual and reproductive health, medical and gynaecological violence.