

table des matières

Remerciements	7
Liste des acronymes	9
Introduction	11
Actualité du propos	11
La crise de la pilule : un scandale sanitaire parmi d'autres ?	12
Des crises plurielles dans les pays occidentaux depuis 2010	13
Analogie comparative : avant et pendant une crise sanitaire	14
La contraception : panel féminisé de la santé	16
La ou les pilule(s) ?	16
Des moyens de contraception qui ne se valent pas ?	16
Sortir d'une contraception cis-centrée	18
L'« espace de la contraception »	18
Positionnement des groupes de personnes actrices	19
Dialogue : des postulats journalistiques aux débats scientifiques	19
Affrontements de postures médicales	20
Usagères actrices	20
La contraception orale dans la recherche scientifique	20
Des travaux anglo-saxons précurseurs	20
En France : des transitions démographiques à la question de l'émancipation	21
Apports	22
De la cohérence entre le fond et la forme : le choix de l'écriture inclusive non sexiste	22
Les corps des femmes dans les vagues : entre militantisme et recherche, l'évidence de l'approche féministe	22
Déconstruire le mythe de la neutralité des sciences : <i>standpoint</i> , le privilège épistémologique du point de vue situé	23
Une approche féministe et une écriture inclusive pour des sciences plus objectives	23
Pour une écriture juste, non violente	24
Une méthode d'enquête qualitative	25
Présentation de la population d'enquête	25
Entretiens auprès de chaque groupe de personnes enquêtées	27

Observations d'un cours de médecine et de consultations gynécologiques	30
Une chercheure non soignante : de la difficulté d'investir les structures médicales	30
L'amitié sur le terrain : usagères et chercheure, pairs et alliées	32
Les outils d'enquête : entre légitimité et crainte du travail de chercheure	33
De la diversité des matériaux de terrain	34
Un argumentaire graduel	35
Chapitre 1. La contraception orale dans les formations des professions prescriptrices : outil d'apprentissage de l'autorité médicale ?	37
De l'évidence de se former à la nécessité de s'informer	39
Une formation initiale élitiste ?	39
Les conditions (matérielles) de la formation initiale : onéreuse, sélective et harassante	39
Une forte mobilité géographique et structurelle	41
Une formation partielle, partielle et discontinue ?	43
La formation en (dis)continu	43
La place ambivalente des laboratoires pharmaceutiques dans la formation	45
La place marginale de la contraception dans la formation médicale	46
Études de cas : la place différenciée de la contraception dans les cours de médecine et de maïeutique	46
Observer un cours de contraception en internat de médecine générale : exclusivité de la vision médicale et absence de réflexivité	46
Consulter un cours de contraception de troisième année d'école de sages-femmes : une approche de santé globale ?	57
Une formation sur le tas et sur le tard	59
Les cours : « le néant » contraceptif et sexuel ?	60
Les stages et le mimétisme	64
La formation en continu : un réajustement selon l'expérience des consultations	65
La contraception orale comme outil d'autorité médicale	69
Le genre des professions de santé	69
Les femmes dans les métiers de la santé : du <i>care</i> et du sale boulot	69
Le « contrat de genre » assimilé dès la formation : une médecine paternaliste... à destination des femmes ?	70
Professions prescriptrices : des légitimités hiérarchisées et en concurrence ?	72
Entre gynécologues et sages-femmes : un rapport d'autorité	72
Les généralistes : un entre-deux hiérarchique	74
La gynécologie (médicale) : entre expertise et compétences interdisciplinaires	74

« Mais j'en fais beaucoup plus que vous ! » :	
conditions d'exercice en structures privées et publiques	76
L'exercice en libéral : la « liberté » d'être « débordée » ?	76
L'exercice en structures publiques :	
de la hiérarchie professionnelle aux motifs de consultations,	
l'expérience de situations de domination	79
Chapitre 2. L'accès à la contraception selon les structures de santé	85
Une observation exploratoire « semi-incognito »	86
Des consultations aux scénarios structurels	90
Similarité des sessions d'observation, diversité des structures :	
des rapports au temps différenciés	90
Des consultations par étapes : l'examen gynécologique,	
enjeu sous-jacent de la médicalisation de la contraception	94
De la centralité de l'examen	
dans la consultation gynécologique	94
Une place variable de l'examen selon les structures	95
« 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 ?	97
La contraception médicalisée : rappel à l'ordre médical	
et de genre	98
L'injonction à la contraception orale	98
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 centre de planification	100
Du degré d'injonction à la contraception	
selon le nombre d'IVG ?	102
Chapitre 3. De la prévention à la coercition : postures déontologiques et réflexives des membres du corps médical ...	107
La dimension matérielle en consultations gynécologiques	109
Imposer une tierce présence en consultation ?	109
Présenter une chercheuse en sociologie...	
dans une consultation médicale	112
Démarrer une consultation... biaisée à des fins prescriptrices ? ...	117
Encombrante et inconfortable ? La place de la chercheuse	118
L'installation et le port de la blouse	118
Enjeux éthiques de matérialité et de séparation	
des espaces de consultation et d'auscultation	121
Les violences gynécologiques au sein du <i>continuum</i>	
des violences de genre	125
Définir les violences pour les conscientiser	125
Choisir, est-ce consentir ?	125
Des violences insoupçonnées, légitimées par la filiation ?	126
La rétention d'information en contexte de culture du viol :	
violence médicale ordinaire ?	127

La consultation de contraception orale, favorable au risque de violences médicales ?	
Étude de cas d'une consultation gynécologique	130
Les violences gynécologiques au sein d'un <i>continuum</i>	135
Une chercheure témoin de violences : répondre par une posture féministe	137
Chapitre 4. Suite à la crise de la pilule, une réorganisation	
au sein de « l'espace de la contraception »	143
Entre prévention des risques et désorientation des pratiques	145
Médiatiques, (non) médicales, confuses : gérer différents niveaux d'informations	145
Le corps médical face aux médias	145
Une recrudescence du contrôle de soi ?	147
Risques sanitaires, évolution des recommandations : des confusions	148
Une « crise » qui restreint les choix contraceptifs ?	150
Recommandations des politiques publiques : motivations sanitaires ou réactionnaires ?	150
Pilules non remboursées : pilules dépréciées ?	151
Réenvisager l'exercice médical face à la défiance	153
Les pilules : quelles (re)considérations de l'évidence contraceptive ?	153
Des pilules (sous)cutanées et intravaginales ?	
Définir « la pilule » selon les membres du corps médical	153
« Échec » contraceptif, échec professionnel ?	155
« La magie des noms » : la part de marketing dans les prescriptions	156
« Maintenant c'est pas féministe de prendre la pilule » : effets de professions, de générations et de genre	158
Impact du scandale sur les expériences et relations professionnelles	160
Légitimité de prescription en concurrence ?	160
La matérialité de l'influence des laboratoires pharmaceutiques	162
Perceptions des méthodes contraceptives par le personnel de santé	167
« La » contraception, des perceptions plurielles	167
Perceptions des méthodes médicalisées	169
La contraception orale : facilité prescriptive, ingestion punitive ?	169
La contraception médicalisée vaginale et ovarienne : stigmatisée, non remboursée ou anaphrodisiaque	170
La contraception d'urgence et la stérilisation : méthodes impensées et de derniers recours	172
Perceptions des méthodes réversibles marginalisées	175
Les méthodes locales vaginales non hormonales et les méthodes dites naturelles : hors compétences médicales ?	175
« Anormale » : la contraception pénienne et testiculaire	180

Chapitre 5. À qui faire avaler la pilule ?	185
Impacts des pratiques de soin sur l'accès et le vécu contraceptif des usagères	186
Médicalisation de femmes non malades : contracepter ou corriger ?	186
Entre les murs : exposition de l'information et conditions de travail et d'accueil des patientes	186
Des corps performés par une médecine dominante ?	188
Consultations courtes, risque accru de violences médicales ?	191
La parole ou l'action	191
« Montrer » la contraception	193
La consultation participative, une ressource contre la violence médicale ?	199
Catégoriser les patientes selon des critères non médicaux	200
Entre compétences attendues des jeunes usagères et peur du médico-légal	201
Usagères « déviantes », prescriptions de long cours	203
« Idéales » ou précarisées : les femmes inégalement exposées aux effets indésirables	203
Cas de grossesses plurielles, responsabilité contraceptive perpétuelle	203
« Pas plus de cinq cigarettes par jour » : hygiénisme et recommandations officielles	204
Face aux patientes racisées : une médecine complice des situations qu'elle dénonce ?	205
Avaler bien plus qu'une pilule, incorporer des normes de genre	208
Se connecter à une prise de pilule « 2.0 »	209
Se contrôler, parer à l'interrogatoire en collectant des données ...	211
Anticiper l'auscultation, modeler le corps genré	213
Conclusion	219
Principaux résultats	219
L'objectif de contraception libre et gratuite toujours entravé	219
Considérer la matérialité du terrain investi pour accéder aux logiques systémiques	222
Une corrélation hiérarchique entre les méthodes contraceptives, les personnes soignantes qui les recommandent et les profils des usagères	222
Un système de soin peu enclin aux postures soignantes éthiques	225
Apports principaux et contributions aux champs socioanthropologiques	226
Bibliographie	229
Table des figures et tableaux	245