

À qui faire avaler la pilule ?

Pratiques de soin et inégalités en consultations de contraception

Leslie Fonquerne

Émulations - Revue de sciences sociales, 2020, n° 35-36, « Santé, inégalités et discriminations ».

Article disponible à l'adresse suivante

<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations/article/view/fonquerne>

Pour citer cet article

Leslie Fonquerne, « À qui faire avaler la pilule. Pratiques de soin et inégalités en consultations de contraception », *Émulations*, n° 35-36, Mise en ligne le 30 décembre 2020.

DOI : 10.14428/emulations.03536.05

Distribution électronique : Université catholique de Louvain (Belgique) : ojs.uclouvain.be

© Cet article est mis à disposition selon les termes de la Licence *Creative Commons Attribution, Pas d'Utilisation Commerciale 4.0 International*. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Éditeur : Émulations – Revue de sciences sociales / Presses universitaires de Louvain
<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations>

ISSN électronique : 1784-5734

À qui faire avaler la pilule ?

Pratiques de soin et inégalités en consultations de contraception

Leslie Fonquerne¹

[Résumé] En France, le taux de prévalence contraceptive reste élevé depuis la diffusion des différentes méthodes médicalisées dès les années 1970, dont la pilule représente l'essor. Mais fin 2012, les pilules de troisième et quatrième générations font l'objet d'un scandale médiatique, sanitaire et politique dû à un sur-risque sanitaire qui leur est associé, engendrant une désaffection de la contraception orale dans son ensemble. Malgré une baisse significative de son taux d'usage, la pilule reste cependant la méthode la plus utilisée. Pour autant, cela ne signifie pas que toutes les usagères bénéficient d'un choix contraceptif libre et éclairé. Centré sur les pratiques des professionnel·le·s de santé, cet article propose de rendre compte de l'impact de différentes approches de soin 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 qu'opèrent les praticien·ne·s.

Mots-clés : choix contraceptif, contraception, genre, normes prescriptives, professionnels de santé, violences médicales et gynécologiques.

Care practices and inequalities in contraceptive consultations. Who's on the pill?

[Abstract] In France, the rate of contraceptive prevalence has remained high since the diffusion of the various medical methods from the 1970s, with the pill being representative of its growth. Yet, towards the end of 2012, the third and fourth generation pills were a source of media, health and political scandal due to an associated health risk, resulting in disaffection for oral contraception as a whole. Since then, and despite a significant decrease of its use rate, the pill remains the most commonly used method. However, this does not mean that all users enjoy a free and informed contraceptive choice. Focusing on the practices of healthcare workers, this paper proposes to study the impact of the different approaches to care in terms of inequalities in access to information and the prescription of contraceptives, as well as to understand its specificities based the ways in which healthcare workers categorise their patients.

Keywords: contraceptive choice, contraception, gender, prescription standards, healthcare workers, medical and gynaecological violence.

Introduction

Fin 2012, en France, éclatait un scandale médiatique, sanitaire et politique relatif aux pilules² contraceptives de troisième et quatrième générations, dû à un sur-risque de

¹ Doctorante en sociologie, Université Toulouse Jean Jaurès, CERTOP, France.

² Le terme « pilules » au pluriel permet notamment de marquer les distinctions qui font les différentes générations de comprimés. L'emploi du terme « pilule » au singulier désigne quant à lui 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).

thrombose veineuse profonde associé à leur consommation. Cette « crise de la pilule » (Bajos *et al.*, 2014) engendra une désaffection de la contraception orale dans son ensemble, qui se traduit par une baisse de son taux d'usage : de 50 % en 2010 (*Ibid.*) à 36,5 % en 2016 (Rahib, Le Guen, Lydié, 2017). Cette méthode contraceptive reste néanmoins la plus utilisée et incarne encore l'essor de la contraception médicalisée. Par ailleurs, le report de la pilule vers d'autres moyens de contraception traduit des disparités selon le profil des usagères puisque, si l'on note la plus forte augmentation de vente de DIU (dispositif intra-utérin) en cuivre chez les femmes diplômées et ayant entre 20 et 29 ans, celles situées en bas de l'échelle sociale qui délaissent la pilule se tournent quant à elles davantage vers le préservatif (ANSM, 2014 ; Rahib, Le Guen, Lydié, 2017), méthode moins aisément négociable avec les (hommes) partenaires (Thomé, 2019 : 261-267) et pouvant traduire une difficulté d'accès au système de soins. « [L]a manière dont les femmes sont conduites à "choisir" leur mode de contraception » est donc empreinte d'inégalités (Bretin, Kotobi, 2016 : 126). Si le taux de prévalence contraceptive reste élevé depuis la diffusion de la contraception (années 1970), toutes les usagères ne bénéficient pas pour autant d'un choix contraceptif libre (dénué de contraintes sociales) et éclairé (disposant des informations nécessaires). Si la pilule contraceptive reste la méthode la plus prescrite en France, cela ne signifie donc pas pour autant qu'elle est la plus choisie. L'objectif de cet article³ est de rendre compte de l'impact de différentes approches de soin⁴ en matière d'inégalités d'accès à l'information et à la prescription de contraception et d'en saisir les spécificités selon le profil sociologique des patientes.

Pour ce faire, cet article s'appuie sur des matériaux de terrain recueillis entre juin 2016 et août 2018 et issus d'une recherche de doctorat en sociologie portant sur les enjeux de prescriptions et d'utilisations de contraception orale dans un contexte marqué par « la crise de la pilule ». D'une part, 33 entretiens semi-directifs et récits de vie, parfois répétés selon les principes d'une étude longitudinale, ont été recueillis auprès de 17 usagères de pilules. Le recrutement visait une population hétérosexuelle (quel que soit le statut conjugal) et principalement les 20-24 ans, qui sont les plus concernés par un usage exclusif de pilules (Gautier, Kersaudy-Rahib, Lydié, 2013). La diversité de cette population d'enquête, recrutée par effet boule de neige, reste relative, du moins en termes de niveau de diplôme. Toutes les usagères sont diplômées (niveau Bac+) et correspondent donc à la population la plus concernée par les usages de pilules de troisième et quatrième générations (Bajos *et al.*, 2004). Onze d'entre elles sont blanches, parmi lesquelles l'écrasante majorité est athée issue de famille ou culture judéo-chrétienne. Six autres usagères sont racisées (elles sont françaises noires ou des DOM⁵ ; latino-américaines ; maghrébines), dont quatre sont issues de famille ou culture hindouiste ou musulmane. Trente et un·e professionnel·le·s de santé habilité·e·s à

³ Un grand merci à Julie Jarty pour sa relecture et à Aude Ferrachat pour son aide à la traduction.

⁴ Les approches de soin sont ici entendues comme un ensemble de logiques et de pratiques médicales ou de soin traversées par des normes notamment médicales et de genre, plus ou moins conscientisées.

⁵ Départements d'outre-mer.

prescrire une contraception (9 sages-femmes, 13 généralistes, 9 gynécologues) ont également été interrogé·e·s dans le cadre d'entretiens. D'autre part, près de 100 consultations médicales et gynécologiques ont été observées dans diverses structures publiques (hôpitaux, centres de planification, centres de santé) et privées (cliniques, cabinets de ville). Les entretiens et observations menés auprès des professionnel·le·s de santé sont les principaux matériaux mobilisés dans cet article. Les observations se négociaient en fin d'entretiens avec les professionnel·le·s et le statut endossé durant celles-ci variait selon la posture professionnelle et politique des professionnel·le·s suivi·e·s et selon les conditions d'accès aux consultations qu'elles·ils fixaient. Les professionnel·le·s indiquaient la disposition des acteur·rice·s durant les consultations. En structures privées et en hôpitaux, la chercheuse était vêtue d'une blouse blanche, installée aux côtés des professionnel·le·s de santé, faisant face aux patientes. Par contraste, la configuration était triangulaire en centres de santé : professionnel·le·s et patientes étaient de part et d'autre du bureau, tandis que la chercheuse était installée en bout de celui-ci et ne portait pas de blouse. Par conséquent, la chercheuse faisait davantage figure d'alliée des professionnel·le·s dans le premier cas de figure, favorisant peu le refus de sa présence par les patientes. Dans ce cadre, les professionnel·le·s demandaient parfois aux patientes de raconter leur parcours contraceptif alors que cela n'était pas l'objet de la consultation. Ces digressions n'avaient sans doute pas comme but exclusif l'avancée de l'enquête, la présence de la chercheuse pouvant être instrumentalisée à des fins prescriptives. Les gynécologues (travaillant en cliniques et cabinets de ville), particulièrement adeptes de contraception orale et de DIU, insistaient sur les vertus de ces méthodes, arguant l'expliquer aussi pour la chercheuse.

Différents niveaux d'analyse sont donc mobilisés : l'étude des parcours contraceptifs, l'impact des normes médicales et de genre sur les pratiques individuelles, et la prise en compte de logiques biopolitiques (Foucault *et al.*, 2004 ; Preciado, 2010). Il s'agira dans un premier temps d'exposer différents types de pratiques de soin ainsi que leurs impacts sur la manière de mener une consultation de contraception. Dans un deuxième temps sera explicitée la façon dont les professionnel·le·s de santé reproduisent, voire élaborent une catégorisation des patientes, selon quels critères et avec quelles conséquences en termes d'inégalités contraceptives.

1. Impacts des pratiques de soin sur l'accès et le vécu contraceptif des patientes

Le secteur professionnel médical se caractérise par une hiérarchisation marquée. 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, Fassin, 1992) et considérant, d'autre part, l'allopathie comme approche légitime exclusive. Pourtant, le terrain témoigne d'une diversité de pratiques impactant différemment l'accès des patientes à la contraception selon les professionnel·le·s qu'elles consultent. Cette première partie présente une

typologie des pratiques de soin construite à partir de six variables : 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 (vertical ou horizontal) 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 (interruption volontaire de grossesse).

1.1. Pilule et médicalisation de femmes non malades : contracepter ou corriger ?

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 salaires, de nombre de consultations et de patientèle. Les professionnel·le·s d'un centre de santé, habitué·e·s à recevoir une patientèle précarisée, indiquent par exemple que leur structure ne compte aucun·e gynécologue faute de salaire élevé. Aussi, les praticien·ne·s étant passé·e·s d'une structure libérale à une structure publique déclarent bénéficier d'une stabilité de salaire depuis qu'elles·ils ne dépendent plus d'un système de paiement à l'acte impliquant, selon certain·e·s d'entre elles·eux, une « rentabilité aux patientes ». La médecine libérale dominante est quant à elle caractérisée par des consultations courtes et nombreuses, garantissant *a priori* un nombre élevé de prescriptions (Greffion, 2019). L'enquête montre ainsi que les consultations les plus courtes sont celles menées en cabinets libéraux (18 minutes en moyenne) et en cliniques (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 hôpitaux et centres de planification (25 minutes en moyenne).

En consultant des gynécologues issu·e·s de structures privées, les usagères enquêtées se tournent principalement vers le premier type de pratique 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 Pearl⁶ et en la définissant comme devant « faire baisser la fertilité », excluant de fait toutes les méthodes barrières⁷. La présentation faite du panel contraceptif est donc incomplète et traduit un décalage entre la loi⁸ 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

⁶ Outil statistique mesurant l'efficacité (théorique et pratique) des méthodes de contraception sur 100 femmes durant un an.

⁷ Elles empêchent le passage des spermatozoïdes dans le col de l'utérus (comme le préservatif, par exemple) sans agir sur la fertilité (contrairement aux méthodes hormonales qui bloquent l'ovulation, par exemple).

⁸ 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 ».

existe d'autres, parlez-en avec votre gynécologue" », ironise Laura, chargée de gestion immobilière. Les usagères souhaitent quant à elles 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·ère·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 femmes⁹, 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 pilule « était employée comme traitement des irrégularités menstruelles » (Sanabria, Benguigui, 2009 : 172). La pilule bloquant l'ovulation, les saignements sous pilules imitent en fait artificiellement un 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 donc 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 pilule revêt donc des propriétés contraceptives, mais aussi médicales permettant de « corriger » et « d'améliorer » 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 travaillant en clinique privée). 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. La prescription de contraception résulte donc d'un diagnostic médical (Ventola, 2014) alors même qu'elle s'adresse à des personnes non malades (Grino, 2014). Une pathologisation semble donc aller de pair avec une appréhension des corps comme morcelés, selon les spécialités médicales dédiées aux différents organes.

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 favorise une conception de santé globale tenant compte de la multiplicité des facettes qui composent l'identité des patientes. Il s'agit alors moins de considérer une pratique allopathique comme

⁹ Le terme « femmes » est à appréhender ici comme une classe de sexe composée de personnes assignées femmes à la naissance. Il s'agit donc bien d'une construction sociale et non d'une catégorie biologique.

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.

1.2. Consultations courtes, risque accru de violences médicales ?

Aborder l'ensemble du panel contraceptif nécessite du temps, un « bien rare » (Greffion, 2019) dans le cadre de consultations en libéral. C'est en consultations pré et post-IVG de centre de planification en hôpital que la question de la contraception, et particulièrement de la pilule, est la plus abordée et que ses prescriptions et renouvellements sont les plus fréquents. En effet, après une IVG, la contraception des femmes est (re)médicalisée et la pilule reste la méthode la plus prescrite (Moreau, Desfrères, Bajos, 2011). Au cours des observations, les prescriptions et renouvellements de pilules sont moins fréquents en structures libérales¹⁰ que dans le cadre des consultations précédentes¹¹. En revanche, les examens gynécologiques sont plus souvent exclusivement liés à ces prescriptions/renouvellements (alors que seul un examen clinique est nécessaire¹²). En ce sens, les prescriptions et renouvellements de pilule effectués en structures libérales s'inscrivent plus systématiquement dans un protocole pathologisant, assurant un contrôle régulier des corps des patientes pour des raisons non médicales. Une seule prescription de pilule a été observée en centres de santé, où l'on parle moins fréquemment mais plus longuement de contraception.

Les consultations en libéral sont donc « timées » (pour reprendre les termes des professionnel·le·s) et les gynécologues indiquent être moins dans « la parole » que dans « l'action », en évitant par exemple de poser des questions ouvertes aux patientes. 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. Les sages-femmes et les médecins généralistes (issu·e·s de structures libérales et reconnaissant pouvoir prendre plus de temps qu'en hôpital) témoignent d'une certaine souplesse en adaptant le temps consacré aux consultations selon l'affluence en salle d'attente. Les sages-femmes, les médecins généralistes de structures publiques et, dans une moindre mesure, les gynécologues de structures publiques à destination de publics précarisés (telles 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. Cela semble aller de pair avec une plus grande variété de supports mobilisés pour illustrer les explications données. Si le premier type de pratique privilégie l'exclusivité d'explications brèves et orales, l'alternative consiste davantage à

¹⁰ Elles concernent un peu moins d'un quart des consultations.

¹¹ Elles concernent un peu moins de la moitié des consultations.

¹² HAS (2015).

« 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.

Le temps différencié accordé aux patientes par les professionnel·le·s et selon les structures témoigne de différents rapports entretenus entre ces acteur·rice·s. 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. Un obstétricien travaillant en structure similaire déclare que « c'est une habitude que les femmes fassent confiance au médecin » et qu'il est donc « inutile de demander » le consentement des patientes ; et d'ajouter « qu'elles ne sont pas à une sonde près ». Pourtant, confrontées à des examens effectués sans explication sous couvert de paternalisme médical, les usagères décrivent *a minima* ces rendez-vous comme « désagréables ». Cette expérience peut également être – pour d'autres – bien plus violente, à l'instar de Laura qui déclare avoir « [eu] l'impression d'être violée ». En effet, l'absence d'information entrave toute possibilité de consentement de la part de la femme concernée, lequel ne peut ni se présumer ni être tacite (Winckler, 2016 : 199 et 294) sans constituer une forme de violences médicales¹³ (obstétricales ou gynécologiques selon le domaine concerné), entendues comme un ensemble d'attitudes (actes ou propos) injustifiées mais légitimées dans un contexte de pouvoir médical (Lahaye, 2018 : 179 et 187). Impactant principalement les femmes, elles font en ce sens partie intégrante des violences de genre. Une alternative à cette violence institutionnelle 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*¹⁴ en proposant par exemple aux patientes de s'auto-examiner à l'aide d'un miroir. Cette approche se distingue également par une prise de parole plus équitablement répartie entre professionnel·le·s et patientes et par l'usage d'un vocabulaire valorisant et participatif de la part des premier·ère·s envers les secondes : « c'est vous qui savez ce qui

¹³ Les violences médicales peuvent revêtir différentes formes dont les exemples suivants ne sont pas exhaustifs : négation des souffrances (psychologiques et physiques), infantilisation, jugement, demande de justification, culpabilisation, sentiment d'infériorité (accentué par la position d'auscultation), paternalisme, examens intempestifs, discriminations (selon l'identité de genre, l'orientation sexuelle, les origines sociales ou ethniques, le poids, le statut sérologique).

¹⁴ « Le *self-help* est une démarche collective de prise de pouvoir de leur corps par les femmes, qui passe par la remise en 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 : 38).

vous fait du bien » ; « vous avez raison » ; « et vous, vous en pensez quoi ? ». L'alternative est donc de 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 ?

2. Catégoriser les patientes selon des critères non médicaux

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-ales, une « usagère idéale » a moins de 35 ans, est non fumeuse et n'a ni diabète ni cholestérol. Dans le premier cas, l'accent est mis sur la prévention d'IST (infections sexuellement transmissibles). 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 ». 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 professionnel-le-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 quatre groupes de patientes (jeunes, précarisées, ayant eu recours à l'IVG, racisées) selon un continuum allant des patientes idéalisées aux patientes « déviantes » (Roux, Ventola, 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.

2.1. Entre compétences attendues des jeunes usagères et peur du médico-légal

En raison de la phase préconjugale qui la caractérise (Bajos, Bozon, 2008), la jeunesse (sexuelle) est souvent abordée au prisme du « risque » : d'IST, d'exposition à l'IVG, ou encore de précarité économique. 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 qui arrivent en disant qu'aucune pilule ou DIU ne va » et qui « ne comprennent rien ». Celui-ci ajoute : « Dans ce cas je dis qu'il ne reste plus rien d'efficace. » La faculté de « compréhension » des patientes est questionnée si elles ne partagent pas une vision thérapeutique de la contraception. 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. Elles ont donc, aux yeux de ces praticien·ne·s, une moindre « compétence contraceptive », entendue comme « la capacité à prendre une contraception, dépendante des motivations et de la fiabilité des individus. L'acquisition supposée difficile de cette compétence justifie le suivi médical, voire les limites parfois posées par le praticien au libre choix contraceptif des patients » (Ventola, 2014 : 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 » plutôt que comme un outil accompagnant une transition contraceptive, comme elle est par exemple présentée en centres de santé. Une gynécologue travaillant en structure publique indique par exemple à propos du diaphragme que « le problème c'est qu'il faut apprendre à le mettre ». Les professionnel·le·s peuvent 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 de clinique privée. La pilule se caractérise au contraire par sa facilité de prescription qui ne nécessite aucune manipulation (McLaren, Morel, Rosenthal, 1996 : 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'ils-elles « 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. Durant l'enquête, il semblerait que seule une jeune patiente nullipare d'un centre de santé soit accompagnée dans cette démarche. Les médecins libéraux-ales 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 et de temps disponible en consultation (indiquant que « la pose de DIU chez les nullipares prend du temps »), limitant aussi cette possibilité contraceptive qui ne s'installe que lentement depuis « la crise de la pilule ».

2.2. Usagères « déviantes », prescriptions de long cours

Mais les injonctions diffèrent 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 : 3), est indépendante des usagères. Il est surtout prescrit aux « femmes étiquetées comme déviantes » (Roux, Ventola, Bajos, 2017 : 45) (des femmes schizophrènes, des femmes ayant eu des « grossesses compliquées » : en multipartenariat et dont les enfants sont placé-e-s, 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 » comme la pilule. Par ailleurs, si les pilules de troisième génération sont parfois reconnues comme ayant des propriétés antiacnéiques, 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 prescripteur-ric-e-s et patientes (Bretin, Kotobi, 2016 : 127).

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 la prenaient déjà est privilégiée, l'objectif étant 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 due 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 « récidive » (Mathieu, 2017).

Les entretiens réalisés auprès des 17 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, Kotobi, 2016). 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^e siècle à des stérilisations contraintes (reconnues à l'agenda international seulement 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 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). Cela semble être moins le cas des femmes blanches sortant de maternité qui se voient prescrire une pilule à moyen terme. 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 tsigane » 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.

Conclusion

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. Selon cette approche, il est par ailleurs attendu de ces dernières une « compétence contraceptive » et une « compréhension » basée sur une vision thérapeutique. Ayant un statut d'expert·e·s pour aborder, fréquemment mais brièvement, le panel contraceptif (de manière incomplète), les gynécologues, principalement libéraux·ales, semblent particulièrement mobiliser cette approche. Cela est également le cas des généralistes libéraux·ales, 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, 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·ales 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.

Finalement, ce sont paradoxalement les pratiques issues de la norme dominante qui sont également celles qui semblent les plus éloignées à la fois des attentes des usagères, mais aussi des recommandations officielles.

Les prescriptions étudiées sont donc à envisager dans une approche de soin globale, dont la contraception ne représente qu'un domaine particulier, résultant finalement de postures politiques déterminant des conditions matérielles de santé des patientes (ici en termes d'accès aux différentes méthodes contraceptives). La remise en question du tout pilule ainsi que la diversification des méthodes contraceptives semblent relatives puisqu'elles peuvent être freinées selon les pratiques de soin, qu'il paraît finalement plus approprié de qualifier dans ce cas de pratiques médicales. 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 médical.

Bibliographie

AIACH P., FASSIN D. (dir.) (1992), *Sociologie des professions de santé*, La Garenne-Colombes, Espace européen (« Méthodes & faits sociaux »).

- ANSM (2014), *Évolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) et autres contraceptifs de janvier 2013 à avril 2014*. En ligne, consulté le 23 août 2017. URL : http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/contraceptifs-oraux_evolution_consommation-1janvier2013-avril2014_1_.pdf.
- BAJOS N., BOHET A., LE GUEN M., MOREAU C. (2012), « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », *Population et Sociétés*, n° 492, p. 1-4.
- BAJOS N., BOZON M. (2008), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte.
- BAJOS N., OUSTRY P., LERIDON H., BOUYER J., JOB-SPIRA N., HASSOUN D., COCON E. (2004), « Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France », *Population*, vol. 59, n° 3, p. 479-502.
- BAJOS N., ROUZAUD-CORNABAS M., PANJO H., BOHET A., MOREAU C., ÉQUIPE FÉCOND (2014), « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? », *Population et Sociétés*, n° 511, p. 1-4.
- BRETIN H., KOTOBİ L. (2016), « Inégalités contraceptives au pays de la pilule », *Agone*, vol. 1, n° 58, p. 123-134.
- DORLIN E. (2009), *La matrice de la race : généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*, Paris, La Découverte.
- FOUCAULT M., EWALD F., FONTANA A., SENELLART M. (2004), *Naissance de la biopolitique : cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris, EHESS/Gallimard/Seuil (« Hautes Études »).
- GAUTIER A., KERSAUDY-RAHİB D., LYDIÉ N. (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.
- GELLY M. (2006), *Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée*, Paris, L'Harmattan.
- GREFFION J. (2019), « Les rythmes d'une relation d'influence : médecins libéraux et visiteuses de l'industrie pharmaceutique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 1, n° 226-227, p. 48-71.
- GRINO C. (2014), « La pilule : biologisation de la contraception et régulation sociale », *Genre, sexualité et société*, n° 12, p. 2-21.
- HAS (2015), *Contraception : prescriptions et conseils aux femmes*. En ligne, consulté le 23 août 2017. URL : http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf.
- KEBABZA H. (2006), « "L'universel lave-t-il plus blanc ?" : "Race", racisme et système de privilèges », *Les cahiers du CEDREF*, n° 14, p. 1-17.
- KÓCZÉ A. (2011), « La stérilisation forcée des femmes roms dans l'Europe d'aujourd'hui », *Cahiers du Genre*, vol. 1, n° 50, p. 133-152.
- LAHAYE M-H. (2018), *Accouchement, les femmes méritent mieux*, Paris, Michalon.

- MATHIEU M. (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*, Communication du 18 décembre 2017 au colloque « Genre et contraception : quelles (r)évolutions ? », Paris, Sciences Po.
- MCLAREN A., MOREL I., ROSENTHAL J. (1996), *Histoire de la contraception de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Noësis.
- MOREAU C., DESFRÈRES J., BAJOS N. (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.
- MULOT S. (2014), « Relations de soin, cultures et inégalités de santé », *Terrains & travaux*, vol. 1, n° 24, p. 39-61.
- OUDSHOORN N. (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.
- PRECIADO B. (2010), « Biopolitique à l'ère du capitalisme pharmacopornographique », *Chimères*, vol. 3, n° 74, p. 241-257.
- QUÉRÉ L. (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 D., LE GUEN M., LYDIÉ N. (2017), « Baromètre santé 2016 – Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent », *Santé publique France*, p. 1-8.
- ROSSIER C. *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 A., VENTOLA C., BAJOS N. (2017), « Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France », *Sciences sociales et santé*, vol. 35, n° 3, p. 41-70.
- RUVAULT L. (2016), « La circulation transnationale du self-help féministe : acte 2 des luttes pour l'avortement libre ? », *Critique internationale*, vol. 70, n 1, p. 37-54.
- SANABRIA E., BENGUIGUI M. (2009), « Le médicament, un objet évanescent : Essai sur la fabrication et la consommation des substances pharmaceutiques », *Techniques & Culture*, vol. 52-53, n° 2, p. 168-189.
- THOMÉ C. (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, Paris, École des hautes études en sciences sociales.
- TILICH E. (2019), « "Libérées, délivrées !" : stérilisées et sans enfant », *Ethnologie française*, vol. 176, n° 4, p. 787-801.

VENTOLA C. (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.

WINCKLER M. (2016), *Les brutes en blanc*, Paris, Flammarion.