

« 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, 24 ans, chargée de gestion immobilière [ancienne et future] usagère de pilule, 3 juillet 2016).

Actualité du propos

Depuis 2022 en France, la contraception est gratuite jusqu'à l'âge de 25 ans. Cependant, il s'agit moins de permettre le libre accès à l'ensemble des méthodes contraceptives que de remboursement ou d'exonération, sur présentation d'une ordonnance pour la plupart des moyens contraceptifs. Ces mesures politiques questionnent le maintien d'une dépendance au corps médical, pas toujours justifiée, limitant l'atteinte de l'objectif de contraception libre. Malgré une désaffection croissante envers la pilule depuis les années 2000, en 2023 la contraception orale reste centrale dans le panel contraceptif (Andro *et al.*, 2024). Parallèlement, le développement de contraception à destination des hommes, particulièrement si son fonctionnement est hormonal, stagne. Pour toutes ces raisons, ce n'est pas tant l'objet pilule qui est remis en question (particulièrement depuis les années 2010), que sa gestion politique.

« 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 ». Fin 2012, début 2013, éclatait un « scandale » médiatique, politique et sanitaire, relatif au surrisque de thromboses veineuses profondes, associé aux usages de pilules de troisième et quatrième générations. Quarante-cinq ans après la loi Neuwirth (1967) légalisant la contraception en France, son symbole incarné par la pilule était ébranlé et sa vocation d'émancipation, remise en question.

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). Dans ce contexte, l'article du *Monde*, précédemment cité, met au jour la plainte de Marion Larat contre le directeur général du laboratoire pharmaceutique Bayer et contre l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). La jeune femme est alors usagère d'une pilule de troisième génération à laquelle elle incombe son accident vasculaire cérébral (AVC). Cette première plainte au pénal débouchera sur le dépôt de centaines d'autres plaintes (Rouzaud-Cornabas, 2019, p. 281). Cette médiatisation marque alors un tournant dans ce scandale qui se constitue en véritable crise sanitaire en France.

Malgré une baisse du recours à la pilule enregistré dans les années 2000 (Bajos *et al.*, 2012), le scandale sera scientifiquement théorisé par la suite en véritable « crise de la pilule » (Bajos *et al.*, 2014; Rouzaud-Cornabas, 2019), au regard de ses conséquences sur les prescriptions et les usages de contraception orale : le taux d'usage, non pas seulement des pilules incriminées, mais de l'ensemble de la contraception orale, a chuté de 13 points en passant de 50 % en 2010 (Bajos *et al.*, 2014) à 36,5 % en 2016 (Rahib *et al.*, 2017). Plus largement, cette crise semble s'ancre dans un contexte favorable au débat portant sur les biais de la médicalisation des corps des femmes, à l'œuvre depuis le début des années 2010, notamment sur Internet (Fonquerne, 2022).

La crise de la pilule : un scandale sanitaire parmi d'autres ?

La pandémie de Covid-19 invite particulièrement à (re)penser ce qui constitue une crise sanitaire. D'une part, parce que les crises

1. CABUT Sandrine, KRÉMER Pascale et SANTI Pascale, 14 décembre 2012, « Alerte sur la pilule de 3^e et 4^e génération », *Le Monde*.fr.

peuvent affecter la santé sexuelle des femmes sans même la concerner directement. En Europe, durant ladite pandémie, de nombreuses structures médicales ont suspendu les services d'interruptions volontaires de grossesse (IVG), rendant son recours difficile (La Rochebrochard *et al.*, 2020 ; Sestito, 2020). D'autre part, parce que la contraception orale n'est ni l'unique ni le premier traitement médicalisé faisant l'objet d'un scandale. 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 le Médiator® (en 2010), divers scandales sanitaires ont éclaté en France. Les soupçons sanitaires relatifs à la contraception sont finalement apparus tardivement, au regard d'autres traitements et par rapport à d'autres pays, comme le Royaume-Uni ou les pays nordiques, qui mettaient en garde contre les dangers sanitaires relatifs aux pilules depuis les années 1990, au moment du mouvement de panique « *pill scare* » (Rouzaud-Cornabas, 2019).

Des crises plurielles dans les pays occidentaux 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). 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, 113 femmes de 28 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, 111 ont été enceintes, à la suite de quoi 17 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 avaient été rappelés, invoquant à l'époque une « erreur d'emballage² ».

De même, toujours aux États-Unis des soupçons (de surrisques sanitaires) ont été soulevés par des usagères contre les pilules de la famille Yasmin®. À ce titre, le laboratoire Bayer a versé presque

2. *L'Express*, AFP, 2015, « Pilule défectueuse : plus de 100 Américaines tombées enceintes portent plainte », document avec abonnement nécessaire, [https://www.lexpress.fr/monde/plainte-plus-de-100-americaines-enceintes-pour-une-pilule-defectueuse_1735306.html?cmp_redirect=true], consulté le 29 février 2016.

deux milliards de dollars répartis à quelque 10 000 plaignantes, afin d'éviter de longs et coûteux procès³.

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 pilules. 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 liés 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 à qui elle réclame 200 000 euros de dommages et intérêts ainsi que le retrait 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 bénéfice-risque positif" de son traitement, autorisé par toutes les agences du médicament⁴. »

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 250 témoignages de femmes ayant subi des effets néfastes similaires.

Analogie comparative : avant et pendant une crise sanitaire

Les crises sanitaires se rejoignent cependant en plusieurs points et notamment dans les étapes qui annoncent l'apogée du scandale (Fillion, 2005). Si l'on fait une analogie entre l'affaire du sang contaminé⁵ et la « crise de la pilule », toutes deux nécessitent qu'on examine

3. France Culture, 2013, « Polémique sur les pilules de 3ème et 4ème générations : opacité médicale ou emballage médiatique? », [<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/le-secret-des-sources/polemique-sur-les-pilules-de-3eme-et-4eme-generations-opacite-medicale-ou-emballage-mediaticque-4007482>], consulté le 13 juin 2017.

4. 7sur7.be, 2015, « Procès symbolique contre des pilules contraceptives en Allemagne », [<https://www.7sur7.be/monde/proces-symbolique-contre-des-pilules-contraceptives-en-allemagne~ab2592cb/?referrer=https://www.google.com/>], consulté le 13 juin 2017.

5. Au début des années 1980, du sang contaminé par le VIH a été transfusé auprès de patientes et patients hémophiles.

d'abord le contexte de préscandale. Dans les deux cas, une partie des médecins faisaient initialement figure d'allié : que ce soit à travers l'implication de certaines et certains médecins dans les chaînes de solidarité en faveur des patientes et patients hémophiles (années 1980) ou dans le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception (MLAC) [années 1970]. La mise à mal de la confiance des personnes usagères envers le personnel de santé constitue, par la suite, un point de rupture. Dans le cas de l'affaire du sang contaminé, cela correspond au moment de la découverte de la contamination du sang par le virus de l'immunodéficience humaine ou VIH-sida (1985). Dans le cas de la « crise de la pilule », il s'agit de la médiatisation de la plainte de Marion Larat (2012). En suivant ; le contexte de postruption se caractérise par une prise de conscience des risques : dans le premier cas, le fait que la mission de contrôle soit déléguée aux médecins notables est critiqué ; dans le second, les pouvoirs publics sont désignés comme étant peu restrictifs. Dès lors, à la différence d'un scandale médiatique, la crise se caractérise par : la reconnaissance d'une faille du rôle de l'État, un retour violent d'un risque refoulé, une relation médecins-patientèle durablement impactée ; en bref, un « coup d'arrêt à l'optimisme » (Fillion, 2005). En ce sens, la crise revêt indéniablement une dimension politique.

Ces deux scandales se distinguent par ailleurs en plusieurs points. 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 hématologues étaient des médecins ayant reçu une formation complémentaire à leur formation initiale sur la biologie du sang et l'hémostase. Or, si la délivrance de contraception orale concerne 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 mises en cause (Bajos *et al.*, 2004, p. 489). 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 dans le cas de la « crise de la pilule ».

Par ailleurs, la « crise de la pilule » a ceci de particulier qu'elle concerne des comprimés à destination de personnes non malades (Grino, 2014). Pour cette raison, pendant quarante ans, la pilule était moins considérée comme un médicament que comme un outil d'émancipation. Le risque sanitaire en question concerne donc *a priori* des femmes en bonne santé. À ce titre, en faisant du risque une conséquence fatale de la modernité, les théories de la sociologie

du risque (Latour, 2008) minimisent, voire évincent, la responsabilité des institutions. Une analyse mondialisée ne tient en effet ni compte des rapports de classes ou de sexes par exemple, ni de la responsabilité des agents politiques qui ont rendu possible ces processus (Tronto, 2012). Une alternative proposée est donc moins de penser en termes de société du risque que de société du *care*, nécessitant notamment de « se soucier » (*caring about*) et de « prendre en charge » (*caring for*) et donc de répartir les responsabilités.

La contraception : panel féminisé de la santé

La ou les pilule(s) ?

Les générations de pilules se distinguent selon les progestatifs (hormones aux propriétés contraceptives) qui les composent. Les pilules de première génération sont diffusées à partir des années 1960 et celles de deuxième génération le sont entre 1970 et 1980. Les pilules de troisième génération, mises en cause dans la « crise de la pilule », sont diffusées à partir des années 1990 et sont donc les plus récentes. Elles peuvent contenir une variété de types de progestatifs et ont de loin été les plus développées, puisqu'on en compte une centaine (contre deux pilules de première génération, près de 30 pilules de deuxième génération et une trentaine de pilules de quatrième génération).

En ce sens le terme de contraception orale (ou l'appellation de pilule au singulier) renvoie à l'ensemble des générations de pilules, tandis que l'usage du terme pilules au pluriel permet de mettre l'accent sur les spécificités de chacune des générations de comprimés de contraception orale.

Des moyens de contraception qui ne se valent pas ?

La contraception regroupe l'ensemble des méthodes visant à éviter (d'abord de façon réversible et temporaire selon les instances officielles⁶) une grossesse non prévue (GNP). 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*, comme la pilule, l'anneau, le patch) et LARC (*long acting reversible contraception*,

6. Au moment de la rédaction de la thèse (2018-2021), l'INSEE notifiait la notion de réversibilité dans la définition de la contraception. Cette définition est toujours adoptée par le Collège national des gynécologues et obstétriciens.

soit de long cours⁷ tels que les dispositifs intra-utérins dits 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 coopératives⁸ ou pas ; selon qu'elles soient médicalisées ou non. Les méthodes dites naturelles et traditionnelles (coït interrompu ou retrait, abstинence volontaire, méthodes des températures, allaitemент, 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, 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, Cassé, 2019] et une à destination des hommes (la vasectomie). Étienne-Émile Baulieu, concepteur de la pilule abortive RU-486, propose de distinguer la contraception de la contragestion, renvoyant aux méthodes intervenant après la fécondation, réaffirmant les liens entre contraception et IVG.

Aujourd’hui, la contraception est largement féminisée et médicalisée. Parmi une quinzaine de méthodes (ou groupes de méthodes⁹) contraceptives présentées sur des prospectus et dépliants officiels, maximum un tiers implique les hommes¹⁰. En outre, seul un tiers de ces mêmes méthodes peut être considéré comme étant médicalisé et, cela, sans quaucun moyen n’ait un fonctionnement hormonal¹¹. Par contraste, sept¹² des 13 (14 si l’on distingue les deux types de dispositifs intra-utérins) moyens de contraception à destination des femmes ont un fonctionnement hormonal et jusqu’à 11 peuvent être considérés comme étant médicalisés, c'est-à-dire ayant un

7. Les LARC comprennent les méthodes réversibles nécessitant moins d'une administration par cycle et par mois (WALE et ROWLANDS, 2020).

8. Les méthodes coopératives nécessitent la collaboration de l'ensemble des partenaires pour être utilisées. C'est par exemple le cas du préservatif, de l'abstinence et du retrait.

9. Anneau vaginal, cape cervicale, contraception d'urgence, diaphragme, DIU (en cuivre et hormonal), implant, méthodes dites naturelles et traditionnelles, patch, pilule, préservatif (dits « masculin » et « féminin »), progestatifs injectables, spermicides, stérilisation à visée contraceptive (à destination des femmes ou des hommes).

10. Le préservatif, les méthodes traditionnelles et la stérilisation (vasectomie).

11. Y compris en prenant en compte la méthode thermique qui n'apparaît pas dans les dépliants officiels de contraceptifs (dépourvue d'autorisation de mise sur le marché). Seule la contraception hormonale dite masculine (injections), n'ayant pas l'autorisation de mise sur le marché pourrait entrer dans cette catégorie.

12. Anneau vaginal, contraception d'urgence, DIU hormonal, implant, patch, pilule, progestatifs injectables.

fonctionnement hormonal ou nécessitant l'intervention d'une personne soignante (ordonnance ou pose du dispositif).

Sortir d'une contraception cis-centrée

Les appellations des différentes méthodes traduisent une vision cis-centrée¹³. En effet, au regard de la réalité des pratiques et des identités de genre, il est plus juste et inclusif de délaisser les termes de contraception féminine et masculine, afin de tenir compte de la réalité des expériences, y compris des personnes trans, intersexes et non binaires. Selon cette posture défendue dans les milieux militants (pro)féministes, 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 concernées. 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 anaux (et) entre hommes par exemple.

Tout en reconnaissant que ce préservatif est utilisé dans le cadre de relations homosexuelles et par des personnes trans, dans un Rapport (2021) visant à promouvoir le remboursement de ce moyen contraceptif, le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) 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 hommes (Grésy *et al.*, 2021). Cet argument apparaît peu convaincant en ce que le terme « féminin » renvoie la charge contraceptive aux femmes, alors même que son homologue, le préservatif « masculin », représente un des rares moyens convoquant la responsabilité des hommes, dont ils ne se saisissent pas systématiquement pour autant (Thomé, 2016).

L'« espace de la contraception »

Depuis le début des années 2010, divers acteurs et diverses actrices participent au débat constitutif de « la crise de la pilule », notamment

13. C'est-à-dire basée sur une opposition masculin/féminin, qui suppose que les personnes doivent se reconnaître dans l'une de ces deux catégories de sexe assignée à la naissance.

dans les médias dits traditionnels et sur Internet. À ce titre, en s'inspirant de la notion d'« espace de la cause des femmes¹⁴ » formulée par Laure Bereni (Bereni, 2012), Mylène Rouzaud-Cornabas développe celle d'« espace de la contraception », afin de « rendre compte de configurations d'actrices et d'acteurs multiples (féministes, académiques, cliniciens, agences publiques, ministères, victimes, etc.) [...] remises en cause avec la controverse des pilules de nouvelles générations » (Rouzaud-Cornabas, 2019, p. 23). En particulier, au moins quatre groupes d'acteurs et actrices se distinguent : les journalistes, les médecins, les femmes usagères et la communauté scientifique.

Positionnement des groupes de personnes actrices

Dialogue : des postulats journalistiques aux débats scientifiques

Parmi les multiples parutions et diffusions d'ouvrages¹⁵, d'articles de presse et de reportages télévisés, un certain nombre promouvait l'arrêt de la contraception orale, dressant en couverture la liste supposée de ses effets négatifs et encourageant le retour à des méthodes dites naturelles (Thomé, 2022).

À l'occasion de la journée mondiale de la contraception, le 26 septembre 2017, les membres du laboratoire junior Contraception&Genre¹⁶ (dont je fais partie) publiaient une tribune dans *Le Monde*, intitulée « Au lieu de condamner la pilule, considérons la parole des femmes¹⁷ », 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 prévenir d'une diabolisation de la contraception (orale). Cet « espace de la contraception » étant malgré tout caractérisé par une domination médicale (Rouzaud-Cornabas, 2019), il s'agissait également d'interpeller les prescriptrices et les prescripteurs face à la nécessité de replacer l'expérience du vécu des femmes usagères au cœur des consultations et des prescriptions.

14. Entendu comme la configuration des mobilisations pour la cause des femmes. Cet espace se caractérise par la pluralité de ces pôles : associatif, partisan, académique, étatique.

15. Par exemple : DEBUSQUAT Sabrina, 2017, *J'arrête la pilule*, Paris, Les Liens qui libèrent.

16. [<https://contraceptiongenre.wordpress.com>], consulté le 8 novembre 2020.

17. 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.fr*, 26 septembre, article de presse nécessitant un abonnement, [https://www.lemonde.fr/idees/article/2017/09/26/au-lieu-de-condamner-la-pilule-considerons-la-parole-des-femmes_5191343_3232.html], consulté le 26 septembre 2017.

Affrontements de postures médicales

Le personnel soignant s'affronte d'ailleurs également entre confrères et consœurs dans les débats. Face aux risques de violences obstétricales et gynécologiques (VOG) pouvant être vécu en consultations de contraception, le gynécologue obstétricien Israël Nisand, alors président du Conseil d'administration du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), en appelait exclusivement à la réaction des patientes victimes et soutenait publiquement un confrère accusé de viol par 11 femmes et condamné à un an de prison et dix ans d'interdiction d'exercice. Face à la caméra de la documentariste Nina Faure¹⁸, l'obstétricien niait la culture du viol (« *rape culture* » [Keller *et al.*, 2018]). Dans la presse et à travers un blog¹⁹, Martin Winckler, ancien médecin généraliste et écrivain, spécialiste de la contraception et adepte d'une posture soignante éthique (Winckler, 2017), répondait aux propos de l'obstétricien en termes de consentement, de corporatisme et de conflits d'intérêts.

Usagères actrices

La « crise de la pilule » a d'ailleurs participé d'une méfiance grandissante des femmes tant à l'égard de l'autorité du corps médical que des effets des hormones de synthèse. À l'heure du mouvement #MeToo, les féminismes numériques permettent de rendre visibles diverses formes d'oppression, notamment fondées sur le genre (Despontin Lefèvre, 2018 ; Achin *et al.*, 2019 ; Pavard *et al.*, 2020). En mobilisant les réseaux sociaux ou en voyant leurs témoignages relayés par les journalistes, les femmes dénoncent, particulièrement depuis le début des années 2010 (Rozée et Schantz, 2021), des violences médicales, particulièrement gynécologiques et obstétricales (Schantz *et al.*, 2021), parfois liées à l'usage de contraception orale (Fonquerne, 2021a).

La contraception orale dans la recherche scientifique

Des travaux anglo-saxons précurseurs

Toutefois, bien que le contexte s'y prête, la critique de la contraception (orale), et des dérives médicales qui gravitent autour, n'est pas

18. Faure Nina, 2018, documentaire vidéo, *Paye (pas) ton gynéco*.

19. WINCKLER Martin, 2017, « L'école des soignant·e·s : le président du Collège des gynécologues-obstétriciens (CNGOF), modèle (!??) contemporain de paternalisme médical à la française », [<https://ecoledessoignants.blogspot.com/2017/06/un-modele-contemporain-de-paternalisme.html>], consulté le 21 février 2019.

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 à l'international, en particulier dans le monde anglo-saxon, que ce soit chez les potentielles usagères ou dans le débat scientifique. Dès le début des années 1970, aux États-Unis d'Amérique, la Food and Drug Administration (FDA) 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 (Watkins, 1998, p. 113) et le Women's Health Movement reprochait l'attitude paternaliste du monde médical et interpellait sur l'enjeu du consentement et du choix libre et éclairé. Les recherches internationales montrent par ailleurs que, dans ces arènes d'échanges intersectorielles, les médias peuvent contester l'autorité scientifique (qui insiste sur le caractère améliorable de la contraception, notamment celle dite masculine) et participer au maintien de certaines représentations, en se montrant par exemple pessimistes quant au développement d'une contraception testiculaire et en insistant sur les effets dits secondaires (Oudshoorn, 1999). 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.

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 été porté par la démographie. La « première révolution contraceptive²⁰ », au XVIII^e siècle, se caractérise par une « baisse précoce de la natalité française » (Leridon, 1987, p. 366). La « seconde révolution contraceptive » renvoie, quant à elle, à la diffusion de méthodes médicalisées (avec la contraception orale et le dispositif intra-utérin en tête de file), notamment à travers la légalisation de la contraception en 1967, et, plus largement, à la régulation des naissances en France de 1950 à 1985. Aujourd'hui, les débats concernent davantage le potentiel émancipateur de la contraception médicalisée. Si la contraception a d'abord été appréhendée comme « levier de la domination masculine » (Héritier, 2002 ; Bajos et Ferrand, 2004), l'écrasante majorité des travaux mettent en avant son « ambivalence » (Löwy, 2006) : oscillant entre libération et contrôle des corps des femmes (Baulieu *et al.*, 1999). La contraception n'émancipe pas simplement une usagère de la maternité, elle l'encourage à une maternité responsable et assumée en choisissant le « bon » moment « pour la

20. Cette notion renvoie aux travaux d'Adolphe Landry (1934) [LA ROCHEBROCHARD et LERIDON, 2008, p. 35].

réalisation de son “projet d’enfant” » (Löwy, 2006, p. 149). Les recherches sur la contraception dans une perspective de genre sont alors incontournables.

Apports

Les recherches accordent une large place aux expertes et experts de la contraception (personnel médical et de l’industrie pharmaceutique) [Greffion, 2019 ; Rouzaud-Cornabas, 2019 ; Roux, 2020]. Par ailleurs, les rapports entre les femmes et le monde gynécologique sont peu étudiés (Guyard, 2010). Peu de travaux sollicitent à la fois le corps médical et les usagères, encore moins en tenant compte des influences dans leurs usages (comme les membres de leur entourage). Dès lors, l’objectif de cet ouvrage est de mettre au jour des logiques individuelles, sociales, marchandes, politiques, et de genre, déterminant les prescriptions et, dans une moindre mesure dans ce manuscrit²¹, les usages de pilules, en croisant les pratiques (médicales) des membres du corps médical à celles (contraceptives) des usagères, dans un contexte marqué par la « crise de la pilule ».

De la cohérence entre le fond et la forme : le choix de l’écriture inclusive non sexiste

Les corps des femmes dans les vagues : entre militantisme et recherche, l’évidence de l’approche féministe

Dès le début des mouvements féministes (XIX^e siècle), les femmes revendiquent la libre disposition de leurs corps. Les luttes pour ce droit seront croissantes pour devenir centrales dans les années 1970, durant la deuxième vague féministe²² (Chaperon, 2002 ; Bard, 2012 ; Bereni *et al.*, 2012 ; Pavard, 2012 ; Zeller, 2024) et s’exprimeront à travers l’usage d’Internet dès la troisième vague. Cet engouement (deuxième vague) précédera d’ailleurs l’institutionnalisation du féminisme,

21. Cet ouvrage est basé sur une partie seulement de thèse en sociologie qui a permis d’investiguer tant les pratiques des membres du monde médical que celles des jeunes femmes usagères et de leur entourage (leurs mères et leurs partenaires). L’ouvrage s’axe sur les soignantes et soignants, tandis que les résultats de la thèse qui concernent les autres groupes d’actrices et d’acteurs sont disponibles à travers des articles.

22. « 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 » (MASCLET, 2015, p. 47).

notamment à l'Université. 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 épistématique » (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). Une recherche féministe consiste à étudier ce qui fait obstacle à l'émancipation (Fraisse, 2014). Choisir l'approche féministe c'est donc accéder aux multiples apports de ses théorisations, qui amènent à comprendre comment les inégalités sont le résultat de constructions sociales, en particulier 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 obstacle 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).

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

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.

Une approche féministe et une écriture inclusive pour des sciences plus objectives

Les 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. 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 fertilité appréhende l'ovocyte comme passif et passe donc à côté de

l'activité de celui-ci (Dorlin, 2008). Par ailleurs, 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 de la recherche en épigénétique, la nutrition des mères durant les 1 000 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).

Une approche féministe du phénomène peut donc le rendre plus objectif (« *strong objectivity* » [Harding, 1992]) en interrogeant le pouvoir masculin médical et plus largement des biosciences (Jarty, 2022a). Une critique féministe des sciences permet 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. Pour ces raisons, cet ouvrage accorde une grande place à la réflexivité, jusqu'à la considérer comme partie intégrante des résultats. 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, 1986 et 1991).

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. Multiplier les points de vue favorise ainsi la déconstruction des normes (Haraway, 2007).

Pour une écriture juste, non violente

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 (Zaccour *et al.*, 2017) 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 (Viennot 2018). En effet, elle fait l'objet de parutions scientifiques ; de publications dans les médias ; ou encore d'événements scientifiques.

Il existe de nombreuses façons de mettre en forme une écriture non sexiste. L'enjeu ici est 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 l'ouvrage selon les règles de la maison d'éditions, ici l'écriture épicène, le redoublement des mots au féminin et au masculin associé à l'accord de proximité ou selon un féminin ou un masculin numériquement majoritaire. 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 (Viennot, 2014). À la fois dans un souci de remise en question de binarité du genre et de limitation des énonciations, le pronom neutre « iel » pourra être 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 ».

Une méthode d'enquête qualitative

Présentation de la population d'enquête

Dans le cadre d'une enquête menée à partir de 86 entretiens (d'une durée de 40 minutes à 2 h 30) auprès de 69 personnes enquêtées, cet ouvrage retient les matériaux recueillis principalement auprès de deux grands groupes de personnes enquêtées : 13 médecins généralistes, neuf gynécologues et neuf sages-femmes, exerçant dans différentes structures (publiques et privées), d'une part, et 17 jeunes femmes usagères de contraception orale qui ont été suivies, d'autre part. Âgées de 20 à 30 ans, diplômées, hétérosexuelles : elles

correspondent au profil des femmes utilisant exclusivement une pilule comme moyen contraceptif, particulièrement celles de dernières générations, au cœur de « la crise ».

Ambre (25 ans, latina-américaine, bac + 5, étudiante en anthropologie), 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 + 3, manipulatrice en électroradiologie), Elia (24 ans, blanche, bac + 3, infirmière), Emma (24 ans, blanche, bac + 5, diplômée en sciences de l'éducation), 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), Manon (24 ans, blanche, bac + 5, gestionnaire de communication) font partie de mon cercle amical. Six autres interlocutrices ont été recrutées par la méthode 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.

Dans une moindre mesure, des entretiens ont également été réalisés auprès de quatre personnels de pharmacie (deux vendeuses en pharmacie et deux pharmaciennes) et l'entourage des 17 jeunes femmes.

Les parentes (une écrasante majorité de mères) rencontrées sont celleux décrites en entretiens par leurs filles comme étant impliquées 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, ATSEM²³), 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).

La mise en couple ne faisait pas partie des critères de recrutement des jeunes femmes. Les parcours biographiques étant évolutifs, rien ne garantissait que les jeunes femmes soient en relation dite durable

23. Agent territorial spécialisé des écoles maternelles.

tout au long de l'enquête et il ne s'agissait pas de considérer la relation hétérosexuelle monogame comme seul modèle relationnel possible (Bajos *et al.*, 2008). Six partenaires (blancs) ont finalement pu être interrogés : Baptiste (partenaire d'Eva, 25 ans, bac + 2, agent de sécurité incendie), Christian (partenaire d'Elia, 24 ans, CAP, 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). Leurs témoignages (celui de Morty) seront mobilisés dans une moindre mesure dans cet ouvrage.

L'ensemble de ces personnes enquêtées ne sera donc pas mentionné. Il paraît cependant pertinent de les présenter, afin de dresser le profil de la population d'enquête qui sera pris en compte dans les analyses.

Entretiens auprès de chaque groupe de personnes enquêtées

Les prises de contact avec les professionnelles et professionnels de santé ont été initiées de deux manières : par réseaux d'interconnexions (par mails ou par téléphone) ou *via* l'envoi de courriers. En ce qui concerne la première modalité de contact, des collègues universitaires m'ont par exemple transmis les coordonnées de quelques soignantes et soignants, qui m'ont redirigée vers d'autres consœurs et confrères, par effet « boule de neige ». D'une manière générale, les membres du corps médical me renvoient vers des collègues qui ont une approche médicale similaire à la leur et ne m'encouragent pas à solliciter d'autres praticiennes et praticiens 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, certains et certaines d'entre elleux ont spécifiquement été ciblées pour être recrutées. C'est par exemple le cas de certaines figurant dans la liste Gyn&co²⁴, qui recense des personnes soignantes identifiées par des usagères et collectifs militants comme ayant une pratique féministe. Ont également été ciblées des membres (régulièrement conjointement) de la revue *Prescrire* et du Réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la contraception en région Occitanie Pyrénées Méditerranée (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

24. Gyn&co, 2013, blog, [<https://gynandco.wordpress.com/>], consulté le 18 septembre 2017.

fois-ci pu être transmise à l'ensemble des personnes soignantes 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 les contacter de la part d'un ou une autre professionnelle ou si leur spécificité d'exercice était mise en avant dans ma demande (pratique de l'auscultation à l'anglaise par exemple).

Les gynécologues ont été les plus difficiles à recruter. Cela ne transparaît pas à travers le nombre de personnes recrutées pour chacune des professions, il faut donc préciser que les gynécologues ont pourtant été sollicitées sur une temporalité plus étendue. Un effet de hiérarchie transparaissait déjà au moment du recrutement, les gynécologues étant plus souvent réticentes à la durée de l'entretien. Suite à la réception de mon courrier, une gynécologue me téléphone (octobre 2016) et me trouve « inquiétante » quand j'indique que l'échange doit durer « une paire d'heures ».

Les professionnelles et professionnels spécialistes formulaient également plus volontiers des conseils sur la manière dont les entretiens (et les observations) 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 ». En février 2018, une gynécologue réagit lorsque j'indique que la méthode d'entretien s'apparente à une conversation et m'indique que l'échange « doit quand même être un minimum préparé ». En observation de consultation en mars 2017, une gynécologue somme : « Ne regarde pas ça [mon carnet de terrain], écoute, il faut que tu comprennes [ça]. »

Une forme d'asymétrie caractérise généralement les relations entre personnel chercheur et personnes enquêtées. Cependant, si le plus souvent le rapport de classe est à l'avantage du premier groupe (Clair, 2016a), ce n'est pas mon cas face à la population d'enquête composée de médecins. Les personnes enquêtées issues de classes sociales ou de professions dominantes se montrent plus enclines à vouloir diriger les entretiens et, plus largement, l'enquête pour laquelle iels sont sollicitées²⁵.

La durée moyenne totale des entretiens avec les praticiens et praticiennes habilitées à prescrire et délivrer une pilule est de 69 minutes contre 85 minutes avec les jeunes femmes usagères suivies.

Les hommes constituent environ un cinquième de la population d'enquête des membres du corps médical. Au moins trois raisons expliquent ce biais. D'abord, du fait de leur identité de genre, les

25. Voir à ce titre les travaux de Michel Pinçon et de Monique Pinçon-Charlot, sociologues spécialistes de la haute bourgeoisie.

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 dans le cadre de ce travail, *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 femmes ont de toute façon intégré les valeurs de leurs formateurs hommes (Andro et Desgrées du Loû, 2009)

Le ratio femmes-hommes par structures ne sera pas renseigné, certaines structures de la ville ne comptant qu'une femme ou un homme selon la profession médicale.

Cette recherche était présentée aux soignantes et aux soignants comme une étude portant sur les prescriptions de contraception orale. Les personnes enquêtées pouvaient réclamer des précisions immédiates ou ultérieures en demandant « ce que je cherche » ou encore si j'observe « juste le comportement des gens ». 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 médecins. Si leurs pratiques semblaient s'inscrire dans une norme médicale – strictement allopathique et un exercice en libéral (Aïach et Fassin, 1992) – les réponses étaient dépolitisées. Une « position de silence » quant à un ancrage théorique particulier (ici féministe) laisse les personnes enquêtées décider de la place qu'elles lui accordent (Gourarier, 2013), voire, dans le cas de francs désaccords politiques avec les personnes enquêtées, il peut s'agir de ne pas contredire les personnes rencontrées (Avanza, 2008).

En fin d'entretien, le moment de négocier les observations était également propice à l'apprehension de différentes approches de soin, notamment selon le regard que portait le personnel soignant sur l'enquête sociologique. Un gynécologue (cabinet de ville) s'inquiète : « Je vais devoir faire attention alors. » Par contraste, les professionnelles et professionnels de centres de santé sont « contents quand des sociologues travaillent sur le milieu médical ». Le contexte de mise en place du dispositif d'enquête et ses effets constituent ainsi un matériau exploitable, à la fois au service de l'analyse, mais aussi comme pistes de résultats (Soulé, 2007).

La fin des entretiens était également régulièrement propice à la négociation de demandes pour rééquilibrer le temps accordé à la

chercheure par les personnes enquêtées. Une gynécologue m'a sollicitée pour répondre à un questionnaire réalisé dans le cadre d'une formation en sexologie et pour le transmettre à d'autres participantes potentielles, tandis qu'une 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. »

Si les entretiens étaient le plus souvent menés sur le lieu de travail des personnes enquêtées (ce qui a facilité l'accès aux observations), la deuxième modalité la plus fréquente est l'échange téléphonique, afin de prendre en compte une certaine diversité des pratiques selon les lieux d'exercice, notamment en milieux semi-rural et rural²⁶.

Lorsqu'un terrain est mené par une enquêtrice, c'est une femme qui est demandeuse et renverse donc le script sexuel traditionnel (Clair, 2016a). À ce titre, 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.

Observations d'un cours de médecine et de consultations gynécologiques

Près d'une centaine de consultations ont été observées dans diverses structures (cabinets libéraux, clinique, hôpital ici dans le cadre de centre de planification, et centres de santé) et auprès de différentes professionnelles et professionnels de santé, ainsi qu'un cours de médecine. En 2018, l'observation d'un cours de médecine portant sur la contraception, destiné à des internes en médecine générale, rendue possible suite aux rencontres lors de réunions REIVOC, s'est accompagnée d'une analyse d'un cours (écrit) sur la contraception, destiné aux sages-femmes, fournit par l'une d'entre elles. La question de la formation du corps soignant étant abordée en entretiens, il paraissait pertinent d'assister à cet enseignement.

Une chercheure non soignante : de la difficulté d'investir les structures médicales

L'observation de consultations en institutions médicales a parfois nécessité des démarches officielles, quelques fois laborieuses. En décembre 2016, un médecin m'indique que l'observation en centres de planification est « impossible », afin de respecter le secret

26. Selon les membres du corps médical, lorsqu'un centre hospitalier est à plus de 30 kilomètres (cf. chapitre iv).

médical étant donné que je ne suis pas professionnelle de santé. L'observation de ce type de structure nécessiterait l'autorisation du conseil départemental. Alors que je l'avais envisagé, des praticiennes et praticiens m'ont déconseillé de contacter des directions 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 Centre départemental de planification et d'éducation familiale (CDPEF). Cette configuration, ainsi que l'accord d'une ou un des chefs de service (responsable d'équipe en hôpital), aura permis d'éviter la démarche encore plus fastidieuse à réaliser auprès du conseil départemental, comme suggéré par le premier médecin mentionné (décembre 2016). Cela explique que les professionnels et professionnelles interrogées travaillant en CDPEF précisent qu'ils parlent en leur nom propre et non en celui de la structure.

Même lorsque les observations étaient acceptées, la facilité de leur mise en œuvre n'était pas pour autant garantie. En clinique, en mars 2017, un jour convenu avec la soignante comme étant celui des premières observations, 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. »

Les observations ont systématiquement été menées après avoir obtenu un entretien avec au moins un ou une professionnelle travaillant dans la structure concernée. 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. L'entretien réalisé sur le lieu de travail facilite la projection de la situation d'observation.

La méthode dite « boule de neige » a facilité les entrées sur le terrain : une gynécologue auprès de qui des observations ont été réalisées en clinique, m'a par exemple recommandée à une de ses « jeunes collègues » en cabinet de ville, qui a accepté ma venue. 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, auquel j'ai un accès grâce à la même méthode, 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).

Il s'agissait alors parfois « de tirer parti de ses qualités propres pour répondre aux attentes des acteurs » (Arborio, Fournier et de Singly, 2008, p. 37). Ma « timidité », ma « discréction » semble avoir favorisé les observations en consultations, d'une structure à une autre, comme une sorte d'examen réussi. La première gynécologue à me recommander à l'une de ses collègues, argumente : « Elle est mignonne, elle est discrète » (8 mars 2017).

L'amitié sur le terrain : usagères et chercheure, pairs et alliées

Le partage de certaines contraintes avec les enquêtées révèle des spécificités du genre (Le Renard, 2010, p. 128). La posture de la chercheure est significativement différente face au corps médical, à qui est laissée l'autorité, et face aux jeunes femmes usagères avec lesquelles sont partagées des caractéristiques sociodémographiques et des expériences contraceptives communes (posture de pair). Le cadre de la recherche, aux frontières perméables entre enquête et amitié, invite à la réflexivité.

En 2016, Laura (24 ans, blanche, bac + 2, chargée de gestion immobilière) me convie à son rendez-vous gynécologique en tant qu'amie. Une seule des deux enquêtées concernées (Laura et non la gynécologue) a connaissance de mon statut de chercheure et de l'enquête. En cela, l'on pourrait qualifier cette observation exploratoire de « semi-incognito ». À l'exception d'une opération chirurgicale (Zolesio, 2009) observée en incognito (pour le patient), je n'ai pas connaissance d'étude en incognito dans le milieu médical. L'observation incognito est généralement participante, y compris au-delà de la sphère médicale : les chercheures et chercheurs travaillent ou travaillaient déjà dans la structure observée (Becker, 1985 ; Cartron, 2003 ; Dargère, 2012). N'ayant pas de formation médicale, cette posture n'a pu être adoptée sur le terrain.

Cependant, médecin (personne sachante, posture d'autorité) et patiente (soignée) sont dans une relation de soin asymétrique. Aller à deux en consultation représente une stratégie (posture d'allié) pour faire face, le cas échéant, à l'autorité des médecins (Garcia, 2018).

À l'image des échanges (plus ou moins équitables) entre médecins et patientes, la relation enquêtrice-personnes enquêtées (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. La relation d'enquête établie avec les professionnelles et professionnels est parfois similaire à celle caractérisant la relation médecins-patientes. À la fin d'une consultation (1^{er} mars 2017), alors qu'a son retour la gynécologue m'avait entendu parler à

la patiente, je me justifie en précisant, comme elle me l'avait demandé et bien que cela soit une évidence, ne pas avoir posé de question indiscrette. Se justifier de ne pas avoir dérogé à une règle instaurée par la médecin témoigne d'une posture investie dans un rapport de pouvoir avec la gynécologue. Si je me place comme une chercheure, face à une autre professionnelle, craignant de perdre l'accès à un terrain difficilement investi, c'est surtout en tant que « jeune femme », à l'instar des patientes du même âge, que je me positionne face à une ou un médecin faisant autorité. Les deux facettes identitaires (chercheure et jeune femme) ne sont pas à dissocier. Il est en fait nécessaire de penser leur imbrication à la fois dans une perspective intersectionnelle et selon la théorie des savoirs situés (les interactions auraient été différentes si une seule de ces facettes était autre).

Pour toutes ces raisons, il s'agira, au fil des chapitres, de considérer la place et la posture occupées par la chercheure, présente, elle aussi, dans les structures étudiées et de questionner son impact en consultations. En d'autres termes, il s'agit de réfléchir « aux conditions de l'enquête et aux effets produits par la présence de l'ethnologue sur le terrain » (Sarradon-Eck, 2008, p. 4). L'explicitation de la méthode de travail se fait ainsi au service de l'analyse des matériaux de terrain, tout en adoptant une posture réflexive. À ce titre, une approche féministe permet, d'une part, d'identifier et d'analyser des situations de violences gynécologiques, dans lesquelles j'ai pu être impliquée, ainsi que les mécanismes qui, en miroir, permettent de s'en prémunir. D'autre part, il conviendra de penser les réactions adéquates face à ce type de situation.

Les outils d'enquête : entre légitimité et crainte du travail de chercheure

« Si l'observation directe se définit comme une observation menée sans recours à des instruments interposés entre le chercheur et son objet, elle suppose tout un travail d'enregistrement assuré avant tout par l'œil, par l'oreille » (Arborio *et al.*, 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, une 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 personnes enquêtées, dans leur activité, en prennent elleux-mêmes (*ibid.*, p. 53). C'est en effet le cas des personnes

soignantes observées 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 médecins²⁷ qui me présentaient comme une « jeune collègue » ou une « étudiante ».

Néanmoins, les personnes enquêtées peuvent porter un droit de regard sur l'usage des outils mobilisés. 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. *A contrario*, entre deux consultations à un moment où je n'écrivais pas, cette même gynécologue me demande si je veux voir les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) tout en allant chercher le dossier, car « il n'y a rien à faire » en attendant la prochaine patiente. Prenant des notes sur ce dossier, elle détourne mon attention du contenu qu'elle tape à l'ordinateur. En effet, les médecins « s'inquiétaient » parfois de la prise de notes. À une autre gynécologue qui 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 obstétricien me dira, quant à lui, que « j'écris des tartines » et que ça lui « fait peur ». À ce titre, il m'arrivait d'écrire volontairement de manière assez illisible, notamment lorsque je transcrivais des situations de violences gynécologiques, qui seront analysées au fil des chapitres. La réalisation d'une écologie des locaux (Jarty et Fournier, 2019), consistant à décrire dans le détail, voire à reproduire les plans des lieux et du matériel (table d'auscultation, disposition des espaces de consultation et d'observation) observés, s'est avérée particulièrement efficace dans la mise au jour de l'influence des conditions matérielles sur les relations de soin et traduit une approche ethnographique innovante, ici des salles de consultations.

De la diversité des matériaux de terrain

Le corpus de matériaux est également composé d'une littérature grise relative au milieu médical : différentes versions du Code de déontologie médicale, des rapports officiels de la HAS, divers documents recueillis sur le terrain (plaquettes publicitaires des laboratoires pharmaceutiques, ordonnances anonymisées, prospectus informatifs délivrés par le ministère de la Santé et les instances

27. Pensant me déranger, une gynécologue s'excusera d'un « oh, pardon » s'apercevant qu'elle me parlait à un moment où j'écrivais.

territoriales, etc.). Par ailleurs, une importante veille médiatique a porté sur des articles de presse, des émissions radio et télévisées consacrées aux scandales sanitaires (relatifs aux pilules mais aussi au Médiator® ou encore aux affaires de sang contaminé) et traitant du sexe dans la formation et le milieu médical. Les archives audio et vidéo de l’Institut national de l’audiovisuel (INA) ont également été consultées, afin de rendre compte de l’évolution de la perception de la contraception depuis sa diffusion et jusqu’à l’heure de « la crise de la pilule ».

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.

Un argumentaire graduel

Cet ouvrage est issu d’une thèse ayant traité conjointement les parcours biographiques et contraceptifs de jeunes femmes usagères de contraception (de l’implication de leur entourage) et des pratiques médicales. L’ouvrage se centre plus spécifiquement sur ces dernières.

Le plan de l’ouvrage est graduel, en interrogeant d’abord les savoirs appris et transmis durant la formation médicale, jusqu’à analyser leur impact sur la prise en charge des femmes usagères en consultations. Ainsi, le chapitre I 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. Les savoirs relatifs aux prescriptions et aux usages de contraception orale analysés par la suite, sont, de cette manière, immédiatement contextualisés.

Le chapitre II est consacré aux logiques d’exercice des professionnelles et professionnels, relatives aux différentes structures de santé. Il interroge le protocole des consultations gynécologiques et la place qu’y prennent les prescriptions et les renouvellements de contraception orale, selon les structures médicales investiguées. Les modalités d’accès aux praticiennes et praticiens et aux lieux d’observation renseignent déjà sur les pratiques médicales étudiées.

Le chapitre III met au jour le glissement possible de ces pratiques médicales vers les mécanismes de violences gynécologiques et, plus largement, médicales. Il éclaire les liens constatés entre ces violences et le degré de réflexivité des personnes soignantes sur leur exercice, y compris au moment de penser la place de la chercheuse sur leur lieu de travail. Inévitablement, ce chapitre interroge la place de la

sociologue en observations de consultations, notamment dans le cadre de ces situations de maltraitances.

Le chapitre iv décrypte les manifestations de méfiance à l'égard de la pilule dans une dynamique, plus large, de défiance vis-à-vis 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 médicales (par exemple en questionnant les reconfigurations de rapports de pouvoir entre les professions), suite à « la crise de la pilule ».

Le chapitre v invite finalement à poursuivre la réflexion autour des pratiques individuelles, toujours contraceptives et médicales, à l'ère du néolibéralisme et de la centralité des responsabilités individuelles qui le caractérise. Il propose une typologie finale des pratiques de soin, selon les approches politiques des professionnelles et professionnels (et au regard des profils des femmes patientes), plus ou moins enclines à favoriser un choix contraceptif libre et éclairé.