

(FAIRE) AVALER LA PILULE.

UNE SOCIOLOGIE DES PRESCRIPTIONS ET DES USAGES D'UNE CONTRACEPTION EN « CRISE »

Leslie Fonquerne

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Thèse de sociologie soutenue le 08 novembre 2021 à l'Université Toulouse Jean Jaurès. Réalisée sous la direction de Stéphanie Mulot (Pr. HDR socio-anthropologie, UTJJ) et Julie Jarty (MCF sociologie, UTJJ). Le manuscrit se compose de 713 pages.

1. Contexte et problématique - Une pilule « scandaleuse », particulièrement destinée aux jeunes femmes ?

Cette thèse interroge les prescriptions et les usages de contraception orale chez les **jeunes femmes (20-30 ans)** dans un contexte marqué par « la crise de la pilule » en France. Fin 2012, début 2013, la médiatisation de la plainte au pénal par la lanceuse d'alerte Marion Larat, dirigée contre le directeur général du laboratoire pharmaceutique Bayer et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), a permis de mettre au jour des risques sanitaires relatifs aux usages de contraception orale jusqu'alors sous-estimés en France. La consommation des pilules¹ de troisième et quatrième générations (les plus récentes, diffusées à partir des années 1990) est associée à un sur-risque sanitaire thromboembolique (par rapport aux pilules plus anciennes de première et deuxième générations). Par conséquent, et ce point de contradiction impulse la problématisation de cette recherche, si lors de la légalisation de la contraception en France (1967), **les pilules incarnaient un symbole d'émancipation pour les femmes**, elles deviennent, cinquante ans plus tard, **objets de méfiance d'ordre sanitaire et social, pourtant toujours plébiscités**. Si le scandale ne concerne que certaines pilules, c'est une désaffection de l'ensemble de la contraception orale que l'on observe. En effet, le taux d'usage des pilules est passé de 50 % en 2010 (*ante* scandale) à 36,5 % en 2016 (post-scandale), présentant donc une baisse de plus

¹ Parler de « contraception orale » ou de « pilule » au singulier renvoie à l'ensemble des générations de pilules. Parler de « pilules » au pluriel permet, par contraste, de mettre l'accent sur les spécificités de chaque génération qui compose la contraception orale.

de treize points. Néanmoins, les pilules restent le moyen contraceptif le plus utilisé en France et ce, malgré un panel contraceptif composé d'une dizaine d'autres méthodes.

Les recherches portant sur la contraception (orale) réalisées jusqu'ici se concentraient sur les expert·e·s du domaine (les médecins, les laboratoires pharmaceutiques). Dès lors, cette thèse interroge d'abord **l'état actuel des droits sexuels et reproductifs des jeunes femmes usagères de contraception, à travers une approche individuelle des usages et de l'accès aux dispositifs contraceptifs**. La pilule conserve une place centrale au sein de la « norme contraceptive » en succédant au préservatif lors d'une première mise en relation dite stable, avant d'être éventuellement remplacée par une méthode de long cours une fois le nombre d'enfant souhaité atteint. Son usage représente donc l'entrée dans une « bonne » sexualité : disciplinée, morale, non récréative, hétérosexuelle et monogame. Les **jeunes femmes diplômées** correspondent au profil le plus concerné par un usage de pilules de dernières générations, mises en cause dans la « crise de la pilule ». Les **femmes âgées de 20-24 ans** sont, quant à elle, les plus concernées par un usage exclusif de pilule contraceptive, c'est-à-dire sans la combiner à une autre méthode comme le préservatif, et ce, d'autant plus si elles sont en relations hétérosexuelles. Cette tranche d'âge représente également un temps biographique particulier : l'entrée dans l'âge adulte, caractérisée par un passage des études à la vie professionnelle. Seul moyen contraceptif nécessitant une observance quotidienne (indépendamment de la fréquence des rapports sexuels), la pilule est donc pourtant particulièrement utilisée par des **jeunes femmes en situation de mobilités** : professionnelle, financière, relationnelle, résidentielle.

2. Objectifs - Identifier les mécanismes faisant obstacles à l'émancipation des jeunes femmes

D'un point de vue théorique, cette thèse documente et dresse une sociohistoire de la contraception dans une perspective de genre, connaissant actuellement une réelle effervescence (à l'image du laboratoire Contraception&Genre auquel je suis affilié, qui représente une dynamique importante de la jeune recherche en France sur ces sujets).

Parallèlement, l'objectif de l'enquête empirique est de **mettre au jour des logiques individuelles, marchandes, politiques, médicales et de genre, déterminant les usages et les prescriptions de pilules, à l'heure de la désaffection de cette méthode**. Quels sont alors les

déterminants sociaux dans l'accès, le choix et l'usage d'une pilule comme contraception pour les jeunes femmes ? Comment, à travers leurs pratiques, les professionnel-le-s de santé favorisent-ils et elles des discriminations en consultation ? En quoi le système de santé freine-t-il la diversification des usages contraceptifs ? Il s'agit d'identifier les mécanismes faisant obstacles à l'accès à l'éventuel levier d'émancipation qu'est la contraception, en :

- interrogeant le libre choix des jeunes femmes et l'implication de leur entourage dans l'accès et l'usage d'une contraception orale ;
- rendant compte de l'impact des pratiques médicales en matière d'inégalités d'accès à l'information et à la prescription de contraception et en en saisissant les spécificités selon les professions médicales (selon la formation et les conditions d'exercice) et le profil des patientes (à travers des discriminations basées sur l'âge, la classe sociale ou encore les origines ethno-raciales) ;
- mettant en lumière les stratégies développées par les usagères face aux logiques non médicales, et parfois discriminantes, du personnel de santé et de pharmacie ;
- repérant, en miroir, les processus (médicaux et politiques) garantissant un accès aux droits effectifs en matière de contraception et, plus largement, de soin gynécologique.

3. Méthode - Un dispositif de recherche de type qualitatif et une approche ethnographique innovante des salles de consultation

À la croisée de la **sociologie du genre, de la jeunesse, des professions, des politiques publiques et de l'anthropologie politique de la santé**, trois niveaux d'analyse ont été articulés : l'étude de parcours contraceptifs et biographiques individuels au niveau micro social, l'impact des politiques publiques et des normes médicales et de genre sur les pratiques contraceptives des usagères et médicales des professionnel-le-s de santé à l'échelle méso sociale, et la prise en compte de logiques (bio)politiques macro sociales (à travers l'intérêt économique que représentent les corps des femmes pour l'industrie pharmaceutique).

Quatre-vingt-six **entretiens et récits de vie**, parfois répétés, ont été menés auprès de soixante-neuf personnes enquêtées : dix-sept **jeunes femmes usagères** de contraception orale ; huit de **leurs parent-e-s**, identifié-e-s comme impliqué-e-s dans leurs parcours contraceptifs (7 mères, 1 père) ; six de **leurs partenaires**, afin de questionner leur implication dans le choix et l'usage de la contraception ; trente-cinq **professionnel-le-s de santé**,

habilité-e-s à prescrire (13 généralistes, 9 gynécologues, 9 sages-femmes) et, dans une moindre mesure, à délivrer (4 personnels de pharmacie) une contraception ; deux membres d'un **Planning familial** et un **andrologue**. Âgées de **20-30 ans et diplômées** (bac +2 à bac +5), les jeunes femmes suivies correspondent au profil le plus concerné par une prise de pilule exclusive (sans la combiner à une autre méthode) de dernières générations (mise en cause dans « la crise de la pilule »). 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 réunionnaises, latina-américaines, maghrébines), dont quatre sont issues de famille ou culture hindouiste ou musulmane.

Suite à la « crise de la pilule », les jeunes femmes les plus diplômées se sont détournées de la contraception orale au profit du dispositif intra-utérin (DIU, plus connu sous le nom de stérilet), tandis que les jeunes femmes issues de catégories sociales moins favorisées recourent davantage au préservatif, dont l'usage est plus difficile à négocier auprès des partenaires (hommes). L'investigation de consultations dans diverses structures médicales permet alors d'accéder à des **profils de jeunes femmes plus variés**. A ce titre, quatre-vingt-dix-huit consultations médicales et gynécologiques ont été **observées**, dans des **structures publiques** (hôpital, centres de santé) **et privées** (clinique, cabinets de ville). L'originalité de la démarche réside dans la focalisation sur la matérialité du dispositif de la salle de consultation, à travers une écologie des lieux qui a permis de mettre au jour des mécanismes qui favorisent ou, au contraire, prémunissent, des risques de violences gynécologiques². **Un cours**, destiné à des internes en médecine générale, portant sur la contraception, a également été observé.

Le corpus de matériaux est également composé d'une **littérature grise relative aux politiques de santé publique** : différentes versions du Code de déontologie médicale, des rapports officiels de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des *United Nations*, 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 territoriales, etc.). Parallèlement, 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

² Entendues comme un ensemble d'attitudes (actes ou propos), médicalement injustifiées, effectuées sans le consentement des patientes.

traitant du sexisme d'environnement dans la formation et le milieu médical (à travers l'apprentissage de touchers vaginaux sur des patientes endormies, ou encore la réalisation de fresques représentant des viols collectifs sur les murs des centres hospitalo-universitaires). 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, en particulier des jeunes usagè·e·s, depuis sa diffusion et jusqu'à l'heure de « la crise de la pilule ».

L'analyse des matériaux a été réalisée par codifications thématiques et par études de cas (de cours de médecine et de maïeutique observés et écrits, ainsi que de consultations gynécologiques).

4. Résultats - Un système de santé peu compatible avec les parcours biographiques évolutifs de la jeunesse

La vertu émancipatrice de la contraception orale est remise en question. En étant continuellement contraceptées sous pilules, les jeunes femmes déclarent se sentir moins légitimes de refuser un rapport sexuel. Parallèlement, leurs partenaires ne participent que ponctuellement à la prévention d'une grossesse non prévue, uniquement dans le cadre de relations dites durables et si leur plaisir sexuel n'est pas compromis. Par ailleurs, face à leurs mères qui les dirigent vers leurs propres gynécologues, les jeunes femmes réajustent au besoin l'implication de leurs parentes. Elles les mobilisent pour contourner l'autorité (para)médicale, particulièrement les logiques non médicales discriminatoires envers les plus jeunes en pharmacie : en cas d'ordonnance périmée ou absente, le personnel de pharmacie délivre plus systématiquement la contraception aux mères qu'aux principales intéressées³. Les jeunes femmes font également parfois le choix de se détourner du médecin de famille : mères et filles sont dans des temporalités biographiques distinctes et le modèle médical des unes ne convient pas nécessairement aux autres. En ce sens, quatre **modèles (de visibilité) d'usages, déterminés par le type de domicile et de cohabitation, renseignent sur les parcours biographiques des femmes**. Ils ont été réalisés grâce à la méthode du parcours

³ Voir mon article : Leslie Fonquerne, « Être (re)connue dans la pharmacie : délivrance d'une contraception "en crise" en France et contournement de l'autorité (para)médicale », *Enfances Familles Générations*, 38, 2021.

commentés⁴ qui a permis de retracer les itinéraires des pilules contraceptives des usagères, en accédant aux lieux de rangement de la contraception aux domiciles des jeunes femmes. Un usage « secret » témoigne d'une cohabitation non conjugale et avec les parent·e·s, et va forcément de pair avec un lieu de rangement à usage individuel (à l'image de la table de chevet). Par contraste, un usage « exhibé » s'observe exclusivement en néolocalité (au domicile personnel, conjugal ou non), où le lieu de rangement est collectif (comme un meuble du salon). Un usage « discret » est, quant à lui, caractéristique d'une instabilité résidentielle : les jeunes femmes évoluent entre le domicile parental et la néolocalité. Le sac à main apparaît alors comme étant le lieu de rangement le plus fréquent, traduisant la mobilité, résidentielle mais aussi professionnelle et affective, particulièrement caractéristique de la jeunesse étudiée.

En étant évolutifs, les parcours biographiques et, *a fortiori*, contraceptifs, contrebalancent la norme d'un schéma contraceptif rigide. Pourtant, les pratiques de soin peuvent freiner la diversification des usages contraceptifs ainsi que la remise en question de la centralité des pilules dans la « norme contraceptive ».

En effet, les analyses ont mis en évidence une corrélation hiérarchique entre les méthodes contraceptives (plus ou moins marginalisées), les praticien·ne·s qui les recommandent (inégalement situé·e·s hiérarchiquement) et les profils des usagères (plus ou moins visées par des logiques discriminatoires). Les professions médicales masculinisées et situées en haut de la hiérarchie (obstétriciens), jouissant du statut d'expert de la contraception, sont davantage susceptibles d'enseigner à leurs pairs les méthodes contraceptives médicalisées⁵, qui sont d'ailleurs au cœur de leurs habitudes de prescription. La priorité pédagogique de **la formation médicale** est donnée à l'obstétrique, au détriment du **domaine contraceptif, relégué au rang d'annexe**. L'ensemble du personnel prescripteur apprend donc que la contraception peut être traitée de manière succincte en consultations. En outre, le choix de compléter ou non la formation initiale est à **l'initiative personnelle des praticien·ne·s**. Par contraste aux gynécologues (obstétriciens ou non), les sages-femmes (profession féminisée et située plus

⁴ Dans le cadre d'entretiens réalisés à leurs domiciles, les jeunes femmes usagères montraient ce dont elles étaient en train de parler, ici le lieu de rangement de leurs pilules contraceptives.

⁵ Qui nécessitent une intervention médicale (une ordonnance ou une pose effectuée par un·e praticien·ne) ou dont le fonctionnement est hormonal, *a contrario* des méthodes barrières non hormonales.

bas dans la hiérarchie), prescriptrices seulement depuis 2009, font davantage le choix de se former aux questions de contraception et de violences faites aux femmes, n'enseignent que ponctuellement dans la formation des médecins, en intervenant sur les méthodes les plus marginalisées (comme la contraception testiculaire), mais sont par ailleurs plus enclines à **présenter l'ensemble du panel contraceptif en consultations, favorisant un choix libre et éclairé.**

L'absence de consentement est en effet le nœud qui constitue toute forme de violence. À ce titre, le système de santé ne favorise pas les pratiques médicales non violentes. Le paiement à l'acte, appliqué en clinique et en cabinets gynécologiques, invite à une logique de productivité, à travers : des consultations courtes et nombreuses ; une priorité donnée à l'action (examens) plutôt qu'à la parole (explications orales ou écrites, appuyées par divers supports manipulables) ; une pathologisation des corps des femmes, pourtant non malades ; une multiplication des actes qui compromet régulièrement le consentement des patientes. **Les demandes de consentement et les explications complètes nécessitent du temps, dans le cadre de consultations pourtant minutées.** Dans ce contexte, les femmes jeunes, blanches, et diplômées sont particulièrement dirigées vers une pilule comme moyen de contraception, tandis que les femmes racisées et situées en bas de l'échelle sociale se voient davantage prescrire des méthodes de long cours, plus efficaces et nécessitant peu d'observance⁶.

En miroir, un modèle de consultation participative, observé en centres de santé publics ou dans des cabinets de sages-femmes, permet de se prémunir du risque étudié, grâce à : une co-construction des savoirs entre personnel de santé et usagères, une répartition équitable de la parole, un recours parcimonieux aux examens, et la valorisation d'une plus grande autonomie des femmes vis-à-vis du corps médical.

Le **risque de violences gynécologiques** est donc inhérent aux conditions relatives à un système de santé donné, et apparaît, à ce titre, comme étant **structurel**⁷.

⁶ Voir à ce sujet : Fonquerne Leslie, « À qui faire avaler la pilule ? Pratiques de soin et inégalités en consultations de contraception », *Emulations - Revue de sciences sociales*, n° 35-36, 2020, p. 65-79.

⁷ Voir à ce titre ma publication : Fonquerne, Leslie, « "C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo !" . Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception », *Santé Publique*, vol. 33, n° 5, 2021, p. 663-673.

5. Conclusion - L'émancipation des jeunes femmes usagères réside aujourd'hui dans la relation de soin

L'accès à l'ensemble du panel contraceptif n'est pas garanti à chaque femme selon son profil social, les professionnel·le·s qu'elle consulte et la structure dans laquelle elle se rend. Bien que la prévalence contraceptive soit aujourd'hui élevée, cela ne signifie donc pas que toutes les femmes bénéficient de l'ensemble des informations nécessaires. Ainsi, **une pilule est moins la contraception la plus choisie que la plus prescrite**. Par ailleurs, si la prescription sur ordonnance est garante du remboursement de la contraception, elle représente aussi une autorité qui n'est pas uniquement basée sur des logiques médicales. Enfin, **les usagères portent généralement seule la charge contraceptive** et sont investies au sein d'une interaction spécifique dans le cadre du suivi gynécologique. En ce sens, les violences gynécologiques relèvent du *continuum* des violences de genre.

Cette thèse s'ancre donc dans la continuité de travaux interdisciplinaires portant sur les usages, les prescriptions et les politiques contraceptives, en mettant au jour **les mécanismes faisant obstacles** à, et, en miroir, les **outils nécessaires** à l'atteinte de, l'objectif visé depuis plus d'un demi-siècle : celui de **l'accès à la contraception libre et gratuite**.