

École doctorale de l'EHESS (ED 286)

Cermes3 (EHESS), Inserm U1018 - CESP Équipe 7

Thèse de doctorat

Discipline : Sociologie

Alexandra Roux

« Par amour des femmes » ?

*La pilule contraceptive en France, genèse d'une évidence
sociale et médicale (1960-2000)*

Thèse dirigée par : Nathalie BAJOS, Directrice de recherche Inserm
Ilana LÖWY, Directrice de recherche Inserm émérite, associée au
Cermes3/EHESS

Date de soutenance : le 16 juin 2020

Rapporteuses :

- 1 Catherine ACHIN Professeure, Université Paris Dauphine
- 2 Dominique MEMMI Directrice de recherches 1^{re} classe émérite, CNRS-CRESPPA

Composition du jury :

- 1 Catherine ACHIN Professeure, Université Paris Dauphine
- 2 Michel BOZON Directeur de recherches à l'Ined, chercheur associé à l'IRIS/EHESS
- 3 Patrick CASTEL Chargé de recherche FNSP, Sciences Po
- 4 Dominique MEMMI Directrice de recherches 1^{re} classe émérite, CNRS-CRESPPA
- 5 Bibia PAVARD Maîtresse de conférences, Université Paris II, Panthéon-Assas
- 6 Christelle RABIER Maîtresse de conférences, EHESS

Sommaire

Avant-propos	xvii
Introduction	1
I La production d'une évidence : interroger la centralité de la pilule contraceptive en France	21
1 Étudier la mise en place d'une norme : cadre théorique et méthodologie de la thèse	25
2 La centralité de la pilule contraceptive en France : questionner l'évidence	63
II Prescrire la pilule : la construction d'une évidence médicale	111
3 La professionnalisation de l'expertise contraceptive	115
4 Gynécologues médicales et (bio)médicalisation de la contraception en France	173
5 Formation en contraception et pilulocentrisme de la prescription : la norme contraceptive comme norme médicale	217
III Une norme co-produite : industries et expert.e.s dans le façonnement de l'offre contraceptive	275
6 Marketing scientifique et restriction de l'offre contraceptive : perspective historique sur le marché contraceptif	279

7	L'expertise informée par l'industrie	337
IV	Une norme peu contestée	371
8	Les tentatives avortées de contestation des contraceptifs oraux et de la norme contraceptive française	375
9	De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception	429
	Conclusion	477
	Annexes	491
	Bibliographie	550
	Index des noms cités	550
	Table des matières	559

Remerciements

Mes remerciements les plus chaleureux vont d’abord à mes directrices, Nathalie Bajos et Ilana Löwy, qui par leur exigence intellectuelle et la confiance qu’elles m’ont accordée au cours des six dernières années m’ont aidée à façonner cette thèse au-delà de ce que j’aurais imaginé ou espéré. Je n’aurais à vrai dire pas pu trouver un duo de directrices plus complémentaires pour un tel sujet. Je tiens également à remercier les membres de mon jury de soutenance, Catherine Achin, Michel Bozon, Patrick Castel, Dominique Memmi, Bibia Pavard et Christelle Rabier, qui ont accepté de consacrer de leur temps pour discuter ce travail. Je remercie enfin Bibia Pavard et Emilia Sanabria, membres de mon comité de thèse, qui m’ont apporté des conseils précieux et décisifs à des stades embryonnaires de construction de ma réflexion.

Cette thèse n’aurait pas pu se faire sans le soutien matériel et financier de plusieurs institutions publiques. À ce titre, je tiens tout d’abord à remercier le Ministère de l’enseignement et de la recherche auprès de qui j’ai obtenu ma bourse de thèse, et l’EHESS qui a pu grâce à cela m’employer au titre d’un contrat doctoral de trois ans. L’Université de Paris Diderot m’a également recrutée comme chargée de travaux dirigés puis chargée de cours pendant cette période, au cours de laquelle j’ai eu la chance de travailler en la bienveillante compagnie de Béatrice de Gasquet, Audrey Marcillat, Pauline Grimaud et Estelle Miramond. Au terme de ces trois années, comme d’autres chanceuses-eux camarades adeptes de bricolages financiers, j’ai bénéficié d’une allocation Pôle emploi pendant deux années, qui m’a (presque) permis de terminer mon travail de doctorat en toute sérénité matérielle. Je tiens donc à remercier cette institution qui contribue actuellement de manière très significative à la recherche doctorale française, et qui a financé quasiment intégralement la période de rédaction de ma thèse¹.

J’ai également donné, pendant cinq années consécutives, des cours à l’école d’été de santé publique et d’épidémiologie du Kremlin-Bicêtre, et à ce titre, je ne

1. Je salue au passage les institutions pour lesquelles j’ai fourni du travail sans qu’elles ne contribuent à l’amélioration de ma situation matérielle ou financière : la faculté de médecine de Paris Descartes, et le DIU de Gynécologie-orthogénie de Paris V-VI et VII.

remercierai jamais assez Laurence Meyer pour son soutien matériel et moral, et son engagement envers et contre toutes les contraintes administratives afin que des personnes précaires puissent être rémunérées pour leur travail. Je tiens aussi à remercier Sandra Clares-Vera pour sa gentillesse, sa patience et sa ténacité, ainsi que Faroudy Boufassa et Jean-Paul Teglas qui ont contribué à faire de mes trois premières années de thèse un évènement convivial au quotidien.

Enfin, cette thèse a bénéficié de nombreuses reprises du soutien matériel de mes deux laboratoires de rattachement, l'équipe « Genre, Santé, Sexualité » de l'Inserm U1018-CESP, et le Cermes3. En plus de me fournir un bureau – luxe s'il en est dans nos disciplines – la première a financé l'ensemble de mes déplacements de thèse pour consulter des archives (Angers), participer à des colloques (Montréal, Strasbourg, Mahon), ainsi que pour assister aux soutenances de mes co-doctorant·e-s (Lille, Paris), et a généreusement financé autant de livres qu'il en a fallu pour achever cette thèse. Le second m'a également permis de bénéficier de salles de réunion². Les deux ont contribué de manière très significative au financement du colloque international que nous avons co-organisé avec mes collègues du laboratoire junior Contraception&Genre en décembre 2017, et je les remercie à ce titre également. Au sein de ces deux institutions, je tiens également à remercier très chaleureusement Lucette Aussel et Sabine Bimbard pour leur très grande efficacité, leur bienveillance, et leur souci de défendre la veuve, l'orphelin, et la·le doctorant·e, ainsi que Cindy Hemery pour sa gentillesse et son aide, et Virginie Ringa pour avoir été toujours très soutenante et à l'écoute.

À plus d'un titre, cette aventure, bien que très solitaire, représente une œuvre collective. Mireille Le Guen a eu la patience et la gentillesse, à plusieurs reprises, de m'aiguiller dans les tréfonds des enquêtes sur la contraception en France, et nos très nombreuses discussions sur la contraception m'ont permis de façonner ma réflexion. Henri Panjo a été d'un appui sans faille dans tous mes égarements quantitatifs et dans ma formation à Stata, au data management, et à la lutte sans merci avec les do.files. Mylène Rouzaud-Cornabas a été une demi-sœur de thèse toujours motivée et soutenante, et m'a beaucoup aidée dans les premiers pas de ce travail. Joséphine Eberhart a toujours répondu présente dans mes moments de doutes, et son amitié et sa vivacité m'ont maintes fois redonné du cœur à l'ouvrage. Kevin Diter a constitué un appui intellectuel permanent pendant toute la durée de cette thèse, et l'écho de nos discussions intarissables rythme régulièrement mes pensées. Cécile Ventola, enfin, a partagé avec moi nombre des joies, des peines, et des exaspérations de cette thèse.

2. et d'une carte de cantine obtenue il y a peu au terme d'un véritable parcours de la combattante.

Je tiens également à remercier toutes les personnes qui m'ont guidée dans de vastes corpus et fonds d'archives, particulièrement Thore Grimm aux archives de Schering AG à Berlin et France Chabod au Centre d'Archives du Féminisme à Angers. Je remercie également les enquêté·e·s qui ont accepté de discuter avec moi, de m'éclairer sur la centralité de la pilule en France, et de proposer des pistes de recherches fécondes.

L'aventure de la création du laboratoire junior Contraception&Genre – et du colloque organisé en décembre 2017 – m'a également permis d'avoir la chance et le plaisir de travailler avec Julie Ancian, Mona Claro, Leslie Fonquerne, Cyrille Jean, Aurore Koechlin, Mireille Le Guen, Anne-Charlotte Millepied, Mylène Rouzaud-Cornabas, Cécile Thomé et Cécile Ventola. Les nuits blanches partagées, les discussions enflammées, les interminables corrections, traductions, réunions et échanges de mails, ainsi que ce passionnant colloque et ces stimulants séminaires resteront pour moi un souvenir très précieux, et une belle expérience d'animation collective de la recherche.

Cette thèse doit beaucoup à la qualité de ses relecteurs·trices, qui m'ont aidée à être plus précise, à rendre les arguments plus incisifs, et à éliminer les imprécisions ou les erreurs. Outre mes directrices, je souhaite adresser un immense merci à Kevin Diter, Joséphine Eberhart, Aurore Koechlin, Mireille Le Guen, Lise Lombard, Bibia Pavard, Anissa Pomiès, Mylène Rouzaud-Cornabas, Lucile Ruault, Emilia Sanabria, Cécile Thomé, et Cécile Ventola pour leurs précieux conseils et leur bienveillance tout au long de mon écriture.

Dans la phase finale d'écriture, le très redoutable « Gang des relecteurs·trices » a traqué les fautes d'orthographe, erreurs typographiques, et autres tournures de grammaire impropres. Merci donc à Marion T, Cécile V, Kev', Jo, Marge, Vinz', LNA et Lancelot, Candy, Pauline, Juju, Lucie-Ray, Manon W et Manon F de vous être perdu·e·s dans les méandres de mes phrases trop longues et de ma pensée tordue (ou « non-*straight* », me direz-vous). Merci également aux LaTeXpert·e·s – Candy, Martine, Wilou – de m'avoir permis de surmonter bien des erreurs de compilation, et à la LaTeXartiste Tobine pour m'avoir enseigné les vertus d'une belle thèse. Sa finition doit beaucoup à leur très grande rigueur. Toutes les erreurs, imprécisions, et mauvaises interprétations qui demeurent malgré leur vigilance sont ma seule responsabilité.

J'adresse aussi mes remerciements à tou·te·s celles et ceux dont les thèses brillantes et les soutenances tout aussi spectaculaires m'ont inspiré l'enthousiasme et le courage de terminer la mienne : Laurianne, Anaïs, Anissa, Ariane, Lara, Marine, Cécile, Kevin, Mireille, Catherine, Alice, Emmanuel, Zoé, Lucile, William, Pauline, Lise et Mylène (j'en oublie certainement). Elles et ils m'auront donné à voir

des soutenances dans autant de domaines qu'en compte l'université ! J'ai également une pensée pour les personnes avec qui j'ai partagé la précarité mentale de la thèse au quotidien : Audrey, Estelle, Pauline et Camille à Paris 7, les doctorant-e-s du Cermes3, et les docs et post-docs de la très fine équipe 7, avec qui l'ivresse a été aussi intellectuelle que corporelle, Kevin, Cécile, Rachel, Emmanuel, Lorraine, Mireille, Mylène, Nico, Henri, Emilie, Dina, CharlOv et Aline.

Outre les belles rencontres intellectuelles et amicales que j'ai faites dans le cadre de cette thèse, j'ai la chance d'être très bien entourée par des personnes qui me sont chères. C'est à ces personnes que je souhaite adresser mes derniers remerciements, et ma gratitude éternelle :

Aux Contrepoules, qui m'auront permis, pendant six ans, d'exorciser mon stress à coups de smashes, et aux Wilde Mischung qui ont pris leur relais. Toutes ces belles personnes m'ont fait redécouvrir le féminisme dans son aspect quotidien – et dans ses désillusions –, la convivialité, et la vie en communauté. Elles n'ont cessé de me remplir d'adrénaline, de bières, et de belles conversations.

À mes (semi-)colocs d'un jour, de toujours, et autres êtres de lumière qui ont empli mon quotidien de rires et de bonne humeur : Kwak, mon Phare, Clémie, Martine, Constance, Ish, PA, Marion, Marion et Julie, Jacques, Julien, Kevin, Anna, Anissa, Marge, Candy, Ray. Aux belles amitiés nées entre Istanbul, Paris et Berlin : Magali dont le sourire chaleureux sonne toujours comme un *hoş geldin!*, Pauline et Wilou et nos 400 coups, Gökçe, Trung, Elie et les volutes de whisky, de cigarettes et de kahve où se boit l'avenir. Au Minoustère, dont l'humour quotidien résiste à l'éparpillement entre quatre villes et deux océans. À Joséphine, Souka, Manon, Martine, Aurore et Caro, qui m'ont toujours fait me sentir comme chez moi, où qu'elles habitent. À Dude E, Dude K, Dude P. Et surtout, à Dude B, à toutes nos passions communes – marines et digestives, et à sa constante présence dans les moments de fête comme les périodes plus difficiles. À Lady Dude, pour le bout de chemin partagé.

À Mélissa, Géraldine, Ebra, Karo, Benj, Claudia et Shammi qui enchantent depuis plus d'un an mon quotidien berlinois. *Meinen sehr lieben Mitbewohnerinnen von der KKS WG, die immer für mich da sind, und die, die letzte Jahre so wunderbar gemacht haben, trotz der Doktorarbeit.*

À ma famille, Pierre, LNA, Zaz et Fab, Vinz' et Christine, et toutes nos pièces rapportées, qui me témoignent leur soutien moral indéfectible et ne cessent de remplir mon estomac de créations culinaires toujours plus folles. À mon oncle Dominique qui m'a épargné bien des soucis mécaniques ces deux dernières années.

À mon Halabibi, cher à mon cœur et dont l'amour, l'humour et la douceur m'accompagnent au quotidien.

Liste des sigles et acronymes

AMM autorisation de mise sur le marché.

ANCIC Association nationale des centres d'IVG et de contraception.

ANEA Association nationale pour l'étude de l'avortement.

CES certificat d'études spécialisées.

CREDOC Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie.

DIU dispositif intra-utérin.

DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

FDA *Food and Drug Administration*.

GIS Groupe information santé.

HAS Haute autorité de santé.

IGAS Inspection générale des affaires sociales.

Ined Institut national d'études démographiques.

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

Insee Institut national de la statistique et des études économiques.

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

IPPF International Planned Parenthood Federation.

IST infection sexuellement transmissible.

IVG interruption volontaire de grossesse.

KOL *key opinion leaders.*

MFPF Mouvement français pour le planning familial.

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

MLF Mouvement de libération des femmes.

OMS Organisation mondiale de la santé.

ONU Organisation des Nations unies.

PCF Parti communiste français.

QCM questions à choix multiples.

RFA République fédérale d'Allemagne.

Liste des figures

1.1	Taux d'utilisation de la pilule contraceptive chez les femmes de 20-44 ans dans différents pays d'Europe et aux États-Unis (1968-2010)	26
2.1	Disponibilité et remboursement des méthodes contraceptives (1960-2000)	75
2.2	Diffusion et médicalisation de la contraception en France (1968-2013)	79
2.3	Évolution du recours contraceptif en France (1968-2013)	82
2.4	Évolution du recours contraceptif en France, par génération (année de naissance)	84
3.1	Trajectoires professionnelles et étapes de carrières des expert·e·s médicaux·ales en contraception, (1960-2000)	121
5.1	Fréquence de recommandations de certaines méthodes* en fonction de la spécialité des médecins en 2010	252
5.2	Dendrogramme de la classification ascendante hiérarchique sur les gynécologues	259
5.3	Dendrogramme de la classification ascendante hiérarchique sur les généralistes	260
6.1	Trajectoires de produits à visée contraceptive répertoriés dans le <i>Dictionnaire Vidal</i> , entre 1960 et 2000, par date de mise sur le marché et par firme	287
6.2	Trajectoires de produits à visée contraceptive répertoriés dans le <i>Dictionnaire Vidal</i> , entre 1960 et 2000, par type de produit	288
6.3	Trajectoires de produits à visée contraceptive répertoriés dans le <i>Dictionnaire Vidal</i> , entre 1960 et 2000, par firme	289
6.4	Publicités pour des pilules, 1968-1972	302
6.5	Publicités pour Anovlar, 1962 et 1966	303
6.6	Publicités pour des pilules, 1979-1981	316
6.7	Campagne publicitaire mondiale de Schering pour l'Eugynon (1968)	316

6.8	Publicités pour des DIU, 1979-1985	317
6.9	Publicités pour des pilules et pour un THS, 1988-1999	335
7.1	Extrait d'une brochure promotionnelle de Microlut (contraception orale progestative de Schering) à destination des médecins	353
7.2	Différents emballages de pilules (1960-1964)	357
7.3	Guide Schering de la contraception (1979)	363
8.1	Effets indésirables et bénéfiques de la pilule pour 100 000 utilisatrices et par an	411
D.1	Produits et dispositifs contraceptifs en circulation en France (années 1950-2003)	510

Liste des tableaux

4.1	Évolution de la féminisation des professions prescriptrices de contraception en Allemagne, en France, et en Espagne (1960-2000) . . .	187
4.2	Opinions des médecins de ville sur le fait de déléguer la prescription de pilule contraceptive à d'autres professions de santé, en 2010 (%)	202
5.1	Formation des médecins et prise en charge contraceptive en 2010 .	239
5.2	Prescription contraceptive des médecins en 1977	249
5.3	Représentations du DIU dans Fecond 2010	256
5.4	Typologie des gynécologues de la CAH avec variables supplémentaires (Fecond 2010)	264
5.5	Typologie des généralistes de la CAH avec variables supplémentaires (Fecond 2010)	265
5.6	Rapport de chances relatives (odds-ratios bruts) de recommander une méthode lorsque les médecins l'ont déjà utilisée avec leur partenaire	267
6.1	Produits mis sur le marché, par type de produits, pour trois périodes-clefs (1960-2000)	292
8.1	Mises en cause scientifiques et médicales des contraceptifs oraux relayées dans la presse ou qui ont fait l'objet de publications en France	396
E.1	Tableau récapitulatif des résultats de l'enquête Stérilet 1977	511
F.1	Liste des produits contraceptifs Schering mis sur le marché en France	515

Liste des encadrés

2.1	Loi Neuwirth (1967) et Loi Veil (1974) sur la régulation des naissances : liste des lois, décrets et arrêtés	73
2.2	Les enquêtes nationales sur la contraception (repris de Leridon 1991, puis complété)	80
2.3	En quête d'archives médiatiques	87
2.4	Pilule, stérilet et avortement dans Europresse	98
3.1	La « commission pilule » de 1965-66 commanditée par le ministre de la santé Raymond Marcellin	131
3.2	Le Collège médical du Planning familial (1962-1973)	133
5.1	Les enquêtes Stérilet 1977 et Fecond 2010 (volet médecins)	222
6.1	Schering AG, une entreprise leader sur le marché européen de la contraception	283

Avant-propos

Le document comprend un sommaire au début, et une table des matières plus détaillée à la fin. Un index final reprend les principales personnalités citées dans la thèse.

Ce manuscrit est rédigé en écriture inclusive, en utilisant le point médian. J’intercale un -e entre deux points médians pour les formes grammaticales dont le féminin et le masculin ne diffèrent que par la présence de cette lettre, et en redoublant la syllabe finale lorsque le suffixe de ces formes varie. J’utilise également l’accord de proximité.

Les références bibliographiques, en format « auteur date », apparaissent dans le corps du texte, et sont répertoriées dans la bibliographie finale. Cela permet de les distinguer clairement des matériaux – notamment des publications analysées comme des sources primaires – qui sont toujours renvoyés en note de bas de page.

Les extraits de matériaux d’archives qui figurent dans le corps du texte utilisent une police d’écriture différente (style machine à écrire) du reste du document pour les distinguer très clairement des citations d’entretiens, qui ont une police d’écriture normale (mais de plus petite taille que le corps du texte).

Pour les matériaux d’archives cités dans d’autres langues que le français (anglais et allemand, principalement), j’ai traduit le document dans le corps du texte, et cité la version originale de l’extrait en note de bas de page.

Les propos tenus dans cette thèse n’engagent que la seule responsabilité de son auteure.

Introduction

« Aussi bizarre que ça puisse vous paraître, je pense que les Français ont choisi la pilule par amour des femmes. »

Christian Jamin,
gynécologue médical et endocrinologue en cabinet de ville, entretien du 16 février 2016 à son cabinet

« Il y a environ 40 ans, des hordes de pilules contraceptives envahissent la terre ! Une vraie révolution. »

Henri et Nina,
« De l'info au planning familial »,
Le Soir, 21 mars 2006

En 1960, la pilule est prescrite et mise en vente aux États-Unis comme médicament contraceptif. Elle est ensuite commercialisée dans de nombreux pays, jusqu'à devenir dans une partie du monde la méthode contraceptive la plus utilisée. C'est le cas en France actuellement, où plus de la moitié des femmes en couple qui ont recours à une méthode de contraception utilisent la pilule (Le Guen *et al.*, 2017). Incarnant aujourd'hui le mythe de la libération des femmes et de la révolution sexuelle, comment ce produit a-t-il « envah[i] la terre » ? Et dans quelle mesure les Français-es ont-ils choisi la pilule « par amour des femmes » ?

L'histoire d'une révolution ?

À la fin des années 1990, dans la presse française, quelques articles célèbrent les trente ans d'une loi qui a « révolutionné la vie des femmes »³, et rendent hommage au « père » de cette révolution⁴, Lucien Neuwirth, député gaulliste à l'origine du projet de loi pour la légalisation de la contraception en France, adopté

3. M. Aulagnon, « La pilule contre l'ordre moral », *Le Monde*, 29 décembre 1997.

4. L. Follea, « L'Assemblée nationale autorise la pilule contraceptive », *Le Monde*, 7 mai 1999.

par l'Assemblée nationale le 29 décembre 1967. Abrogeant la loi de 1920 contre la « prophylaxie anticonceptionnelle » qui interdisait la vente, la prescription, et la publicité pour tout produit contraceptif, la loi dite « Neuwirth » sur la régulation des naissances marque en effet le début d'une libéralisation de la contraception en France et d'une diffusion de masse des méthodes et pratiques contraceptives, notamment celles produites par les industries pharmaceutiques. De là à faire de cette loi celle qui a « autorisé l'usage de la pilule »⁵, et de son principal défenseur celui qui a « fait passer la pilule »⁶, il n'y avait qu'un pas, que de nombreux organes de presse n'ont pas hésité à franchir, que ce soit au moment même du vote de la loi⁷, ou dans sa commémoration dans les décennies qui suivent⁸.

Entre 2006 et 2010, de nombreux articles reviennent sur les cinquante ans de « l'invention de la pilule », mise au point par Gregory Pincus et John Rock en 1956, et commercialisée aux États-Unis en 1960, mobilisant à nouveau ce vocabulaire de la « révolution », qui « change la vie des femmes depuis plus d'un demi siècle »⁹ :

« La découverte puis la synthèse de la progestérone suivront dans les années 40, une vingtaine d'années avant que ne survienne la révolution constituée par la mise au point de la première pilule contraceptive par l'Américain Gregory Pincus. Le premier contraceptif oral commercialisé en France le sera en 1968 (quel symbole !) après de longs combats au cours desquels les hommes politiques battront en brèche le droit des femmes. (...) Depuis les années 60, la recherche n'a cessé de progresser pour donner à la femme le choix de sa maternité et de sa

5. A. Chemin, « Deux enfants, trois ans d'écart : la famille standardisée », *Le Monde*, 28 décembre 2007 ; C. Lejoux, « La pilule, une révolution scientifique et sociale », *La Tribune (France)*, 17 août 2010.

6. Y. Caroué, « Celui qui fit passer la pilule », *Le Populaire du Centre*, 27 novembre 2013.

7. S. Richard, « Monsieur Neuwirth défend la pilule », *L'Express*, 20 juin 1966 ; J. Ferniot, « Avant 1967 la pilule en France », *L'Express*, 8 août 1966 ; « Neuwirth : une solution française pour la pilule », *Paris-Presse-L'Intransigeant*, 30 novembre 1966 ; G. Merchier, « Usage de la "pilule" autorisé », *L'Aurore*, 2 décembre 1966 ; « La victoire de la pilule », *L'Express*, 12 juin 1967 ; G. Valance, « La fin de la session parlementaire : la loi sur la "pilule" adoptée mais le problème de l'avortement médical reste entier », *Combat*, 3 juillet 1967 ; I. Allier, « Comment M. Neuwirth a fait gagner la pilule », *L'Express*, 10 juillet 1967 ; P. Md, « LA PILULE : retour de la proposition à l'Assemblée », *Le Figaro*, 8 décembre 1967.

8. M. Aulagnon, « La pilule contre l'ordre moral », *Le Monde*, 29 décembre 1997 ; L. Follea, « L'Assemblée nationale autorise la pilule contraceptive », *Le Monde*, 7 mai 1999 ; A. Chemin, « Deux enfants, trois ans d'écart : la famille standardisée », *Le Monde*, 28 décembre 2007 ; C. Lejoux, « La pilule, une révolution scientifique et sociale », *La Tribune (France)*, 17 août 2010 ; Y. Caroué, « Celui qui fit passer la pilule », *Le Populaire du Centre*, 27 novembre 2013.

9. « La pilule, une révolution quarante ans après », *Le Progrès - Lyon*, 14 décembre 2007 ; Éditorial, « La révolution Neuwirth », *Le Monde*, 28 décembre 2007 ; A. Chemin, « Deux enfants, trois ans d'écart : la famille standardisée », *Le Monde*, 28 décembre 2007 ; « Quand contraception rime avec révolution. En attendant la pilule 100 % naturelle », *Sud-Ouest*, 24 août 2009 ; C. R. / AFP, « La pilule fête ses 50 ans », *24 Heures*, 6 mai 2010 ; C. Lejoux, « La pilule, une révolution scientifique et sociale », *La Tribune (France)*, 17 août 2010.

méthode contraceptive. Avec le temps, les progestatifs ont évolué, diminuant les effets secondaires et apportant même des bénéfices additionnels (pour la peau ou contre la rétention d'eau par exemple). Quant aux doses d'oestrogène, elles ont diminué de 70 % en quarante ans. La prochaine étape, c'est la mise au point de la première pilule à l'oestrogène naturel. Une véritable révolution là encore... »¹⁰

« L'invention de la contraception orale a bouleversé la vie des femmes, en les libérant des grossesses non désirées et de leurs conséquences sur leur santé et sur leur place dans la société. (...) C'est une révolution. Biologique d'abord. Désormais, les femmes peuvent décider d'avoir des enfants ou non, quand et combien. (...) De plus, grâce à la pilule, les femmes n'ont plus à redouter les avortements plus ou moins barbares. (...) Rupture scientifique majeure, la pilule a également bouleversé la société. (...) De fait, la pilule modifiera considérablement le rapport de force entre hommes et femmes. (...) Lucien Neuwirth bataillera ferme contre son propre camp politique, y compris le président de la République de l'époque, le général de Gaulle, pour faire voter la loi légalisant la contraception orale. (...) La loi Neuwirth autorisant l'usage de la pilule sera finalement votée le 28 décembre 1967. »¹¹

Au travers de ces récits, plusieurs éléments du mythe de la pilule, tel qu'il est régulièrement raconté en France et dans d'autres pays, apparaissent : une histoire principalement américaine d'abord, née de la quête de l'infirmière et militante Margaret Sanger pour un contraceptif simple, efficace et peu cher, du soutien financier de la biologiste et riche héritière Katharine McCormick, et de la persévérance scientifique du chercheur Gregory Pincus et du gynécologue John Rock. Une invention révolutionnaire ensuite, donnant soudainement le choix aux femmes de la maîtrise de leur fécondité et révolutionnant par là-même les rapports de pouvoir entre femmes et hommes (Héritier, 1996). Une véritable « *success story* » enfin, histoire à succès où l'objet pilule s'est imposé, triomphant, malgré les résistances des conservateurs-trices, par sa supériorité technologique sur les autres méthodes et par les nombreux progrès réalisés dans sa composition.

Le terme de « révolution » pour désigner la pilule n'est pas propre à l'espace médiatique. Plusieurs types d'acteurs-trices le mobilisent, y compris les industries, comme en témoigne une brochure de Bayer célébrant les cinquante ans de la pilule,

10. « Quand contraception rime avec révolution. En attendant la pilule 100 % naturelle », *Sud-Ouest*, 24 août 2009.

11. C. Lejoux, « La pilule, une révolution scientifique et sociale », *La Tribune (France)*, 17 août 2010.

intitulée : « Une petite pilule a changé le monde pour toujours »¹².

Il est également courant dans les essais sur l'histoire de la pilule¹³ ou les publications scientifiques (Rebreyend, 2015), dont certaines associent l'arrivée de la pilule et le vote de la loi Neuwirth à une « seconde révolution contraceptive » (Leridon, 1987; Tain, 2015). Comme le montre l'historien des sciences Jesse Olszynko-Gryn (Olszynko-Gryn, 2018), si l'idée que la pilule aurait déclenché la révolution sexuelle des années 1960-70 en Europe de l'ouest et en Amérique du nord est courante, elle ne permet pas de rendre compte de la très grande variété des modes d'appropriation de cette nouvelle technologie dans différents contextes sociaux et géographiques, ni des autres facteurs sociaux, culturels et politiques qui ont favorisé cette (r)évolution en matière de sexualité.

De nombreux travaux tendent toutefois à mettre à distance la version la plus simpliste de ce mythe, selon laquelle la prévention efficace des naissances serait apparue avec la pilule. Les travaux sur l'histoire de la contraception mettent en avant le fait que des techniques jugées peu efficaces selon les critères actuellement employés avaient de fait une efficacité pratique et un impact réel sur la taille des familles dans les différents pays européens (McLaren, 1978, 1996; Bullough, 1981; Rozenbaum et Netter, 1985; Pedersen, 1996; Tone, 2001; Murphy, 2012). Ainsi, à partir de la fin du XVIII^e siècle, les populations européennes ont eu massivement recours à des méthodes de limitation des naissances (principalement, le retrait et l'avortement, mais également les préservatifs, les éponges, et de nombreuses décoctions ou autres produits dits « d'hygiène féminine »), conduisant à une chute drastique du taux de natalité et du nombre d'enfants par famille, ce que le démographe Henri Leridon qualifie de « première révolution contraceptive » (Leridon, 1987, p. 7-8). Selon lui, la « seconde révolution contraceptive » est survenue avec la diffusion des méthodes médicales de prévention des naissances à très haute efficacité théorique que sont la pilule et le dispositif intra-utérin, mais ce n'est pas avec la pilule que les couples ont découvert la contraception.

En France, cette manière de raconter une histoire à succès de la pilule de manière téléologique (la pilule courant vers l'accomplissement de son destin triomphant) contribue à légitimer l'évidence du recours à ce moyen contraceptif. Je reviens sur la construction de cette évidence tout au long de ce manuscrit, mais j'ai notamment pu la constater chaque fois que je mentionnais mon objet d'étude à des personnes

12. « Eine kleine Pille verändert die Welt für immer / A small pill changed the world forever. 50 Years of the Pill, Celebrating Women, Celebrating Innovation », brochure bilingue (allemand/anglais) célébrant les cinquante ans de la pilule contraceptive, 2010, Schering Archives, 002-011-50.

13. J. Eig, 2016 [2014], *The Birth of the Pill. How Four Pioneers Reinvested Sex and Launched a Revolution*, Londres, Pan Books.

non spécialistes de contraception : la réponse « mais qu'est-ce qu'il y a d'autre que la pilule ? » est assez éloquente et a pu être entendue presque chaque fois que mon interlocuteur·trice avait grandi en France. D'autres formes de questionnements, sur pourquoi une telle préférence française pour la pilule, survenaient lorsque mes interlocuteurs·trices avaient grandi à l'étranger. Montrer que la pilule n'est pas un choix naturellement évident, mais qu'il est constitué comme tel par beaucoup de personnes, dont des acteurs·trices normatifs, constitue une première rupture épistémologique importante.

Cette histoire téléologique donnant le rôle principal au médicament et à ses propriétés intrinsèques manque en effet d'acteurs et d'actrices agissant pour qu'une telle vision de la contraception et des contraceptifs oraux s'impose en France. Peu de travaux en effet décrivent des résistances qui auraient pu aboutir à une autre histoire, ou à un système contraceptif où la pilule ne joue pas un rôle aussi central. C'est en effet le cas dans de plusieurs pays ayant la même présence d'une forte industrie pharmaceutique, des niveaux de vie et d'accès aux soins comparables, et des normes procréatives équivalentes, limitant la taille des familles à deux ou trois enfants en moyenne, comme l'Angleterre (Ventola, 2017), les États-Unis (Watkins, 1998) ou encore l'Espagne (Ignaciuk et Ortiz-Gómez, 2016). Le questionnement suivant a donc progressivement émergé : comment s'est-on historiquement orienté·e·s vers un modèle centré sur la pilule en France, où cette méthode fait figure d'évidence, et qui a participé à forger cette évidence ?

Ce questionnement gagne d'abord à être resitué dans le contexte plus large du développement de cette nouvelle technologie mondiale que sont les contraceptifs oraux bloquant l'ovulation.

Contexte de l'émergence d'une nouvelle technologie mondiale

Ce travail s'inscrit dans un champ de recherche dynamique sur l'histoire des contraceptifs oraux, qui retrace l'histoire scientifique et technique de ces produits (Marks, 2001), en les situant dans l'histoire plus large du développement des hormones (Oudshoorn, 1994; Gaudillière, 2003, 2004, 2018), ou qui caractérise leur trajectoire socio-historique à l'échelle d'un pays (Watkins, 1998; Silies, 2010; Ignaciuk, 2015; Sanabria, 2016).

Ces différents travaux ont permis d'identifier l'évolution du contexte social, politique, économique et scientifique ayant conduit à l'élaboration de cette technologie, et à son utilisation comme contraceptif. Le développement des molécules

hormonales qui composent la pilule, les œstrogènes et les progestatifs de synthèse, a avant tout une histoire européenne qui s’inscrit plus largement dans le développement de l’endocrinologie et le déploiement de l’industrie chimique dans les années 1920 et 1930, notamment en Allemagne, en Hollande et en France (Oudshoorn, 1993, 1994). La domination des travaux anglo-saxons sur le sujet (Watkins, 1998; Marks, 2001; Tone, 2001) a conduit à une vision très américano-centrée de cette histoire, faisant de Gregory Pincus le « père » de la pilule et de Margaret Sanger son initiatrice dans les années 1920-30, et ce d’autant plus que de nombreuses (auto)biographies existent sur ces acteurs·trices américain·e-s¹⁴. C’est oublier sans doute que ces technologies étaient développées au même moment en Europe, où des chercheurs·euses les ont utilisées dès les années 1930-40 pour bloquer l’ovulation à des fins contraceptives (Ignaciuk, 2015)¹⁵.

Les travaux sur l’histoire américaine, plus connue, tendent ainsi à montrer comment Margaret Sanger, une infirmière américaine travaillant dans les quartiers populaires insalubres de la ville de New York, contribua à développer le mouvement de contrôle des naissances aux États-Unis, et à ouvrir les premières cliniques de « *birth control* », dans un contexte où la contraception était interdite par les lois Comstock de 1873 (Watkins, 1998; Marks, 2001; Tone, 2001). Insatisfaite des méthodes disponibles dans les années 1920 et 1930 aux États-Unis, notamment le diaphragme, elle contacta le chercheur en biologie et en endocrinologie Gregory Pincus, après avoir eu vent de ses travaux sur le blocage de l’ovulation de lapines par administration de progestatifs. Soutenu financièrement par la biologiste et

14. Pour n’en citer que quelques unes, sur Margaret Sanger : M. Sanger, 1971, *Margaret Sanger : An Autobiography*, New York, W. W. Norton and Company ; E. Chesler, 1992, *Woman of Valor : Margaret Sanger and the Birth Control Movement in America*, New York, Simon and Schuster Paperbacks ; J. H. Baker, 2011, *Margaret Sanger. A Life of Passion*, New York, Hill and Wang ; A. Durand-Vallot, 2012, *Margaret Sanger et la croisade pour le contrôle des naissances*, Lyon, ENS éditions ; P. Bagge et P. Dardel, 2017, *Femme rebelle : L’histoire de Margaret Sanger*, Nada éditions. Sur Gregory Pincus : D. J. Ingle, 1971, *Gregory Goodwin Pincus : 1903–1967. A Biographical Memoir*, Washington D.C., National Academy of Sciences ; L. Speroff, 2012, *A Good Man, Gregory Goodwin Pincus : The Man, His Story, The Birth Control Pill*, Oregon Health and Science University. Sur John Rock : L. McLaughlin, 1982, *The Pill, John Rock, and The Church : The Biography of a Revolution*, Little, Brown and Company ; M. Marsh, W. Ronner, 2008, *The Fertility Doctor : John Rock and the Reproductive Revolution*, Baltimore, Johns Hopkins University Press. Enfin, sur Katharine McCormick : A. Fields, 2003, *Katharine Dexter McCormick : Pioneer for Women’s Rights*, Westport, Praeger. Sur ces quatre acteurs·trices : J. Eig, 2016 [2014], *The Birth of the Pill. How Four Pioneers Reinvested Sex and Launched a Revolution*, Londres, Pan Books.

15. Un ouvrage, soutenu financièrement par l’entreprise Schering, et réalisé par le Musée d’hygiène de la ville de Dresden dans le cadre d’une exposition réalisée sur la pilule, suggère des pistes pour retracer l’histoire européenne du développement des contraceptifs oraux. Voir G. Staube, L. Vieth, Deutsche Hygiene-Museum, 1996, *Die Pille. Von der Lust und von der Liebe*, Berlin, Rotwohlt-Berlin. La thèse en cours de Cyrille Jean sur l’organisation du marché contraceptif entre 1920 et les années 1960 devrait également apporter des éléments nouveaux sur cette histoire.

riche héritière Katharine McCormick, celui-ci réalisa pendant plusieurs années des essais pharmacologiques sur des souris et des lapines, à la recherche de la molécule bloquant le plus efficacement l'ovulation avec le minimum de toxicité. Il sollicita pour cela l'aide de plusieurs collaborateurs·trices, dont M. C. Chang, un biologiste chinois et proche collaborateur de Pincus pendant toute la durée de leurs premiers essais cliniques. Après avoir identifié certaines molécules candidates paraissant suffisamment sûres pour commencer les tests sur des sujets humains, Pincus pris contact avec le gynécologue catholique John Rock, qui accepta de tester les molécules sur ses patientes stériles, afin de voir si le blocage de leur ovulation permettait de rétablir par la suite des cycles fertiles.

Après de premiers essais concluants, Pincus et Rock entreprirent de tester leur produit à plus large échelle. Le contexte réglementaire n'étant pas favorable pour réaliser ces tests aux États-Unis, ils contactèrent plusieurs chercheurs-euses à Porto Rico, une île sous influence américaine marquée par un très fort taux de fécondité et un fort taux de chômage, notamment chez les plus jeunes, et finirent par collaborer, à partir du milieu des années 1950, avec la directrice médicale de l'Association de Planning familial de Porto Rico, Edris Rice-Wray, médecin américaine installée depuis plusieurs années sur l'île (Briggs, 2002; Marks, 2001). Ces essais cliniques se révélèrent problématiques par bien des aspects, notamment parce que de nombreuses femmes quittèrent l'essai clinique au bout de quelques mois du fait des nombreux effets secondaires des produits. Ils débouchèrent cependant sur des résultats suffisamment probants pour que la firme américaine Searle, qui coopérait avec Pincus pour ces essais cliniques, obtienne en 1956 l'autorisation de mise sur le marché de la première molécule œstro-progestative bloquant l'ovulation, comme médicament pour « régularisation des cycles ». Ce n'est que quatre ans plus tard, en 1960, que Searle et Pincus obtiennent de l'instance de régulation des médicaments aux États-Unis, la *Food and Drug Administration* (FDA), l'autorisation de mise sur le marché de leur produit Enovid comme contraceptif.

Comme l'ont montré de nombreuses recherches, cette histoire s'inscrit plus largement dans le contexte de développement des mouvements de limitation des naissances dits « néo-malthusiens » à l'échelle mondiale à partir des années 1930 (Watkins, 1998; Tone, 2001; Takeshita, 2012; Löwy, 2012). Ces mouvements s'inspirent de la doctrine de Malthus selon laquelle la population croît plus vite que les ressources alimentaires, ce qui pourrait conduire l'humanité à un problème de surpopulation et de pénurie en l'absence de politique de limitation des naissances. Dans la lignée des courants eugénistes qui se développent en Angleterre à la fin du XIX^e siècle, et qui visent à favoriser la limitation des naissances dans les populations les plus pauvres et au contraire à encourager la natalité des populations

aisées, plusieurs institutions supra-nationales se mobilisent en effet pour alerter sur la très grande croissance démographique de certaines régions du monde. Ces mouvements se développent après la seconde guerre mondiale, et connaissent leur apogée à partir des années 1950. C'est dans ce contexte d'une lutte contre la surpopulation mondiale, prônée par les mouvements néo-malthusiens au nom de l'idée de « développement », que s'inscrit l'approbation d'Enovid aux États-Unis. Le développement de la pilule américaine elle-même a été soutenu par les mouvements néo-malthusiens, dont l'*American Birth Control League*, dans cette perspective de limiter la croissance démographique des populations les plus pauvres, à l'échelle nationale comme à l'échelle mondiale. Si Sanger a d'abord défendu l'idée d'une pilule peu chère et accessible aux femmes dans une perspective féministe de les libérer du fardeau des maternités trop nombreuses, la mise au point de ce produit dans une perspective néo-malthusienne et le fait qu'il soit testé à Porto Rico sur des populations racisées sous domination politique et économique des États-Unis inscrivent cette technologie dans des rapports coloniaux.

C'est dans ce même contexte que sont développées d'autres technologies contraceptives considérées comme plus coercitives, car laissant moins de place à la liberté et à l'erreur des usager·e·s, comme les dispositifs intra-utérins en plastique, puis au cuivre dans les années 1970 (Watkins, 1998; Tone, 2001; Takeshita, 2012), ou les injections progestatives dans les années 1980 (Bretin, 1992; Sanabria, 2009, 2014; Watkins, 2010). C'est encore dans ce contexte que sont utilisées les méthodes de stérilisation masculine (vasectomie) comme féminine (ligature des trompes), parfois à l'insu des personnes concernées, notamment en Inde et en Chine (Claro, 2016a; Olszynko-Gryn, 2018). Le développement de ces technologies et leur utilisation principalement à destination des pays dits du « Tiers Monde » seront dénoncées plus tard comme des formes d'impérialisme (Tone, 2001; Briggs, 2002; Takeshita, 2012). Ces critiques s'inscrivent plus largement dans un ensemble de travaux dénonçant des formes d'« eugénisme positif » à l'égard des femmes blanches de classes moyennes, auquel ferait écho un « eugénisme négatif » à l'égard des femmes racisées et/ou de classes populaires (Collins, 1999), visant à encourager la fécondité des premières et limiter celle des secondes. En France, le dispositif intra-utérin est de plus testé dans les années 1960 par le gynécologue et vice-président du Planning familial Pierre Simon dans un hôpital psychiatrique, comme alternative aux méthodes de stérilisation pour les femmes présentant des troubles mentaux et jugées inaptes à être mères, l'une des rares indications de la stérilisation féminine à l'époque¹⁶.

16. P. Simon, « Vers la suppression de l'avortement thérapeutique et de la ligature des trompes : le stérilet », *Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique*, T. 17, n° 3,

À l'époque, cette forme de néo-malthusianisme prônée par des élites des pays du Nord dont la population est majoritairement blanche n'est pas perçue comme ayant des connotations racistes, mais comme étant orientée vers un progrès humain. Cette posture, à laquelle renvoie l'opposition fort usitée entre « pays développés » et « pays sous développés » ou « en voie de développement » a depuis été critiquée par les chercheuses post-coloniales et décoloniales pour sa perspective évolutionniste et pour les rapports de pouvoir qu'elle sous-tend (Gautier, 2002; Benelli *et al.*, 2006; Dorlin, 2009; Claro, 2016a; Falquet, 2016; Vergès, 2017).

En France, les années 1950 et 1960 correspondent au développement des mouvements pour la régulation des naissances, qui s'incarne dans la création en 1956 par la gynécologue Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé de l'association *Maternité Heureuse*, qui deviendra en 1960 le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) (Garcia, 2011; Pavard, 2012c; Sanseigne, 2019). Ces mouvements, qui visent une révision de la loi de 1920 contre la « prophylaxie anticonceptionnelle », s'inscrivent dans une perspective plutôt nataliste (favoriser les naissances, mais permettre aux femmes de décider de la temporalité de leurs grossesses), qui fait écho à une politique nataliste plus stricte portée par l'État, dont témoigne l'interdiction de vente et de prescription des contraceptifs. Cette politique nataliste n'empêche pas toutefois un double standard en matière de politique de limitation des naissances entre la métropole et les territoires et départements d'outre-mer, où une politique néo-malthusienne est promue, dès les années 1950, et le recours aux méthodes contraceptives et à l'avortement, très fortement encouragé (Paris, 2017; Vergès, 2017).

Cette double politique inscrit donc la France dans le contexte mondial plus général où les pays du Nord cherchent à favoriser les naissances dans les populations blanches et aisées, et à limiter, à l'échelle locale comme à l'échelle supra-nationale, la fécondité des populations pauvres et/ou racisées, au sein de ces pays comme dans les Suds. Si les travaux français sur la contraception au seuil des années 2000 insistent davantage sur l'histoire des contraceptifs, et particulièrement des contraceptifs oraux, comme une histoire entre « contrainte et liberté » (Baulieu *et al.*, 1999), tendant à opposer une vision de la contraception comme « levier de la domination masculine » (Héritier, 2002, p. 239) aux perspectives qui rendent compte des contraintes et injonctions normatives auxquelles sont soumises les femmes contraceptées (Bretin, 1992; Bajos et Ferrand, 2004), rattacher l'étude des contraceptifs à cette histoire plus globale amène également à les penser dans une alternative entre libération et coercition. La pilule, et plus généralement la contraception, qui bénéficient en France de cette image « libératrice », représentent dans

1965, p. 219-25.

de nombreux contextes un moyen de coercition et d'imposition de normes sur les corps, notamment ceux des femmes (Takeshita, 2012; Claro, 2016a; Olszynko-Gryn, 2018). Retenons toutefois que si la justification de la nécessité de la contraception s'est faite en Angleterre, aux États-Unis, en Chine, et dans de nombreux autres pays du monde, par la dénonciation de la misère des familles nombreuses très pauvres, ou de la crainte plus générale de la surpopulation mondiale, la justification pour l'engagement en faveur de la contraception des médecins français·e·s s'est faite, elle, avec la figure des ravages de l'avortement clandestin. Souvent les femmes en question et les conditions sociales sont les mêmes, mais l'accent est mis en France sur une question individuelle et une question de santé publique – la misère psychologique des femmes du fait des grossesses répétées – et sur une question sociale et collective – la misère et la pauvreté des familles – dans les pays anglo-saxons.

La loi Neuwirth de 1967 légalise la contraception en France, et marque le début de sa lente médicalisation (Leridon *et al.*, 2002). Au cours des années 1970, alors que se multiplient les mouvements pour l'accès à l'avortement, la prise en charge de la contraception par les médecins s'institutionnalise progressivement, notamment dans le cadre des consultations de gynécologie médicale. L'émergence de l'épidémie de VIH-sida à partir des années 1980 et le début des campagnes de prévention à grande échelle à la fin de cette décennie contribuent à relégitimer un moyen contraceptif démedicalisé, le préservatif. Les années 1990 marquent une période d'expansion du nombre de pilules contraceptives disponibles sur le marché et, parallèlement, d'augmentation du recours à cette méthode. Les polémiques autour des pilules de troisième et quatrième générations, qui font les gros titres en Angleterre ou en Norvège à partir de 1995, n'ont que très peu d'écho en France, que ce soit dans l'espace médiatique ou dans les pratiques prescriptives. Le début des années 2000 marque un pic d'utilisation des contraceptifs oraux en France, dont le recours décroît jusqu'à aujourd'hui, dans le contexte de la montée en France des mouvements de patient·e·s et des critiques de l'industrie pharmaceutique, suite à une série de scandales sanitaires très médiatisés (Rouzaud-Cornabas, 2019).

Le cadre temporel de cette thèse renvoie à ce contexte à la fois national et mondial. Ce travail de recherche s'intéresse à l'histoire de la pilule en France, à partir de 1960 et de sa mise sur le marché américain comme produit contraceptif. Si cette date ne correspond pas à l'apparition du produit lui-même sur le marché (puisqu'il a été mis sur le marché quatre ans plus tôt avec des indications thérapeutiques), sa commercialisation *comme contraceptif* marque le début d'une diffusion de masse, notamment en Europe, avec la sortie en 1961 de la pilule contraceptive Anovlar, de Schering. Comme l'indique H. Leridon (Leridon, 1987), malgré l'interdiction

légale en France, ces produits commencent à circuler bien avant 1967. Je poursuis l'étude de cette trajectoire jusqu'en 2000, qui correspond à l'apogée du recours à la pilule en France, et à l'aboutissement d'un modèle contraceptif français centré sur la pilule, qui est remis en cause dans les années qui suivent. C'est justement la genèse de ce modèle que cette thèse cherche à retracer.

Genèse de la norme contraceptive française

Jusqu'à récemment en sciences sociales, peu de travaux français sur la contraception interrogeaient l'évidence du recours à la pilule, à l'exception notable des travaux d'Hélène Bretin (Bretin, 1992, 2004), ou de ceux de Nathalie Bajos et Michèle Ferrand (Bajos *et al.*, 2002; Bajos et Ferrand, 2006), ou encore de ceux de Caroline Moreau et ses collègues (Moreau *et al.*, 2009). Ces différents travaux ont en effet permis de faire émerger deux notions : d'une part, celle de la « norme contraceptive française » (Bajos et Ferrand, 2004), et d'autre part celle des grossesses non prévues (Bajos *et al.*, 2002) et échecs contraceptifs (Moreau *et al.*, 2009) qui apparaissent comme des régularités sociales plutôt que comme des exceptions individuelles.

La norme contraceptive française, telle qu'elle est décrite par N. Bajos et M. Ferrand, caractérise le recours contraceptif en France au seuil des années 2000 comme marqué par l'utilisation du préservatif lors des premiers rapports hétérosexuels et lorsque les partenaires ne sont pas en relation stable, par l'utilisation de la pilule lorsque les partenaires sont en couple stable, et par le recours au dispositif intra-utérin, par les femmes, après deux ou trois enfants et lorsqu'elles ne souhaitent plus en avoir, et par un recours très faible aux techniques de stérilisation masculine et féminine. Cette « norme contraceptive » se décline selon trois modalités : un devoir contraceptif qui pèse exclusivement sur les femmes, l'échec contraceptif pensé comme une forme de déviance (Bajos et Ferrand, 2011), et enfin le devoir de se contracepter selon des méthodes conformes à sa position dans le cycle de vie (Bajos et Ferrand, 2006; Ruault, 2015, 2017).

La norme contraceptive, corollaire d'une « norme procréative » qui s'impose en premier lieu aux femmes, a été décrite avec finesse et précision par Bajos et Ferrand dans plusieurs travaux (Bajos *et al.*, 2002; Bajos et Ferrand, 2004, 2006). D'autres travaux ont mis en évidence le caractère genré de cette norme contraceptive, faisant essentiellement reposer la responsabilité contraceptive sur les femmes (Ventola, 2016; Thomé, 2016; Le Guen *et al.*, 2017; Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2018; Thomé, 2019). Caractériser cette norme, c'est opérer un premier décentrage, et une première rupture avec le sens commun qui fait de la pilule une évidence.

Les travaux d'Hélène Bretin ont par ailleurs permis de montrer que certaines femmes jugées incapables de s'inscrire dans cette norme sont orientées vers d'autres méthodes, comme les contraceptifs injectables, caractérisant ainsi les « marginalités contraceptives » qui constituent, en creux, une manière de réaffirmer la norme pour les autres femmes (Bretin, 1992, 2004).

La deuxième orientation de ces travaux a permis d'insister sur les échecs contraceptifs (Moreau *et al.*, 2009) et les grossesses non prévues (Bajos *et al.*, 2002) survenant malgré le recours généralisé à un contraceptif jugé « parfaitement efficace » par les prescripteurs·trices, par les expert·e·s en contraception, par les industries pharmaceutiques et par les instances de santé publique (au seuil des années 2000). Ces analyses permettent ainsi de rompre avec l'idée que ces échecs seraient uniquement liés à une défaillance individuelle des femmes, mais qu'ils renvoient au contraire à un certain nombre de logiques sociales. Elles ont eu un rôle déterminant, en santé publique, dans la reformulation des recommandations en matière contraceptive, les amenant à insister sur la notion de « choix contraceptif » et sur la prise en compte de l'efficacité pratique des méthodes plus que de leur efficacité théorique¹⁷.

Ces travaux se sont toutefois surtout intéressés à cette norme comme résultat, mais sans analyser le processus qui a conduit à la mise en place de cette norme. Autrement dit, il n'existait pas véritablement de genèse de la manière dont cette norme s'est imposée en France – et pas dans d'autres pays –, ni d'histoire de la trajectoire de la pilule dans ce pays, autre que celle de l'évidence technologique et médicale : la pilule se serait progressivement imposée comme méthode centrale car il s'agirait de la meilleure méthode, de tous points de vue (efficacité, innocuité, acceptabilité). Cette thèse, afin d'interroger l'évidence de la centralité de la pilule en France, s'attache donc à retracer, entre 1960 et 2000, la genèse de la norme contraceptive française.

Précisions sémantiques

Si le terme de « contraception » émerge en français au XIX^e siècle, il reste assez peu employé jusqu'aux années 1960 et 1970 où il s'impose dans les revendications des mouvements en faveur de la régulation des naissances comme dans les publications (Sanseigne, 2019, p. 22-23). Le chercheur Francis Sanseigne lie cette imposition

17. Le rapport de la Haute Autorité de Santé de 2004 sur la contraception, et plus tard, la campagne de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) intitulée « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » sont ainsi largement inspirés des conclusions de ces différents travaux.

tardive du terme par rapport à ceux de « contrôle », de « limitation » ou de « régulation des naissances » à l'émergence, en France, de ce qu'il appelle la « cause contraceptive » au cours des années 1950, et il utilise plutôt pour les périodes antérieures le terme de « libre contrôle de la fécondité ». J'irais plus loin dans cette hypothèse, en proposant l'idée que le terme de « contraception » a été mobilisé en France de manière stratégique par un groupe de médecins souhaitant affirmer leur expertise médicale et scientifique, afin de se démarquer du caractère militant des termes de « limitation » ou « contrôle » des naissances¹⁸.

En anglais, le terme se popularise dès le début du XX^e siècle (Olszynko-Gryn, 2018), et c'est sous l'impulsion de Margaret Sanger que la notion de « *birth control* » s'y substitue, dans les années 1930, tandis que les notions de « contrôle » ou de « limitation » des naissances vont progressivement être associées aux mouvements néo-malthusiens, et comportent l'idée d'un effort raisonné pour enrayer la croissance de la population mondiale. En France, les termes de « régulation des naissances » qu'utilisent les partisan-e-s du planning familial visent justement à se distancier de cette connotation néo-malthusienne et à affirmer que la maîtrise de leur fécondité par les femmes n'implique pas nécessairement une baisse de la natalité, mais au contraire vise à l'amélioration des conditions de la maternité, en leur permettant de décider de la temporalité de leurs grossesses. Ainsi, le MFPPF ne prône pas la limitation ni le contrôle des naissances, mais leur régulation raisonnée (Garcia, 2011; Pavard, 2012a). Ces termes font écho à ceux de « planification des naissances » ou de « planning familial », également utilisés par les militant-e-s du MFPPF. Ces notions visent à remplacer les termes de « méthodes anticonceptionnelles » qui, depuis la loi de 1920, possèdent une connotation négative, et qui perdurent jusqu'aux débats des années 1960 sur la libéralisation des techniques contraceptives.

Le terme de « contraception », qui devient le plus utilisé à partir des années 1960, désigne ainsi, dans son acception large, l'ensemble des méthodes visant à éviter une grossesse ou à s'opposer (« *contra* ») à la conception. Le chercheur en biologie Étienne-Émile Baulieu le distingue du terme « contragestion », qui signifie le fait de s'opposer à la gestation, et donc au déroulement de la grossesse, et désigne toute les méthodes qui interviennent après la fécondation d'un ovule et d'un spermatozoïde pour empêcher l'œuf fécondé de s'implanter dans l'utérus. Certaines méthodes semblent toutefois difficiles à catégoriser strictement selon l'un

18. J. Dalsace et R. Palmer, deux gynécologues chirurgiens hospitaliers reconnus dans le domaine des traitements de la stérilité, écrivent ainsi, au début de leur manuel sur *La contraception* publié en 1966, que « seul le mot de *contraception* mérite d'être retenu dans un livre qui veut avoir une rigueur scientifique » (p. 3), marquant par là leur stratégie de distinction par rapport à d'autres publications, plus militantes. J. Dalsace, R. Palmer, 1966, *La contraception*, Paris, Presses Universitaires de France.

ou l'autre de ces termes, car elles ont à la fois un effet contraceptif et contragestif (cela semble être le cas du dispositif intra-utérin en cuivre, et c'est également celui de la pilule œstro-progestative prescrite à hautes doses après la conception, ou plus généralement de la pilule dite « du lendemain »). Enfin, l'« avortement » désigne l'ensemble des techniques visant à interrompre une grossesse, Là encore, la frontière entre dispositif « contragestif » et dispositif « abortif » peut parfois être tenue. En tout état de cause, cette thèse se centre principalement sur la pilule comme méthode contraceptive, visant à empêcher la fécondation.

Plusieurs terminologies existent pour classer les différentes méthodes contraceptives. Comme le note la sociologue Mona Claro, la distinction classique entre « méthodes modernes » et « méthodes traditionnelles » comporte implicitement une hiérarchie de valeur, qui donne plus de crédit aux premières et vise à discréditer les secondes (Claro, 2016a). La distinction entre « méthodes artificielles » et « méthodes naturelles » s'inscrit également dans une perspective moraliste, telle qu'elle est portée par l'Église catholique à la fin des années 1960, donnant le primat cette fois-ci aux secondes sur les premières. Mona Claro propose ainsi la distinction entre « méthodes technologiques » et « non technologiques ». Comme la sociologue Cécile Thomé (Thomé, 2019), je préfère le terme de « méthodes d'auto-observation » pour désigner l'ensemble des méthodes basées sur l'observation des cycles menstruels (méthode Ogino-Knaus de surveillance des dates, méthode Billings d'observation de la glaire cervicale, méthode des températures). Je n'utilise le terme de « méthodes naturelles » qu'entre guillemets, lorsqu'il est indiqué comme tel dans les matériaux que j'analyse ou dans les références que je mobilise. Ce terme désigne aussi bien les méthodes d'abstinence périodique (ou d'auto-observation) que la méthode dite du « coït interrompu », aussi appelé « retrait »¹⁹. Une autre terminologie, utilisée par les chercheuses Cécile Ventola et C.Thomé, consiste à distinguer les méthodes « portant principalement sur le corps des femmes » des méthodes « portant principalement sur le corps des hommes » ou « impliquant le corps des deux partenaires ». Cette terminologie permet d'insister sur les rapports de genre impliqués dans la mise en œuvre de méthodes contraceptives (Ventola, 2016; Thomé, 2016), et est utile à garder à l'esprit.

J'utilise dans cette thèse principalement la distinction entre « méthodes mé-

19. L'utilisation du terme « méthodes naturelles » paraît d'autant plus problématique que, outre sa connotation morale, les méthodes d'auto-observation actuellement utilisées nécessitent un arsenal technologique conséquent, au travers d'instruments de prise de température, de calendriers (ces deux dispositifs étant aujourd'hui la plupart du temps électroniques), ou plus récemment, le recours à des applications téléphoniques pour observer les cycles menstruels. Voir à ce sujet le mémoire de Master 2 de Marion Tisserand, soutenu en 2018 à l'Université Lyon 2, portant sur « Conceptions naturelles et outils numériques. Les symboliques du corps à l'épreuve du genre », suggérant que ces méthodes n'ont de « naturel » que leur appellation.

dicales » et « méthodes non médicales », ou parfois même entre « méthodes médicalisées » et « autres méthodes », permettant d'insister sur le fait que les premières s'inscrivent dans un rapport de pouvoir avec un·e médecin et nécessitent de passer par une prescription pour leur obtention. J'inclus donc dans la catégorie des méthodes « médicales » ou « médicalisées » la pilule, le diaphragme, l'ensemble des méthodes hormonales et le dispositif intra-utérin, et les méthodes de stérilisation, et dans celle des méthodes « non médicales » les méthodes d'auto-observation, le retrait, le préservatif masculin et les spermicides. C'est la terminologie qui est apparue la plus pertinente pour mon questionnement théorique, que je détaille dans le chapitre 1. Je reprends également parfois à mon compte une terminologie utilisée dans les catégories médicales, distinguant les « contraceptifs oraux », les « dispositifs intra-utérins », les « autres méthodes hormonales », les « méthodes d'abstinence périodique et le retrait », et les « méthodes barrières » (diaphragme, cape cervicale, spermicides, préservatif) s'opposant à la progression des spermatozoïdes dans l'utérus lors des rapports sexuels. C'est en effet la catégorisation qui est revenue le plus fréquemment dans les matériaux d'archives que j'ai analysés, et elle fonctionne comme catégorie normative. La mobilisation même de ces catégorisations nous renseigne sur les hiérarchies établies entre méthodes dans les représentations professionnelles comme profanes.

J'utilise également plusieurs termes pour désigner « la » pilule : au singulier, j'emploie ce terme tel qu'il est mobilisé par une pluralité d'acteurs·trices dans l'espace social : comme une méthode contraceptive d'abord, comme un symbole ensuite. J'utilise également tout au long de la thèse les termes suivants : « pilules contraceptives », « pilules hormonales », « pilules œstro-progestatives », « contraceptifs oraux », « contraception orale », « œstro-progestatifs ». Ces termes sont synonymes, si ce n'est que les désignations « pilules hormonales », « pilules contraceptives » et « contraception·tifs orale·aux » permettent d'inclure également les pilules progestatives seules, tandis que le terme « d'œstro-progestatif » est plus restrictif.

Enfin, je ne reprends volontairement pas à mon compte le terme de « stérilet », et l'utilise toujours entre guillemet pour indiquer qu'il s'agit d'un terme employé par les acteurs·trices et trouvé comme tel dans les matériaux. En effet, le néologisme de « stérilet » a été forgé par Pierre Simon, à son retour de la conférence internationale sur la régulation des naissances de Singapour en 1963, car le terme de « *intra-uterine contraceptive device* » lui a paru trop complexe à traduire²⁰. L'utilisation du terme

20. Ceci probablement lié à une mauvaise maîtrise de l'anglais. Il affirme en effet que « *device* » trouvant sa traduction dans le terme de « bidule » n'apparaissait pas comme un terme médical assez élégant. En réalité « *device* » peut être traduit par « dispositif », et il est traduit comme tel dans la plupart des langues latines. Seul l'allemand retient le terme particulier de « *Spirale* »

de « stérilet », plus courante en France que l'appellation dispositif intra-utérin (DIU), et apparemment plus simple aussi, est néanmoins gênante car elle véhicule l'idée que ce dispositif induit une stérilité plus avérée que d'autres dispositifs réversibles (notamment les contraceptifs oraux), ce qui est faux. Les travaux en santé publique lui préfèrent donc le terme de DIU, et c'est celui-là que j'ai choisi de retenir tout au long de la thèse. La loi préfère également garder le terme de « contraceptifs intra-utérins »²¹.

Inscriptions disciplinaires

Cette thèse s'inscrit dans plusieurs champs d'étude, en sociologie et en histoire : études de genre à la croisée des études sur la contraception et l'avortement et sur les technologies reproductives, histoire et sociologie des sciences et des techniques et de l'industrie pharmaceutique, socio-histoire, sociologie de l'expertise et des pratiques professionnelles.

Elle se réclame premièrement des études de genre, dans la mesure où elle permet d'interroger la mise en place d'une évidence autour d'une technologie éminemment genrée. Dans la lignée des travaux historiques et sociologiques, en démographie et en santé publique sur la contraception, qui s'intéressent à la diffusion des différentes méthodes et aux acteurs·trices impliqué·e·s dans cette diffusion (Leridon, 1987; Leridon *et al.*, 2002; Bretin, 1992; Bajos *et al.*, 2002; Löwy et Weisz, 2004; Löwy, 2011, 2012; Moreau *et al.*, 2014), cette thèse s'inscrit également dans le développement, depuis quelques années, de questionnements à la croisée des études de genre et des questions de reproduction et de limitation des naissances (Bajos et Ferrand, 2004; Amsellem-Mainguy, 2007; Mathieu et Ruault, 2014; Ruault, 2017; Ventola, 2016, 2017; Thomé, 2016, 2019; Claro, 2018; Rouzaud-Cornabas, 2019)²². Ces travaux ont notamment permis de questionner le caractère genré de la responsabilité contraceptive (Le Guen *et al.*, 2015; Thomé, 2016; Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2018; Thomé, 2019; Rouzaud-Cornabas, 2019), et la naturalisation de cette responsabilité (Ventola, 2014, 2016; Ruault, 2015). Une attention aux rapports sociaux de sexe et à d'autres rapports de pouvoir au sein des différents champs que nous étudions est déployée dans les différents

pour désigner ce dispositif.

21. Arrêté du 3 novembre 1972.

22. Ma thèse a notamment bénéficié de nombreuses discussions au sein du laboratoire Contraception&Genre, que nous avons fondé en 2017, et qui réunit les jeunes chercheuses·eurs en études de genre qui travaillent sur la contraception, dans des perspectives et disciplines variées (histoire, sociologie, démographie, ethnologie, santé publique). Je tiens ainsi à remercier mes collègues du laboratoire junior pour la richesse de nos échanges au cours des trois dernières années, dont cette thèse a grandement bénéficié.

chapitres de cette thèse. Dans la sphère de l'expertise comme dans la sphère professionnelle (médicale), au sein de la relation médicale mais aussi dans la sphère productive, comment ces rapports de pouvoir s'expriment-ils, pour *in fine* faire de la contraception un enjeu de genre très marqué, et pour faire de la pilule une responsabilité naturalisée des femmes ?

En outre, les hormones dites « sexuelles » qui composent les contraceptifs oraux font l'objet d'une naturalisation qui vient réaffirmer la différenciation des sexes biologiques. Les hormones « mâles » et « femelles » permettent ainsi de réaffirmer, au niveau moléculaire, la distinction entre « hommes » et « femmes », et caractères « masculins » et « féminins », faisant des œstrogènes et progestatifs qui composent la pilule un produit permettant de réaffirmer la frontière entre corps de femmes et corps d'hommes (Oudshoorn, 1998; Gaudillière, 2003; Löwy, 2006). Plusieurs travaux suggèrent toutefois que cette distinction entre hormones « femelles » et « mâles » est assez peu pertinente pour comprendre les mécanismes et les phénomènes biologiques qui sous-tendent ces molécules, et que cette distinction relève plus d'une idéologie que d'une démarche scientifique (Oudshoorn, 1998; Löwy, 2006; Fausto-Sterling *et al.*, 2012; Jordan-Young, 2016). En cela, cette thèse s'inscrit dans un champ d'étude à la croisée des études féministes ou de genre et de l'histoire et de la sociologie des sciences et des techniques, une tradition de recherche plus largement portée par la critique féministe des sciences (Keller, 1985; Martin, 1987; Fausto-Sterling, 2000; Fausto-Sterling *et al.*, 2012; Gardey et Löwy, 2000; Gardey, 2013; Gardey et Vuille, 2018; Löwy, 2006; Löwy *et al.*, 2014; Jordan-Young, 2016). Elle interroge dans quelle mesure cette technologie qu'est la pilule et sa diffusion sont aussi construites comme des manières de contribuer à la « fabrique moléculaire du genre » (Gaudillière, 2003).

Rejoignant un questionnement plus large d'histoire des sciences et des techniques, cette thèse s'intéresse à la circulation des technologies contraceptives, à leur production par les industries pharmaceutiques, à leur circulation et à leur régulation dans le cadre de marchés et, plus généralement, à la trajectoire sociale de ces produits (Oudshoorn, 1993, 1994, 2003; Gaudillière et Cassier, 2000; Gaudillière, 2003, 2010; Gaudillière et Thoms, 2013; Goodman et Walsh, 2001; Cassier, 2005; Bonah et Gaudillière, 2007; Hauray, 2007; Chauveau, 2011; Ortiz-Gómez et Santemas, 2014; Ravelli, 2015; Sanabria, 2016; Rusterholz, 2017b, 2019; Olszynko-Gryn *et al.*, 2018). Ce champ de recherche a notamment permis de mettre en évidence les nombreuses circulations entre scientifiques, intérêts industriels, acteurs·trices militant·e·s, pouvoirs publics, et consommateurs·trices. Si ma perspective n'est pas exactement celle de l'anthropologie du médicament (Goodman et Walsh, 2001; Whyte *et al.*, 2002; Sanabria, 2009; Hardon et Sanabria, 2017; Ravelli, 2015), je

retiens de ces recherches l'idée de trajectoire d'une catégorie de produits, que l'on peut suivre dans différents espaces pour rendre compte de leurs significations sociales pour tel ou tel groupe d'acteurs·trices.

Ma perspective relève ainsi davantage d'un questionnement socio-historique qu'ethnographique (Noiriel, 2006; Lemercier et Zalc, 2007; Buton et Mariot, 2009). Étudier la genèse d'une norme renvoie en effet à une démarche historique, qui reste toutefois attentive aux rapports de pouvoir qui contribuent à définir le cadre des pratiques contraceptives. À la recherche des traces des acteurs·trices qui participent à façonner la norme contraceptive, cette thèse repose ainsi sur des matériaux qui sont plus familiers pour l'historien·ne (archives, récits de vie et entretiens biographiques), mais qui sont analysés dans une perspective sociologique, pour rendre compte du façonnement de pratiques et de représentations sociales, de la légitimité qu'ont les acteurs·trices pour influencer sur ces pratiques et ces représentations.

Cette thèse se rapproche enfin des travaux en sociologie de l'expertise, qui s'interrogent sur comment sont désignés et identifiés les expert·e·s, et comment leur expertise opère en lien avec d'autres acteurs·trices (Buton, 2006; Hauray et Urfalino, 2007; Boudia, 2008; Revillard, 2009; Paicheler, 2010; Pomiès, 2015), ainsi que des travaux en sociologie des professions et de la médecine, qui s'intéressent à l'affirmation d'une identité professionnelle, et aux rapports de pouvoir au sein d'une profession, par opposition à et en lien avec d'autres spécialités ou d'autres secteurs professionnels proches, ou encore aux pratiques prescriptives des médecins et à leurs liens avec les industries pharmaceutiques (Freidson, 1970; Herzlich *et al.*, 1993; Picot, 2005; Castel et Robelet, 2009; Greene et Podolsky, 2009; Greene et Watkins, 2012; Bloy et Schweyer, 2010; Bloy, 2011; Bloy et Rigal, 2012; Sismondo, 2013; Ventola, 2014).

Problématique et objectifs

Ce travail de thèse interroge quand et comment la pilule devient centrale en France dans les pratiques et les représentations, afin d'analyser l'évidence que semble constituer le recours à moyen contraceptif. Il s'agit plus largement de réaliser la genèse de la « norme contraceptive française » centrée sur la pilule, pour comprendre dans quelle mesure cette norme résulte de la mobilisation de plusieurs acteurs·trices aux intérêts divergents.

Cette thèse se donne ainsi plusieurs objectifs. Premièrement, je cherche à retracer la trajectoire historique de la pilule en France entre 1960 – date de son arrivée sur le marché américain – et 2000 – qui correspond à l'apogée du système

contraceptif français centré sur la pilule, et les représentations qui lui sont associées. Ceci permet de faire discuter les travaux qui rendent compte d'une histoire française (voire métropolitaine – voire parisienne) des mobilisations pour la contraception et l'avortement, avec ceux analysant l'histoire des contraceptifs et de leurs trajectoires nationale et internationale, peu traduits en France, et inégalement cités dans les travaux français sur la contraception. Il s'agit ainsi de rendre compte des spécificités de cette histoire française métropolitaine, tout en établissant le plus de liens possibles avec les évolutions dans d'autres pays sur lesquels des travaux similaires existent, comme les États-Unis, la Grande-Bretagne, l'Allemagne de l'Ouest, l'Espagne, la Pologne, la Russie (Watkins, 1998; Marks, 2001; Silies, 2010; Ignaciuk et Ortiz-Gómez, 2016; König, 2016; Claro, 2018). Plusieurs histoires de la pilule ont en effet été publiées en anglais, en espagnol et en allemand, et renvoient à un tissu de recherches à la croisée de l'histoire des sciences et des techniques, de l'histoire de la médecine, et de l'histoire des mouvements sociaux et du féminisme.

En outre, cette thèse entend rendre compte de la circulation des contraceptifs oraux dans différents espaces sociaux, en suivant aussi bien comment ils sont construits comme des contraceptifs de première intention dans les pratiques médicales, mais également la manière dont ils sont constitués en catégories marchandes désirables par les industries pharmaceutiques.

Enfin, cette thèse propose la genèse d'une norme contraceptive souvent mobilisée comme catégorie analytique dans les travaux sur la contraception en France, mais souvent prise pour acquise. Faire la genèse de cette norme permettra d'élaborer des outils théoriques pour déconstruire une évidence médicale et scientifique, constituée comme une catégorie du sens commun.

Plan de la thèse

Une première partie de la thèse interroge la centralité de la pilule en France et l'évidence de son recours, en proposant d'une part une approche théorique et méthodologique pour analyser la norme contraceptive française centrée sur la pilule (chapitre 1), puis en proposant d'historiciser la mise en place de cette centralité en France, dans les pratiques contraceptives comme dans les représentations médiatiques et professionnelles (chapitre 2).

Une seconde partie de la thèse analyse les modalités et la temporalité de la construction de la norme contraceptive française comme norme médicale, affectant les pratiques et les représentations des expert·e·s comme des prescripteurs·trices. Pour cela, j'étudie tout d'abord la professionnalisation du champ des expert·e·s médicaux·ales en contraception, et son impact sur la manière de penser la pres-

cription (chapitre 3), puis j'analyse le rôle d'une spécialité médicale spécifique, la gynécologie médicale, dans la très rapide médicalisation de la contraception en France, à partir des années 1970 (chapitre 4). Le chapitre 5 rend compte de l'impact des normes édictées par les expert·e·s mais également par ce segment de la profession médicale sur les pratiques prescriptives, à travers l'étude de la formation en contraception des prescripteurs·trices, et de sa traduction dans leurs représentations et leurs pratiques professionnelles.

Une troisième partie de cette thèse est consacrée à la manière dont les industries pharmaceutiques façonnent également cette norme. D'une part, le chapitre 6 étudie l'évolution de l'offre contraceptive en France et du marketing déployé par les firmes, en interrogeant dans quelle mesure cette offre et ce marketing sont centrés sur les contraceptifs oraux. D'autre part, le chapitre 7 montre comment l'expertise est *informée* par l'industrie, et met en évidence les circulations qui existent entre ces deux groupes, et la manière dont ils contribuent à *co-construire* la norme contraceptive française et à définir la « bonne utilisation » des contraceptifs.

Enfin, la quatrième et dernière partie de cette thèse s'intéresse aux tentatives de contestation de la norme contraceptive française. Le chapitre 8 examine les contestations morales, politiques et scientifiques de cette norme, et interroge les possibilités de contestation pour les utilisatrices elles-mêmes. Le chapitre 9 analyse la manière dont le recours aux contraceptifs oraux a pu être contesté au sein des mouvements féministes. Cette partie permettra de voir si une opposition à cette norme s'est structurée de manière suffisamment forte pour conduire à questionner le recours à ces produits, et à remettre en cause leur évidence.

Première partie

La production d'une évidence :
interroger la centralité de la
pilule contraceptive en France

Cette partie déconstruit la vision triomphante et téléologique de l'imposition de la pilule en France. Contre une représentation caricaturale selon laquelle la pilule se serait imposée d'elle-même dès la légalisation de la contraception, il s'agit au contraire de questionner l'évidence de la pilule et sa centralité dans les pratiques. Pour cela, je propose de faire la genèse de la norme contraceptive française centrée sur la pilule, entre les années 1960 et les années 2000.

J'expose au chapitre 1 mon approche théorique et méthodologique pour étudier la mise en place de cette norme. En m'appuyant sur plusieurs courants sociologiques et historiques, j'analyse les ressorts de la production d'une norme. Je propose également de questionner le passage d'une norme à la production d'une évidence. Ce questionnement m'amène ensuite à proposer des hypothèses de recherche pour comprendre la constitution de la norme contraceptive française comme évidence, puis à expliciter le dispositif méthodologique et le déroulement de mon enquête.

Le chapitre 2 permet de retracer la mise en place d'une centralité de la pilule contraceptive en France, en adoptant une perspective historique sur la diffusion des méthodes médicales de contraception. Ce chapitre explicite également à quel moment la pilule devient centrale dans les représentations médiatiques et médicales.

Chapitre 1

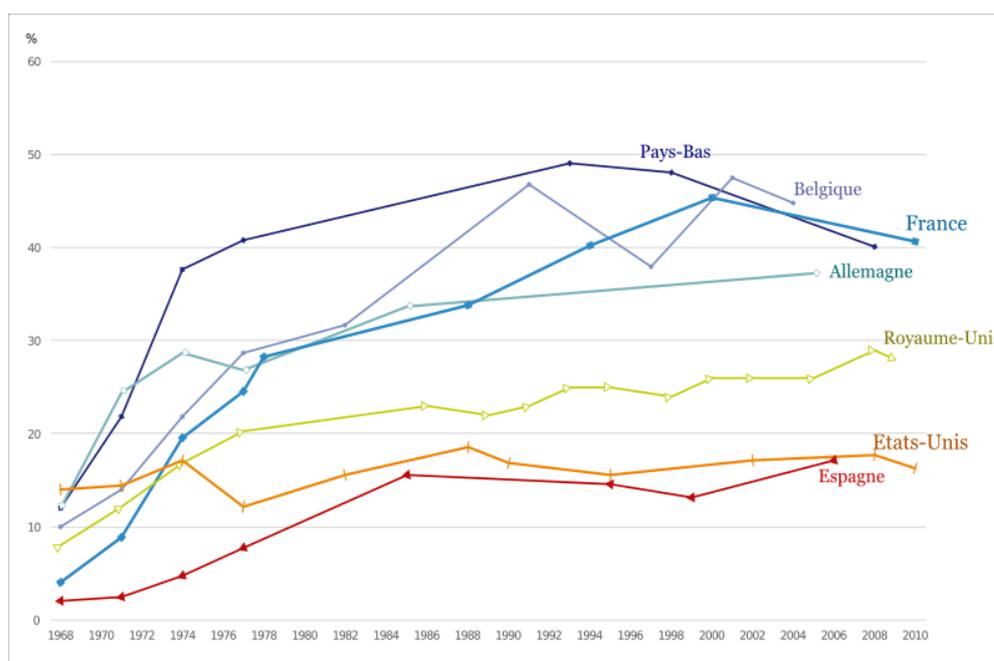
Étudier la mise en place d'une norme : cadre théorique et méthodologie de la thèse

Les données agrégées sur les pratiques contraceptives dans les différents pays du monde, collectées par l'Organisation des Nations unies (ONU)¹, permettent de mettre en évidence une très grande hétérogénéité des modèles contraceptifs à l'échelle mondiale, et des recours à la pilule contraceptive très variables selon les pays (Le Guen *et al.*, 2017)². Au contexte français qui laisse une très large place aux méthodes médicales réversibles que sont la pilule et le DIU (80 % des utilisatrices de contraception recourent à l'une de ces deux méthodes), s'opposent des pays qui privilégient les méthodes contraceptives définitives (vasectomie et stérilisation tubaire), comme le Mexique, la Chine et les États-Unis, ou qui ont plus largement recours aux méthodes de contraception portant sur le corps des hommes (préservatif et vasectomie), comme l'Angleterre, l'Espagne ou la Roumanie.

1. Les données collectées par l'ONU centralisent les résultats des enquêtes nationales sur les pratiques contraceptives effectuées dans l'ensemble des pays du monde depuis les années 1960. Ces données ne sont pas toujours comparables d'un pays à l'autre du fait de recrutements ou de questions posées variables, mais elles permettent néanmoins d'avoir un aperçu, pour une période donnée ou dans une perspective longitudinale, de l'évolution des pratiques contraceptives dans différentes régions du monde. Voir *UN World Contraceptive Use*, accessible en ligne : <https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/index.shtml>, [consulté le 14 septembre 2018].

2. Si la pilule contraceptive est effectivement la première méthode utilisée en France en 2010 (50 % des femmes utilisant une contraception), en Algérie en 2012 (75 %), ou au Brésil en 2013 (43 %), elle n'est en revanche que très peu utilisée en Turquie (7 %), au Mexique (4 %), ou en Chine (1 %). Elle ne concerne qu'une femme contraceptée sur cinq aux États-Unis, et arrive derrière la stérilisation féminine (30 % des femmes contraceptées), et peu avant le préservatif (15 %) (Le Guen *et al.*, 2017).

FIGURE 1.1 – Taux d'utilisation de la pilule contraceptive chez les femmes de 20-44 ans dans différents pays d'Europe et aux États-Unis (1968-2010)



Champ : de 1968 à 1977, femmes de 15-49 ans ayant des rapports hétérosexuels ; de 1977 à 2010, femmes (hétéro)sexuellement actives de 20-44 ans. Les différences selon les enquêtes sont précisées dans les données de l'ONU.

Sources : Du fait des difficultés de comparer des données d'enquêtes qui ne sont pas réalisées sur la même population statistique ou aux mêmes dates, j'ai combiné trois sources : de 1968 à 1977, les données comparatives publiées par H. Leridon (Leridon, 1987, p. 60 : données estimées pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans ayant des rapports hétérosexuels, y compris célibataires ; tirées de *IMS international*, cité dans *Population Reports*, Series A, janvier 1979) ; pour 1977-2010, je combine les données disponibles dans les articles et ouvrages publiés en langue anglaise sur les différents pays, collectés par H. Leridon dans ses archives. Pour toutes les autres données, je m'appuie sur les données centralisées par l'ONU (*UN Contraceptive Use*, 2017) sur les enquêtes nationales dans différents pays du monde.

Note : le fait de considérer les 15-49 ans jusqu'en 1977 sous-estime la proportion d'utilisatrices par rapport aux 20-44 ans, d'où l'augmentation mécanique du recours à la pilule dans quasiment tous les pays à partir des enquêtes de 1977.

Ces données montrent la diversité des modèles contraceptifs existant à l'échelle mondiale, et suggèrent qu'une orientation vers un modèle centré sur la pilule, et plus largement, sur les méthodes médicales, n'est qu'une orientation possible parmi d'autres. Ceci amène également à questionner historiquement l'orientation de ces pays vers ces différents modèles. Dans différents pays d'Europe et aux États-Unis, la pilule a connu une diffusion massive entre la fin des années 1960 et les années 2000, jusqu'à être utilisée par plus de la moitié des femmes en âge reproductif (figure 1.1). Mais ces différents pays ont des trajectoires variables concernant la diffusion des contraceptifs oraux. La France fait partie des pays européens où une très large proportion de femmes en âge reproductif prend la pilule : près de 45 % des 20-44 ans au seuil des années 2000 – soit presque une femme sur deux. Elle se situe ainsi proche de l'Allemagne, de la Belgique et des Pays-Bas. Elle se distingue de l'Espagne et des États-Unis, où moins d'une femme sur cinq – voire sur six – en âge reproductif prend la pilule, et du Royaume-Uni, où la pilule concerne tout de même une femme sur trois.

Toutefois, on observe que le recours massif à la pilule s'est fait plus tardivement en France que dans les autres pays où la pilule est centrale (Hongrie, Pays-Bas, Belgique, Portugal). Elle a de ce point de vue une trajectoire opposée à celle des États-Unis, dont on sait que la diffusion de la pilule s'est faite rapidement après l'apparition de Enovid sur le marché américain en 1960 (Watkins, 1998; Marks, 2001), puis s'est stabilisée autour de 20-25 % d'utilisatrices parmi les femmes qui utilisent une contraception avec leur partenaire³.

La mise en évidence de la diversité des modèles contraceptifs à l'échelle mondiale amène à un premier décentrage par rapport à l'évidence que représenterait la pilule, en montrant que les modèles centrés sur la pilule sont situés géographiquement et historiquement. La caractérisation d'une « norme contraceptive française » et du poids des normes qui régissent les pratiques et les choix contraceptifs (Bretin, 1992; Bajos et Ferrand, 2004) permet de prolonger ce décentrage, en suggérant des analyses des mécanismes qui font « tenir » cette évidence.

De nombreux travaux permettent d'étudier les normes contraceptives en lien avec l'évolution des normes de conjugalité, de sexualité, et de maternité (Bajos *et al.*, 2002; Silies, 2010; Rusterholz, 2017a; Claro, 2018; Thomé, 2019). Dans cette perspective, le recours prédominant à une méthode plutôt qu'à une autre, comme c'est le cas de la pilule en France entre les années 1980 et les années

3. Notons toutefois que les enquêtes américaines jusqu'en 1976 ne prenaient en compte que les populations blanches, ce qui surestime le recours à ce moyen contraceptif dans un premier temps, les populations les plus aisées, parmi lesquelles les femmes blanches sont surreprésentées, ayant été les premières à avoir accès à la pilule contraceptive. Les taux d'utilisation de la pilule n'ont ainsi jamais été aussi élevés qu'ils le sont actuellement dans plusieurs pays d'Europe de l'Ouest.

2010, ou comme c'était le cas du retrait avant cela (Sohn, 1996), résulte en partie de modèles conjugaux et de normes entourant la maternité (Bajos *et al.*, 2002), comme le nombre idéal d'enfants (Rusterholz, 2017a) ou l'âge de la première maternité (Claro, 2018), ou encore des normes de sexualité et des scripts dans lesquels s'inscrivent la sexualité hétérosexuelle contraceptée (Thomé, 2019). Ces travaux donnent des clefs de compréhension très utiles de la signification sociale des pratiques contraceptives que l'on observe à l'échelle agrégée, dans les données nationales. Ils éclairent également la manière dont les partenaires souhaitant éviter une grossesse s'approprient de nouvelles technologies (Silies, 2010; Thomé, 2019). Ils ne permettent toutefois pas toujours de comprendre comment se forment les normes qui entourent l'usage de ces méthodes, ni les personnes et les institutions qui les promeuvent.

Dans la section suivante, j'envisage les approches théoriques permettant d'étudier la constitution d'une norme, et la production d'une évidence autour de cette norme. Ces travaux suggèrent des pistes pour étudier le façonnement des normes contraceptives, leur légitimation, et leur éventuelle contestation.

1.1 Étudier la production d'une évidence

Cette partie puise dans les travaux en sciences sociales permettant d'étudier la production d'une évidence, en s'intéressant d'abord à quelles sont les instances productrices de normes, puis en montrant comment penser les liens entre ces différentes instances et enfin, en analysant comment ces normes sont naturalisées, au point de devenir des évidences.

1.1.1 Qui façonne les normes ?

Plusieurs auteurs·eures en sociologie et en sciences politiques s'interrogent sur les processus qui conduisent à l'édiction de normes, notamment à l'échelle nationale. Le premier registre d'explication tend à considérer l'État comme instance principale de production de normes. De nombreuses analyses pointent également le rôle croissant des expert·e·s dans l'élaboration des normes mises en œuvre à l'échelle nationale. Leur mise en œuvre suppose également le travail de groupes professionnels investis de cette mission. Enfin, ces normes peuvent faire l'objet d'une contestation, ou se voir opposer des normes concurrentes.

L'État et le « gouvernement des mœurs »

Une partie de ces travaux amènent d'abord à considérer l'État comme le principal producteur et diffuseur de normes à l'échelle nationale (Hassenteufel, 2011). Ce serait ainsi au sein des structures étatiques que seraient établies et promues des normes, notamment en matière de régulation des naissances (Watkins, 1998; Sanabria, 2010; Ignaciuk et Ortiz-Gómez, 2016; Cahen, 2016; Ventola, 2017; Claro, 2018). L'État peut en effet intervenir à plusieurs niveaux. Au niveau législatif d'une part, pour définir un cadre de régulation des pratiques sociales. En matière contraceptive, la disponibilité et l'accessibilité des produits découlent de la régulation des produits contraceptifs, de leur interdiction ou de leur autorisation, des conditions de leur mise sur le marché (McLaren, 1978; Pedersen, 1996; Silies, 2010; Ignaciuk et Ortiz-Gómez, 2016; Cahen, 2016; Sanseigne, 2019). D'autre part, les politiques publiques ont un rôle important en matière de production des normes. Ainsi, la promotion de méthodes à l'échelle nationale, leur remboursement et la définition de leur prix, ou d'autres mesures visant à favoriser ou au contraire décourager les naissances jouent un rôle important dans le choix des utilisatrices-teurs et se rattachent spécifiquement à des choix nationaux en matière de système de soins, d'assurance maladie et de socialisation des dépenses de santé (Carayon, 2014; Ignaciuk, 2015; Vergès, 2017; Paris, 2017; Ventola, 2017; Claro, 2018).

Agata Ignaciuk (2015) montre par exemple dans le cas de la Pologne le rôle des politiques de promotion de certaines méthodes par les États socialistes dans l'augmentation ou la baisse du recours à la pilule. Les pilules y sont en effet peu accessibles en pharmacie au cours des années 1960 et 1970. Par ailleurs, les contraceptifs oraux promus par l'État polonais, produits par l'industrie nationale, n'incorporent pas les innovations techniques qui permettent la réduction des doses dans les pays d'Europe de l'Ouest, ce qui fait que les femmes n'ont accès qu'à une première génération de contraceptifs moins bien tolérés que les produits de deuxième génération. Enfin, elle montre qu'au cours des années 1960, l'État polonais promeut activement l'avortement comme méthode principale de régulation des naissances. Cette méthode est prise en charge financièrement par les pouvoirs publics, et accessible aux femmes dans la plupart des établissements de santé. Ainsi, si la pilule est effectivement disponible – et autorisée – en Pologne dès le début des années 1960, elle circule peu et demeure relativement peu utilisée. C'est également le constat que fait Mona Claro en Russie, où la pilule contraceptive n'est pas la première méthode de contraception, bien que l'État promeuve activement, depuis le début des années 2000, les méthodes médicales de contraception dans une politique visant à faire diminuer le nombre d'avortements (Claro, 2018).

En Espagne, du fait du régime franquiste et de la forte influence de l'Église catholique sur les instances politiques, la pilule est interdite avec l'indication contraceptive jusqu'en 1978. Lorsque la contraception est libéralisée, les contraceptifs oraux demeurent l'objet de controverses entre médecins, et c'est plutôt le préservatif qui y est promu comme méthode principale, conduisant à ce que cette méthode soit la plus utilisée en Espagne aujourd'hui (Ignaciuk et Ortiz-Gómez, 2016).

Cécile Ventola (2017) montre également l'importance du contexte institutionnel défini par l'État, particulièrement le degré d'autonomie laissée aux professionnel·le·s de santé dans la prescription contraceptive. La chercheuse renvoie d'abord les différences de normes contraceptives entre la France et l'Angleterre à des traditions politiques différenciées vis-à-vis de la régulation des naissances. À un contexte nataliste favorisé par le gouvernement et les institutions françaises depuis le début du XX^e siècle – qui se traduit notamment dans la loi de 1920 interdisant la vente et la publicité des produits contraceptifs – s'oppose un héritage eugéniste en Angleterre, qui prend la forme d'une promotion des différentes méthodes de contrôle des naissances par l'État.

Mais C. Ventola montre surtout des différences importantes dans le degré d'intervention de la puissance publique sur les pratiques médicales. En Angleterre, les pratiques médicales sont très encadrées par l'État, et les instances de santé publique ont un rôle important dans la définition des bonnes pratiques et du cadre normatif de prescription, notamment en matière contraceptive. Ce cadre normatif s'appuie très largement sur les données épidémiologiques et sur les résultats de la médecine des preuves. Cela se traduit par la promotion, par les médecins, des méthodes contraceptives au long cours (« *long active reversible contraceptives* », ou *LARC*), mais aussi par une place importante laissée au choix de l'utilisateur. La promotion de toutes les options contraceptives, y compris le préservatif ou les méthodes définitives, est donc recommandée par les pouvoirs publics et mise en œuvre par les prescripteurs·trices. En France, une très large autonomie est laissée à la profession médicale, et l'État intervient peu sur les pratiques professionnelles. La production de normes prescriptives s'appuie beaucoup moins sur des recommandations de santé publique, et les bonnes pratiques en la matière sont largement laissées à la discrétion des médecins. Cela se traduit par une prédominance des méthodes médicales réversibles de contraception, la pilule et le DIU (Ventola, 2016, 2017).

Plusieurs travaux suggèrent toutefois la progressive délégation du pouvoir de l'État de façonner les normes à des groupes professionnels ou à des expert·e·s. Les travaux de Dominique Memmi montrent notamment, dans le cas de l'encadrement

des pratiques procréatives, l'atténuation du contrôle de l'État et la délégation de la « biopolitique » aux professionnel·le·s de la médecine et de la biologie ou aux patient·e·s eux·elles-mêmes *via* l'autocontrôle (Memmi, 2003). Ainsi le « gouvernement des mœurs » (Cahen, 2016) par l'État – par des interdictions légales – cèderait progressivement la place à un nouveau « gouvernement par la parole » des conduites, plus diffus et moins autoritaire, mais qui reste pleinement normatif. Ce gouvernement par la parole, ou plus généralement le « gouvernement des corps » (Fassin et Memmi, 2004) résulterait principalement de la mobilisation d'expert·e·s extérieur·e·s aux structures de l'État, auquel celui-ci délègue la production de normes.

Le rôle des expert·e·s dans la définition des normes

Une partie de travaux français en sociologie et en sciences politiques sur l'expertise s'inspire de la notion « d'entrepreneurs de morale » développée par Howard Becker (Becker, 1963) pour qualifier des acteurs·trices qui se mobilisent auprès de l'État afin de revendiquer la mise en place de nouvelles régulations ou de nouvelles normes, ou leur maintien (Mathieu, 2009). Selon Becker, ces personnes qui s'investissent dans des « croisades morales » le font parfois par conviction, mais souvent pour servir leurs intérêts personnels. Pour pouvoir imposer la mise en place de cette normes, ces individus occupent la plupart du temps une place dominante dans l'espace social, proche des sphères de décision politique. Comme le montre également le sociologue Joseph R. Gusfield avec la notion de « croisades symboliques » dans le cas des mouvements pour la tempérance et la lutte contre l'alcoolisme aux États-Unis, des problèmes individuels sont érigés en problèmes publics lorsqu'un groupe se mobilise pour construire ces problèmes comme une menace pour l'ordre social (Gusfield, 1963). Ces travaux rejoignent, en sociologie des politiques publiques, les questionnements autour de la « mise sur agenda » des problèmes publics (Lahire, 1999; Hassenteufel, 2011).

S'appuyant sur ces travaux, Dominique Memmi rend compte du « travail d'élaboration de normes » à l'œuvre dans les comités de bio-éthique chargés d'étudier les questions de procréation artificielle (Memmi, 1988, 1996). Selon elle, cette « fabrique de la norme » repose de plus en plus sur des expert·e·s auquel·le·s l'État délègue la construction des façons légitimes de se représenter les problèmes publics, et l'élaboration de normes en réponse à ces problèmes publics. Cette délégation de l'expertise légitime à des professionnel·le·s se fait sur la base de la reconnaissance de leur maîtrise scientifique ou technique des problèmes considérés, qui leur confère un monopole sur l'évaluation d'une situation (Garcia, 2005, 2008; Buton, 2006; Backouche, 2006, 2008; Bérroujon, 2008; Pomiès, 2015). Ce faisant,

ces expert·e·s participent à la « formation des représentations légitimes » (Memmi, 1988, p. 264) et à la définition des normes et des écarts à la norme, en matière procréative comme dans d'autres domaines. Les travaux de Patrick Hassenteufel sur le glissement d'un « État régalien » vers un « État régulateur » montrent également comment la prise en charge et la définition des politiques publiques sont déléguées à des groupes professionnels souvent hors des structures de l'État (Hassenteufel, 2011).

Ces travaux montrent également que la légitimité de ces expert·e·s ne découle pas seulement de leur désignation par l'État, mais qu'ils et elles entreprennent régulièrement de légitimer leur activité et de revendiquer leur expertise (Garcia, 2005, 2008; Bérroujon, 2008). Plusieurs travaux montrent ainsi l'enjeu que représente la reconnaissance de ce statut d'expert·e, et comment ce statut permet d'accéder à des sphères de pouvoir (Backouche, 2006, 2008). Dans cette lutte pour faire reconnaître leur légitimité, les expert·e·s réalisent un nécessaire travail de définition d'une frontière entre leur expertise et les savoirs des profanes, qui peut être contestée par ces dernier·e·s (Gelly et Pavard, 2016). Cette frontière peut également être l'objet d'une remise en cause par d'autres acteurs·trices, qui revendiquent des expertises alternatives, critiques ou en marge de l'expertise dominante (Revillard, 2009).

Plusieurs travaux ont ainsi pointé le rôle des expert·e·s médicaux dans le façonnement des normes en matière de régulation des naissances, et leur mobilisation pour définir une « cause contraceptive » (Garcia, 2011; Pavard, 2012c; Cahen, 2016; Sanseigne, 2019).

De nombreux travaux soulignent également l'influence grandissante de l'industrie pharmaceutique sur les pratiques médicales et sur les expert·e·s médicaux à partir des années 1950 (Sismondo, 2007, 2013; Podolsky et Greene, 2008; Van Zee, 2009; Abecassis et Coutinet, 2009; Greene et Podolsky, 2009; Greene et Watkins, 2012), et amènent à considérer le rôle de l'industrie dans la production de normes de prescription – de concert avec ou indépendamment des expert·e·s.

L'industrie pharmaceutique comme (co-)productrice de normes

Rejoignant les recherches qui mettent en évidence le poids des groupes d'intérêt dans la mise sur agenda des problèmes publics, les travaux sur l'industrie pharmaceutique invitent à rester attentif·ve au rôle d'acteurs·trices moins visibles dans l'espace public, mais tout aussi déterminant·e·s dans l'élaboration de normes, notamment en matière de santé (Abraham, 2002; Greene, 2011; Benoît et Nouguez, 2018). Ils mettent notamment l'accent sur la capacité qu'ont ces industries d'influer sur les processus de régulation des médicaments (Hauray, 2007, 2019; Van Zee,

2009; Lomba, 2014; Hadland *et al.*, 2018), de fixation de leur prix (Nouguez, 2017), ou plus généralement sur les pratiques médicales (Busfield, 2006; Abecassis et Coutinet, 2009; Greene et Podolsky, 2009; Greene et Watkins, 2012). Appliquées à la contraception, ces approches pointent plus généralement le rôle de l'industrie dans la définition d'une offre contraceptive, et comment leur mise à disposition et leur promotion par les industries contribuent à influencer les pratiques (Oudshoorn, 2003; Sanabria, 2009, 2014; Watkins, 2012; Ignaciuk, 2015; Malich, 2015; König, 2016).

Dans son étude majeure sur les recherches sur la contraception hormonale masculine, Nelly Oudshoorn (2003) met en évidence le rôle crucial des industries non seulement dans le développement des produits, mais également dans leur prédominance d'un pays à l'autre. Elle montre à quel point le manque d'investissement des industries dans un produit spécifique (ici, la pilule pour hommes), par anticipation d'un marché trop peu important et peu lucratif, peut limiter sa circulation. Et qu'à l'inverse, la pilule contraceptive pour les femmes a bénéficié dans de nombreux pays de contextes législatifs beaucoup moins contraignants, ainsi que d'une demande extrêmement forte pour un contraceptif efficace dans la majorité des cas, qui a dépassé même les espérances des industries. Christian König, qui étudie les contraceptifs hormonaux en Allemagne de l'Est, montre également que les activités promotionnelles des laboratoires constitue un facteur clé pour stimuler la demande de contraceptif hormonaux (König, 2016). Emilia Sanabria met quant à elle en évidence les stratégies commerciales des firmes pour décliner les mêmes molécules en une diversité de produits visant des marchés toujours plus spécifiques (Sanabria, 2009, 2014).

Une fois les normes élaborées, comment « prennent-elles »? Autrement dit, comment passe-t-on de la définition des normes à leur mise en œuvre?

De l'élaboration des normes à leur mise en œuvre

Les normes élaborées par les expert·e·s (ou d'autres instances productrices de normes, comme les industries) impactent sur les pratiques des professionnel·le·s chargé·e·s de leur mise en œuvre. La littérature sur les « *street-level bureaucrats* » insiste davantage sur la façon dont ces professionnel·le·s s'approprient ces normes et les mettent en œuvre en pratique, et les administrent à des publics-cibles (Lipsky, 1980; Spire, 2005; Bourgeois, 2019).

Cette perspective amène à s'intéresser, en sociologie de la médecine, à la réception et à l'appropriation par les médecins de recommandations de bonnes pratiques et de normes de santé publique, qui font toutefois l'objet de peu de travaux (Castel, 2006). Concernant la contraception, cela amène à considérer comment les

normes sont transmises des expert·e·s vers les prescripteurs·trices, et comment se forment les catégories médicales qui régissent les pratiques professionnelles. Peu de travaux existent sur ce point, sauf à montrer la distance des médecins français·es aux recommandations de bonnes pratiques élaborées par les instances de santé publique (Ventola, 2017). Les travaux existant sur les professionnel·le·s de santé s'intéressent davantage à comment les cabinets de gynécologie opèrent comme des instances de socialisation aux normes contraceptives (Bretin, 1992; Guyard, 2008; Amsellem-Mainguy, 2011; Ruault, 2015). Ces auteures mettent en évidence que dans le contexte français, et plus généralement dans le contexte européen (de Irala *et al.*, 2011), les choix contraceptifs s'inscrivent dans de nombreux rapports de pouvoir, et résultent probablement plus des recommandations des professionnel·le·s de santé que de l'expression des préférences des usager·e·s des systèmes de soins.

Malgré la force de ces normes, celles-ci peuvent toutefois faire l'objet de contestations ou de réappropriations.

Quelle contestation des normes ?

Plusieurs recherches s'intéressent aux questions d'appropriation des normes par celles et ceux sur qui elles sont censées s'appliquer. La sociologie interactionniste américaine a notamment permis de montrer les processus de négociation dont une norme peut faire l'objet (Strauss, 1992), et les distances des individus aux normes (Becker, 1963) ou leur capacité à jouer avec ces normes (Goffman, 1963). Plus précisément, on peut s'interroger sur les processus qui peuvent conduire à la remise en cause d'une norme, notamment d'une norme élaborée à l'échelle nationale. Cette contestation peut se faire, comme on l'a vu précédemment, par la production de contre-expertises (Revillard, 2009; Gelly et Pavard, 2016), ou encore *via* des « lanceurs[·euses] d'alerte » (Chateauraynaud et Torny, 1999). Mais les travaux en sociologie de l'action collective suggèrent que cette contestation réquiert surtout une mobilisation par des mouvements militants ou des groupes d'intérêt réunis autour d'une cause commune, recourant à des « répertoires d'action collective » (Tilly, 1986) qui rendent la mobilisation plus ou moins efficace (Mathieu, 2004).

Ainsi, plusieurs chercheuses analysent le rôle des mouvements militants, notamment des mouvements de Planning familial à l'échelle nationale (Garcia, 2011; Pavard, 2012c) comme internationale (Takeshita, 2012) dans la production de nouveaux produits ou de nouvelles normes en matière contraceptive. Certaines de ces recherches mettent en évidence le rôle des mouvements féministes, à partir des années 1970, dans la contestation de ces normes ou la production de normes alternatives en matière contraceptive, conduisant notamment à questionner la médicalisation du corps des femmes impliqué par les contraceptifs oraux et les

dispositifs intra-utérins (Watkins, 1998; Löwy, 2005; Silies, 2015). Une partie de ces travaux s'interroge sur l'écho médiatique qu'ont ces revendications et ces mouvements, et plus généralement sur le rôle des médias dans la légitimation ou la contestation des normes contraceptives (Watkins, 1998; Pavard, 2009a, 2017). Elisabeth Watkins et Chikako Takeshita ont également montré le rôle des scandales sanitaires et des polémiques scientifiques autour de la pilule (Watkins, 1998) et du DIU (Takeshita, 2012) dans la désaffection de ces méthodes par les femmes, qui leur préfèrent d'autres alternatives, hormonales ou non (Mosher *et al.*, 2016; Kavanaugh et Jerman, 2018).

Enfin, on peut se poser la question du pouvoir des utilisatrices-teurs de ces techniques et produits contraceptifs dans la production ou la contestation des normes en matière contraceptive. C'est notamment l'objet du travail de Chikako Takeshita de mettre en évidence que l'usage du DIU ou de la pilule aux États-Unis ont échappé à la manière dont leurs concepteurs-trices avaient « configuré » ces méthodes, c'est-à-dire au public-cible et aux normes d'usages qu'ils ou elles avaient initialement envisagés (Takeshita, 2012). En effet la pilule, telle qu'elle a été initialement pensée par Margaret Sanger, et à sa suite, Katharine McCormick, visait à résoudre le problème des familles nombreuses dans les classes populaires pauvres aux États-Unis. Arrivant sur le marché américain en 1960, la pilule contraceptive a été appropriée principalement par les femmes de classes moyennes, notamment les femmes célibataires ou sans enfants, qui n'étaient pas du tout les usagères pour lesquelles la pilule était initialement « configurée ». Le dispositif intra-utérin en plastique, puis en cuivre, était également « configuré » comme un moyen de contrôle des naissances dans les pays du Tiers-Monde indépendant de la volonté des utilisatrices, permettant d'enrayer de manière contraignante l'expansion de la population dans ces pays. Il a en fait été réapproprié aux États-Unis par les femmes de classes moyennes et supérieures, après la mise en évidence des premiers effets secondaires de la pilule.

Si les utilisatrices de ces méthodes ont ainsi des possibilités de résistances par rapport aux normes d'usages que d'autres instances cherchent à leur imposer (Takeshita, 2012), d'autres travaux mettent toutefois en évidence les difficultés qu'ont les femmes d'échapper aux normes en matière contraceptive dans certains contextes, notamment dans des contextes où la contraception passe par la prescription médicale (Bretin, 1992; Bajos et Ferrand, 2004; de Irala *et al.*, 2011; Guyard, 2010a; Ruault, 2015). Le pouvoir de contestation de la norme par ses utilisatrices n'émerge alors qu'à l'occasion de mobilisations de patientes ou *via* une contestation de cette norme par certains courants féministes, qui en France, n'ont émergé que dans les années 2010 (Rouzaud-Cornabas, 2019). Ceci amène à s'interroger sur les

instances possibles de production de normes contraceptives concurrentes : dans certains pays, il s'agit de l'émergence d'une contre-expertise au sein du champ médical lui-même (Marks, 2001) ou du champ politique (Watkins, 1998), ou dans la sphère militante, notamment via les mouvements féministes et les mouvements de santé des femmes (Watkins, 1998; Löwy, 2005).

Ces nombreuses perspectives en sociologie et en sciences politiques permettent finalement de montrer le rôle de plusieurs types d'acteurs·trices en matière d'élaboration et de mise en œuvre des normes. Si l'État joue un rôle non négligeable dans la définition de certaines normes, *via* leur réglementation ou au travers de politiques publiques, cette prérogative est de manière croissante déléguée à des expert·e·s reconnu·e·s par l'État pour leurs compétences spécifiques. D'autres groupes d'intérêt organisés – comme les industries – peuvent intervenir dans la production de normes, notamment en essayant d'influencer celles et ceux qui les produisent. Ces normes ont ensuite un impact sur les pratiques des professionnel·le·s qui les mettent en œuvre. Des résistances à cette mise en œuvre existent, qui prennent la forme d'une production de normes concurrentes, ou d'une mise en œuvre de pratiques qui s'éloignent de ces normes. Comment prendre en compte cette pluralité de logiques pour rendre compte de la manière dont s'est construite puis imposée la norme contraceptive française centrée sur la pilule ?

1.1.2 Envisager une pluralité de logiques et leurs interactions

Dans ses travaux, Sheila Jasanoff pose la question de comment des États-nations répondent à l'introduction d'une nouvelle technologie aux répercussions incertaines (Jasanoff, 1995, 2004). Comparant les réponses nationales à l'introduction des organismes génétiquement modifiés, dans le champ de l'agriculture, de la biologie et de la médecine aux États-Unis, en Angleterre et en Allemagne, elle montre que des configurations nationales très différentes se déploient en réponse au développement de ces nouvelles technologies, qui relèvent, dans ces trois pays d'un relatif flou ou vide juridique. Ainsi, elle montre que le compromis État - industries - science trouve une réponse très variable dans chacun des trois contextes.

Dans le cas de la contraception, la littérature analysée dans la partie précédente tend à montrer que le rôle des industries, des médecins et expert·e·s, des mouvements féministes et des médias a été déterminant dans la définition sociale, culturelle et médicale de la pilule. Il semble donc pertinent d'étudier le compromis entre science, industries et État, au moment de l'introduction de la pilule contraceptive, mais en prenant en compte le rôle joué par ces autres acteurs·trices. La mise en

perspective avec d'autres pays tout au long de la thèse permettra d'éclairer les spécificités de la configuration française.

Si l'approche de S. Jasanoff prête une attention utile aux rapports de pouvoirs qui se jouent, à l'échelle nationale, entre différentes entités, l'approche de la sociologue et historienne des sciences Adele Clarke en terme « d'arène » – notion qu'elle reprend au sociologue interactionniste Anselm Strauss (1978) – permet de penser un espace où plusieurs groupes sociaux de natures hétérogènes interagissent pour faire émerger une revendication commune (Clarke, 1998). Étudiant l'émergence des sciences reproductives aux États-Unis entre la fin du XIX^e siècle et les années 1960, Adele Clarke mobilise la notion « d'arène reproductive » pour rendre compte de la manière dont de multiples mondes sociaux, aux ressources variables, ont défini leur identité, leurs buts et leur travail en lien les uns avec les autres, au sein d'un espace plus général centré sur la reproduction. Elle décrit comment des scientifiques en biologie, en médecine et en agriculture se sont retrouvé·e·s autour de problématiques communes, marginales par rapport à leurs propres champs scientifiques, mais centrées sur les questions de reproduction, dans un contexte relativement hostile à l'émergence des sciences reproductives, entachées d'une profonde illégitimité scientifique et sociale.

La notion de « monde social » qu'A. Clarke inclut dans le concept plus large « d'arène », lui permet de saisir des communautés de pratiques et de discours, leur formation, la constitution de frontières disciplinaires entre ces mondes, et leurs interactions avec les autres mondes au sein de l'arène reproductive. « L'arène » agrège ces différents mondes sociaux, hétérogènes mais tous centrés sur des problématiques communes liées à la maîtrise technique et scientifique de la reproduction. L'arène est perçue comme un espace au sein duquel de nombreuses questions sont débattues, négociées, objets de lutte, manipulées par les représentants de divers mondes sociaux et sous-mondes. C'est aussi un espace d'interaction entre ces différents mondes et de définition d'une action collective. En cela, l'utilisation que fait Adele Clarke de cette notion, à la suite de Strauss, se distingue de la notion d'« arènes publiques » telle qu'elle est mobilisée dans certains travaux en sciences politiques, afin de désigner différents espaces d'expression collective et de mobilisation, comme l'arène médiatique, ou les arènes institutionnelles (Hilgartner et Bosk, 1988; Cefai, 1996; Cefai et Trom, 2001; Cefai, 2016). Ici, je reprends la notion d'arène au sens où l'entend Adele Clarke, comme un agrégat de plusieurs espaces sociaux distincts (et qui ne se recoupent pas nécessairement) orientés vers un objectif commun.

Plusieurs éléments peuvent permettre de catégoriser une « arène contraceptive française » à partir de la théorisation d'Adele Clarke. Tout d'abord, cet espace

théorique semble faire intervenir une pluralité d'acteurs·trices, aux motifs et aux intérêts variables, mais tous réunis dans la poursuite d'un même objectif. Dans le cas de l'arène contraceptive française, c'est l'objectif du développement de la contraception médicalisée, voire des contraceptifs oraux, qui réunit ces différent·e·s acteurs·trices : les partisan·e·s du contrôle des naissances, les prescripteurs·trices de contraceptifs, les expert·e·s en contraception, les industries pharmaceutiques, les mouvements féministes, les utilisatrices de ces moyens de contraception. Tou·te·s ces acteurs·trices aux intérêts parfois divergents concourent à faire émerger une norme commune, édictant quelles méthodes il est légitime d'utiliser, dans quel contexte, et selon quelles pratiques. Considérer la notion d'arène permet d'envisager un espace commun qui émerge entre 1950 et 1980, visant à légitimer l'idée de régulation des naissances, et le recours à des moyens scientifiques pour mettre en place cette régulation.

Un second élément intéressant dans l'analyse d'A. Clarke, est la question de l'illégitimité de cette arène et de ses revendications. Dans un premier temps, cette illégitimité limite l'émergence des savoirs, des techniques et des revendications sociales, mais elle fédère progressivement un objectif commun entre des sphères sociales et professionnelles qui se recoupent relativement peu. La chercheuse montre que dans le cas de l'arène reproductive américaine, la légitimation des sciences reproductives comme champ d'intervention médicale et scientifique est passée par une appropriation des savoirs en endocrinologie et en science fondamentale. Cette stratégie a permis de dépasser l'illégitimité scientifique associée aux études sur la reproduction aux États-Unis, entre la fin du XIX^e siècle et le milieu des années 1950. Il paraît intéressant de se demander dans quelle mesure l'arène contraceptive française a suivi la même trajectoire que l'arène reproductive américaine, et si les processus de légitimation de la première repose sur une même référence à des savoirs en sciences fondamentales.

Cette arène contraceptive, telle que je souhaite l'analyser au cours de la thèse, comporte ainsi plusieurs espaces qui ont été structurants dans le développement de la contraception médicalisée en France et dans la définition d'une norme pilulocentrique. Adele Clarke mobilise la notion de « mondes sociaux » pour décrire ces espaces, qu'elle définit comme des communautés de pratiques et de discours, ayant une cohérence interne, et qui forment les éléments constitutifs de l'arène reproductive plus globale. Elle s'inspire pour cela de la notion de « monde » reprise à Howard Becker lorsqu'il décrit les mondes de l'art (Becker, 2011, p. 34-35), conçu comme des réseaux de coopération entre les participant·e·s à ce monde, reposant sur un certain nombre de conventions qui rendent l'activité collective plus simple et moins coûteuse en temps, énergie et autres ressources. A. Clarke reprend

cette notion de réseau de coopération mais en intégrant une vision globale de la façon dont ces mondes s'inscrivent dans un espace plus général qu'elle nomme « arène reproductive ». Elle envisage alors la question de la cohérence interne de chaque monde, de ce que ces mondes produisent comme normes et comme objectifs, ainsi que des intersections entre différents mondes, et de ce que ces recouvrements produisent sur l'arène plus globale.

Si cette idée de porter une attention forte aux intersections de différentes entités cohérentes que seraient les mondes sociaux me paraît intéressante, je préfère substituer à la notion de « monde social » celle de « champ ». En effet, la notion de champ considère comment des « agents sociaux » se posent et s'opposent les uns par rapport aux autres dans un même espace social, en fonction de leurs caractéristiques et ressources sociales (les « capitaux ») qu'ils parviennent à mobiliser dans cet espace social, ceci afin d'imposer leur vision du champ et d'obtenir une position dominante dans celui-ci (Bourdieu, 1994). Cette notion est intéressante, car elle donne plus de cohérence aux groupes sociaux considérés que dans le cas des mondes beckeriens, composés d'individus aux caractéristiques *a priori* hétérogènes. Le champ donne d'autre part une place plus centrale au conflit et aux luttes internes à chacune de ces entités cohérentes. Dans le modèle d'Adele Clarke en effet, si différent·e·s acteurs·trices ont des intérêts variables voire concurrents, la description qu'elle fait de l'arène donne néanmoins l'impression que les acteurs·trices sont principalement mu·e·s par la coopération, en vue d'achever un but clairement identifiable par tou·te·s et relativement similaire pour les différents mondes, ou pour les différents individus au sein des mondes.

Or, il me semble que pour décrire la constitution de l'arène reproductive française, il faut au contraire laisser toute sa place à l'idée de conflit, d'intérêts divergents entre acteurs·actrices, y compris au sein d'un espace social relativement cohérent. Dans le champ tel que le définit Pierre Bourdieu, les acteurs·trices – qu'il nomme « agents » – luttent pour faire reconnaître leur légitimité par les autres membres du champ, et sont en concurrence pour l'obtention de ressources matérielles ou symboliques propres au champ. Ainsi, P. Bourdieu décrit des espaces de concurrence au sein d'un même espace entre personnes aux caractéristiques sociales et aux intérêts proches. Cette vision paraît intéressante pour rendre compte de logiques de plusieurs groupes d'acteurs·trices impliqués dans l'arène contraceptive française⁴.

Enfin, l'analyse bourdieusienne en termes de champ semble porter une attention

4. Elle a par ailleurs déjà été mobilisée pour rendre compte des enjeux propres aux espaces professionnels (Boltanski, 1975; Bourdieu, 1976, 1999), notamment pour la profession médicale (Pinell, 2005, 2008, 2009), ainsi qu'aux espaces militants (Garcia, 2005).

plus importante que l'analyse beckerienne aux caractéristiques sociales des individus qui le constituent. Dans la théorie bourdieusienne, la position dans un champ est un reflet et une conséquence de la position dans l'espace social plus général, de même que des oppositions d'idées ou de prises de positions dans un champ donné reflètent des dispositions et des caractéristiques sociales souvent opposées. Cette attention portée aux caractéristiques sociales me semble importante à prendre en compte lorsque l'on décrit les différentes prises de positions au sein des champs qui composent l'arène contraceptive française.

On pourrait toutefois reprocher à la notion de champ une certaine clôture sur elle-même, prenant peu en compte la manière dont différents champs de nature différentes interagissent, ou peuvent se recouper. En effet, les champs sont définis comme des espaces ayant une relative autonomie, et la société comme une sorte d'agglomérat de ces différents espaces relativement autonomes (Bourdieu, 1998). Ainsi, il paraît difficile de concevoir des champs qui formeraient un espace collectif plus « petit » que la société entière. En quelque sorte, l'analyse bourdieusienne en reste à l'entité « méso » que serait le champ et sa relative cohérence interne, sans permettre de penser un espace plus large, plus « macro » (qui ne soit pas la société dans son ensemble), où des acteurs·trices aux caractéristiques très différentes, qui n'interagissent même pas forcément et ne luttent pas nécessairement pour les mêmes ressources, concourent néanmoins à définir des normes et des pratiques autour d'un même objet.

C'est ce qui paraît intéressant dans la notion d'arène. Je propose donc une conception de l'arène contraceptive française en m'appuyant sur la notion d'arène telle que la définit A. Clarke, mais en substituant la notion de champ à celle de monde social⁵. Dans cette perspective, il s'agit d'étudier comment les différentes composantes de cette arène (usager·e-s de contraception, prescripteurs·trices, industries, expert·e-s, mouvements féministes) concourent à faire émerger une norme commune centrée sur la pilule. Il s'agit également de porter une attention à tout ce qui relève de l'interface et des négociations entre ces différents champs, c'est-à-dire aux espaces et personnes intermédiaires : visiteuses·eurs médicales·aux, presse, *key opinion leaders* (KOL) comme intermédiaire entre industrie et prescripteurs·trices, porte-paroles à la croisée des mouvements féministes et de la sphère médicale. Plus généralement, la notion d'arène permet de considérer une circulation des normes entre plusieurs champs ou sous-espaces, sans nécessairement que l'ensemble des sous-espaces soient en lien les uns avec les autres : des normes élaborées dans la sphère industrielle et dans le champ de l'expertise peuvent se retrouver tels

5. Pour une perspective intéressante sur les approches et les limites théoriques du champ bourdieusien et des mondes beckeriens, voir Bottero et Crossley (2011).

quels dans les théorisations féministes, du fait de la circulation des expert·e·s dans certains espaces militants ou féministes.

Ce cadre théorique, envisageant une pluralité d'acteurs·trices participant au façonnement des normes contraceptives, avec des logiques propres à chaque « champ » intervenant dans la définition de ces normes, me paraît utile pour appréhender finement les interactions entre divers groupes concourant à l'élaboration de cette norme, plutôt que de considérer leur rôle de manière isolée. Il permet également d'envisager plusieurs échelles d'analyse : une échelle plus microsociologique, au niveau des logiques internes à certains groupes, considérant les prises de position de tel·le ou tel·le acteur·trice ; une échelle mésosociologique considérant les normes telles qu'elles sont portées par un groupe spécifique ; et enfin, une échelle macrosociologique, où l'on considère comment ces groupes co-produisent les normes contraceptives, ou au contraire s'affrontent pour proposer des visions concurrentes de la contraception.

Combinée à l'approche proposée par S. Jasanoff, ce cadre permet de rester attentive à la configuration particulière, à l'échelle nationale, conduisant à conférer un poids plus important dans la production et l'imposition de normes à certains groupes et donc à certains champs de l'arène contraceptive. À partir de là, on peut se demander comment une norme devient une évidence, ou, en d'autres termes : quels sont les processus qui conduisent à la naturalisation des normes ?

1.1.3 Des normes à leur naturalisation : la production d'une évidence

De nombreux travaux féministes et en études sur le genre offrent des outils conceptuels utiles pour comment sont produites les évidences, et à quoi (ou à qui) sert cette production.

Premièrement, ces travaux ont mis au jour les processus de *naturalisation* des différences (Guillaumin, 1992; Dorlin, 2003, 2009), notamment entre les sexes (Mathieu, 1991; Héritier, 1996, 2002; Gardey et Löwy, 2000; Löwy, 2006). Deuxièmement, ces mêmes travaux montrent que la naturalisation de ces normes conduit à les *dés-historiciser* : sans histoires et inscrites dans la nature, c'est comme si ces normes avaient toujours été, ce qui rend d'autant plus difficile leur contestation.

La sociologie de la socialisation et la sociologie du corps se sont plus généralement intéressées aux processus de l'apprentissage « par corps » des normes sociales (Détrez, 2002; Rouch *et al.*, 2005; Darmon, 2006; Memmi *et al.*, 2009), notamment pendant l'enfance (Court, 2010). Ces deux champs d'étude s'attachent à montrer comment l'apprentissage des normes de genre participe de la naturalisation du

masculin et du féminin (Ferrand, 2004; Clair, 2012).

Ces processus de naturalisation contribuent à justifier l'universalité de ces différences sociales, en les inscrivant dans l'idée de nature : elles s'imposent ainsi avec « l'évidence du naturel et le naturel de l'évidence » (Blöss, 2001; Detrez, 2015). Plusieurs auteur.e.s ont montré comment cette « invention du naturel » participait à entériner des hiérarchies, et, *in fine* à justifier idéologiquement le maintien d'inégalités sociales (Guillaumin, 1992; Dorlin, 2009; Gardey et Löwy, 2000; Löwy, 2006; Bard, 2010). Thomas Laqueur (1992) rappelle que cette entreprise de naturalisation a aussi une histoire, et que c'est notamment à la fin du XVIII^e siècle et au cours du XIX^e que l'idée d'une « nature féminine » distincte d'une « nature masculine » s'impose avec le plus de force, au moment même où les femmes des sociétés européennes pourraient vouloir revendiquer une égalité juridique et politique et l'accès aux droits civiques.

De nombreuses chercheuses en histoire et sociologie des sciences et de la médecine s'attachent ainsi à montrer montrent à quel point la biologie et la médecine sont des moteurs puissants de cette naturalisation (Keller, 1985; Martin, 1987; Oudshoorn, 1994; Gardey et Löwy, 2000; Löwy, 2006; Peyre et Wiels, 2015; Jordan-Young, 2016). Ces travaux mettent au jour la force des entreprises idéologiques qui contribuent à « genrer » le sexe biologique, en montrant que des différences « biologiques » attribuées aux hommes et aux femmes sont en fait l'objet d'une construction sociale. Ainsi des cerveaux « masculin » et « féminin » qui correspondraient à une soi-disant exposition hormonale différenciée pendant la période embryonnaire (Jordan-Young, 2016), alors qu'au contraire la plupart des neurosciences mettent en évidence la très grande plasticité du cerveau et l'importance des processus d'apprentissage sur son développement (Vidal, 2015). Ainsi également des hormones dites « mâles » et « femelles », pour lesquelles Nelly Oudshoorn a montré que la distinction était non seulement fautive d'un point de vue scientifique, mais qu'elle avait empêché pendant plusieurs années de comprendre des mécanismes biologiques, comme le fait que les femmes produisent également de la testostérone ou que les hommes produisent des œstrogènes (Oudshoorn, 1994). La production d'évidence par la naturalisation et la dés-historicisation des normes remplit donc une fonction idéologique : justifier et perpétuer des formes de domination (Gardey et Löwy, 2000; Löwy, 2006).

Mettre au jour ces processus de naturalisation et de dés-historicisation des normes sociales, en réinscrivant ces normes dans une histoire et en analysant les fonctions sociales qu'elles remplissent, apparaît particulièrement heuristique pour questionner ces évidences.

Cette première section a permis d'envisager un cadre théorique pour étudier la

production d'une évidence : des différent·e·s acteurs·trices susceptibles de produire et de mettre en œuvre une norme, à la prise en compte des logiques et interactions entre ces différents « champs » de l'« arène contraceptive française », et enfin l'entreprise idéologique de naturalisation et de dés-historicisation de ces normes, qui conduisent à les considérer comme des évidences. La deuxième section de ce chapitre analyse pourquoi la norme contraceptive peut être considérée – et étudiée – comme une norme médicale. Cette section permettra de préciser l'angle d'attaque de la thèse, et ses limites.

1.2 La norme contraceptive française comme norme médicale

Divers travaux mettent en évidence le rôle de l'État dans la régulation des pratiques de contrôle de la fécondité, notamment en France, entre la fin du XIX^e siècle et la fin des années 1960 (McLaren, 1978; Pedersen, 1996; Cahen, 2016; Sanseigne, 2019). Ce « gouvernement des mœurs » par l'État (Cahen, 2016) le conduit notamment à légiférer, en 1920, contre la publicité et la vente des contraceptifs, interdiction qui ne sera levée qu'en 1967, au terme de nombreux débats dans le champ parlementaire et plus généralement politique, mais également dans l'espace médiatique (Pavard, 2012c; Sanseigne, 2019). Il semble toutefois qu'en légiférant, en 1967, dans le sens d'une prise en charge de la contraception par les médecins, puis en actant en 1974 le remboursement par la Sécurité sociale des moyens contraceptifs sous prescription médicale, l'État ait progressivement délégué son pouvoir normatif en matière contraceptive, rejoignant un processus plus large de désengagement face aux processus régulant la vie et la mort, de plus en plus renvoyés à la sphère médicale (Memmi, 2003). Hormis les politiques visant, par des mesures incitatives, à augmenter le taux de fécondité, l'État se désinvestit ainsi progressivement de la question de la régulation des naissances, et délègue son pouvoir d'intervention en la matière à la sphère professionnelle, en instituant la prescription contraceptive dans les cabinets privés, en déléguant la production de normes médicales en matière contraceptive à des expert·e·s médicaux·ales au sein de l'État ou dans le secteur privé, et en laissant une autonomie très forte à l'institution médicale dans la production de normes de pratiques professionnelles en matière contraceptive (formation, faible contrôle des pratiques, normes de bonnes pratiques principalement produites par des médecins, et jusqu'aux années 2000, sans forcément de lien avec des instances de santé publique).

Cela s'inscrit, plus largement, dans le processus de médicalisation décrit par

le sociologue P. Conrad, comme le processus consistant à définir un problème social en termes médicaux, et à apporter une solution médicale à des problèmes sociaux (Conrad, 2007). Pierre Aïach et ses collègues (Aïach et Delanoë, 1998) élargissent le terme pour désigner l'expansion du domaine médical, l'extension du champ de compétences de la médecine, et l'abaissement du seuil de perception des troubles de la santé et de maladie dans la population. Divers travaux suggèrent effectivement l'extension du champ de la médecine à partir des années 1950 dans les sociétés d'Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord, conduisant à ce que l'institution médicale soit en charge d'un nombre croissant de problématiques qui auparavant échappaient à son champ d'intervention (Ferrand-Picard, 1982; Delanoë, 1998; Memmi, 2003; Leridon *et al.*, 2002; Löwy et Gaudillière, 2006; Guyard, 2008; Berlivet, 2011).

A. Clarke propose également la notion de « biomédicalisation » pour désigner, à partir des années 1970, l'extension du domaine de la biomédecine au-delà de la gestion des maladies, vers la prévention du risque et le déploiement (« *enhancement* ») des capacités du corps (Clarke *et al.*, 2010). Les technologies biomédicales – comme les traitements hormonaux – permettraient non plus seulement le traitement de maladies, mais seraient devenues des « *lifestyle drugs* » (Watkins, 2012), vendues comme des produits améliorant le corps, au-delà de leur effet thérapeutique ou contraceptif. L'étude du processus de biomédicalisation amène à ne plus seulement s'intéresser à la sphère médicale, mais à prendre plus largement en compte comment ces pratiques médicales s'inscrivent dans le développement de nouveaux marchés thérapeutiques.

La progressive délégation du pouvoir de l'État en matière de production des normes contraceptives vers des professionnel·le·s a deux conséquences principales. Premièrement, elle contribue à faire de l'expertise médicale en contraception la principale expertise légitime en la matière. Deuxièmement, elle nécessite presque toujours de passer par un·e médecin pour accéder à des méthodes contraceptives, ou aux informations sur celles-ci, faisant des prescripteurs·trices l'une des instances normatives principales en matière contraceptive. Ces deux éléments amènent à considérer l'hypothèse que *la norme contraceptive française centrée sur la pilule résulte principalement d'une norme médicale de prescription de ce contraceptif en première intention, et de relative disqualification des autres moyens de réguler la fécondité.*

1.2.1 Le rôle des expert·e·s médicaux·ales dans le façonnement des normes contraceptives

Plusieurs travaux sur l'histoire du vote de la loi Neuwirth et la lutte pour l'accès à la contraception (Pavard, 2012c) mettent en évidence l'engagement de médecins, gynécologues et psychiatres, dans la « cause contraceptive » (Sanseigne, 2019). Ces travaux documentent le combat de la gynécologue Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé au sein de l'association *Maternité Heureuse* pour la libéralisation de la contraception en France, et pour l'abandon de la loi 1920 interdisant la vente et la prescription de contraceptifs (Pavard, 2012c). Ce mouvement pour la régulation des naissances s'étend et se professionnalise (Sanseigne, 2009; Garcia, 2011) et gagne en « respectabilité » (Pavard, 2012c) à mesure que davantage de médecins rejoignent ce qui devient en 1960 le MFPPF. Les médecins du MFPPF, constitué·e·s à partir de 1962 en Collège médical, parviennent, au cours des années 1960, au « coup de force symbolique » (Garcia, 2007) d'imposer une vision de la contraception comme devant être prise en charge par la médecine, à l'inverse de la vision défendue par l'instance représentative de la profession, l'Ordre national des médecins.

Cette thèse s'intéresse, plus généralement, au rôle de ces expert·e·s en contraception dans l'élaboration et l'imposition de normes en matière contraceptive, particulièrement dans le champ médical. Par « expert·e·s en contraception », je désigne les acteurs·trices mobilisé·e·s par diverses institutions parce qu'ils détiennent des savoirs spécifiques sur la contraception et sur les produits contraceptifs (savoirs médicaux, scientifiques et sociaux). Il s'agit le plus souvent de médecins (même si le contenu des savoirs détenus par ces expert·e·s évolue sur la période considérée avec les caractéristiques des expert·e·s eux·elles-mêmes), possédant des savoirs cliniques et théoriques sur le mode d'action et l'efficacité des différentes méthodes contraceptives, également initié·e·s pour certain·e·s aux enjeux sociaux ou psychologiques de la prescription de telle ou telle méthode. Elles et ils sont cité·e·s ou interviewé·e·s dans la presse au titre de leur expertise, publient des articles sur la contraception dans les revues médicales, voire créent leur propre revue spécialisée. Ce sont elles et eux aussi qui forment les médecins à la prescription contraceptive, ou interviennent dans les congrès nationaux et internationaux sur la contraception. Ce sont enfin eux et elles qui sont sollicité·e·s par diverses instances gouvernementales pour rendre des avis sur les divers risques associés aux méthodes contraceptives, qu'il s'agisse de commissions ministérielles ou parlementaires, ou d'instances consacrées aux questions de régulation des naissances.

Je retiens donc comme définition des expert·e·s celles et ceux qui sont consacré·e·s comme tel·le·s par diverses institutions, à commencer par l'institution

Étudier la mise en place d'une norme : cadre théorique et méthodologie de la thèse

médicale elle-même, les prescripteurs·trices qui se forment auprès d'eux·elles, les pouvoirs publics qui les sollicitent, les médias qui les interviewent, ou encore les industries qui leur font tester leurs produits. Pour les identifier, j'ai recoupé la mention d'expert·e·s médicaux·ales désigné·e·s comme tel·le·s dans mes archives de presse, avec les noms des expert·e·s sollicité·e·s lors des commissions ou vote de lois sur la contraception, ainsi qu'avec les expert·e·s qui interviennent à des congrès sur la contraception, publient dans des revues médicales spécialisées sur le sujet, ou encore sont en lien avec l'industrie pour tester ou promouvoir certains produits. Sans prétendre à l'exhaustivité de ce champ des expert·e·s en contraception, je souhaite néanmoins retracer, dans le chapitre 3, l'évolution des caractéristiques de ce champ sur plusieurs décennies, et les normes produites par ce champ en matière de pratiques de prescription en contraception. Nous verrons par ailleurs dans les chapitres 3 et 5 que la frontière entre expert·e·s et non expert·e·s peut faire l'objet d'une lutte afin de maintenir ou de contester un certain monopole de l'expertise.

Cette définition de l'expertise peut être critiquée pour son légitimisme : on ne s'intéresse qu'aux expert·e·s qui sont reconnu·e·s comme tel·le·s, consacré·e·s comme tel·le·s par des institutions diverses. Mais, dans la mesure où ce travail vise à retracer comment certaines sphères sociales produisent certaines normes qui peuvent impacter d'autres sphères sociales, retenir les acteurs·trices qui sont légitimé·e·s comme expert·e·s dans plusieurs champs paraît intéressant pour voir comment les normes produites dans un champ peuvent impacter sur d'autres champs. Tout en se centrant sur ces personnes dont les productions normatives ont l'avantage d'être les plus accessibles, je tâcherai, dans l'analyse, d'être attentive aux rapports de pouvoir qui traversent le champ de l'expertise, notamment les rapports de genre, qui conduisent à ce que l'expertise des femmes soit moins reconnue ou valorisée dans diverses sphères sociales et politiques.

Le rôle de l'industrie pharmaceutique, en lien avec ces expert·e·s, dans la production de normes en matière contraceptive sera également l'objet d'une partie de cette thèse (partie III).

1.2.2 Le poids normatif des médecins

La loi Neuwirth du 28 décembre 1967 conditionne l'accès aux produits et aux dispositifs pharmaceutiques à visée contraceptive à la prescription par des professionnel·le·s de santé. Dans ce contexte, on pourrait penser que le choix d'une méthode contraceptive résulterait d'une préférence des usager·e·s qui consultent pour une contraception, après la mise à l'écart d'éventuelles contre-indications. Or, de nombreux travaux montrent au contraire que la prescription contraceptive

s'inscrit dans des rapports de pouvoir, de genre, de classe, et de race (Bretin, 1992; Bajos *et al.*, 2002, 2004; Bajos et Ferrand, 2004; Guyard, 2008; Ruault, 2015; Prud'Homme, 2016). Ceci rejoint plus largement les recherches en sociologie qui insistent sur l'asymétrie médecin-patient·e lors de la consultation médicale et mettent en évidence le pouvoir normatif du·de la médecin lors de l'interaction médicale (Boltanski, 1971; Fainzang, 2007; Mathieu et Ruault, 2014). Cette asymétrie résulte notamment du fait que la légitimité de la profession médicale s'appuie sur la maîtrise de savoirs experts, c'est-à-dire la mobilisation de connaissances dans le registre scientifique et clinique, par opposition aux savoirs que peuvent mobiliser les profanes.

Cette asymétrie dans la relation médicale et dans la consultation en contraception fait que les utilisatrices·eurs de méthodes contraceptives ne sont pas réductibles à des consommatrices·eurs au sens où le postule la théorie économique classique, où le choix résulterait de leurs préférences, de leur contrainte budgétaire et de la disponibilité des produits. Ceci amène à considérer que les pratiques contraceptives résultent pour partie des normes médicales édictées par les médecins (de Irala *et al.*, 2011). Ceci serait particulièrement marqué dans le cas de la prise en charge contraceptive en France, où l'organisation de la médecine en libéral et la très forte autonomie de la profession conduit à ce que l'édition de normes de santé publique par les autorités sanitaires ait parfois peu d'impact sur les pratiques médicales (Castel et Robelet, 2009; Ventola, 2017).

En France, la prescription contraceptive a historiquement été prise en charge, à partir de la fin des années 1960, par un segment spécialisé de la profession médicale : les gynécologues médicaux·ales. Cette spécialisation, qui s'institutionnalise à partir des années 1930 en parallèle de l'obstétrique et de la gynécologie chirurgicale (Löwy et Weisz, 2004), centre son activité plus particulièrement sur la prise en charge médicamenteuse et hormonale des femmes, et, à partir des années 1960, sur la contraception. D'autres travaux ont mis en évidence la socialisation des jeunes femmes aux bonnes pratiques contraceptives dans les cabinets de gynécologie (Guyard, 2010a; Ruault, 2015).

Le choix contraceptif des femmes (et plus rarement en France, des hommes) en matière contraceptive s'opère donc principalement dans ce cadre normatif édicté par les prescripteurs·trices. Les utilisatrices de contraceptifs en France ont en effet été historiquement évincées des sphères de décisions et d'expertise concernant les techniques qui impactent sur leur corps. Si elles n'apparaissent pas en tant que productrices de la norme contraceptive française dans cette thèse, elles sont néanmoins présente en filigrane, dans chacune des instances considérées : comme cible marketing pour les industries, comme patientes pour les médecins, comme

objet d'étude pour les expert·e·s comme entité au nom de laquelle se mobiliser pour les mouvements féministes. Dans d'autres pays, les femmes ont eu un impact important sur l'évolution du marché contraceptif en représentant une demande relativement élastique, non pas au prix, mais à la qualité des produits contraceptifs : toute mise en cause publique a résulté directement par une baisse du recours au produit mis en cause (Watkins, 1998; Takeshita, 2012). Ce n'est que très récemment en France que les contraceptifs oraux ont fait l'objet de remises en cause qui ont pu partiellement modifier le cadre de prescription (Rouzaud-Cornabas, 2019).

Mon hypothèse principale de recherche consiste donc à considérer *la norme contraceptive française centrée sur la pilule comme une norme médicale de prescription, co-produite par les industries et les expert·e·s, entérinée par les prescripteurs·trices, avec un rôle important joué par la gynécologie médicale, et qui n'est pas remise en cause par d'autres instances concurrentes de production de normes jusqu'aux années 2000.*

La production d'une évidence de la pilule à partir de cette très forte centralité dans les pratiques nécessite la production d'une idéologie, ou d'un biais de perception de la contraception au travers de la pilule, que j'appelle « pilulocentrisme ».

1.2.3 D'une norme médicale à la production d'une évidence : le pilulocentrisme

L'extension d'une norme médicale aux pratiques et aux groupes sociaux passe par la production d'une centralité de la pilule dans les représentations, que j'appelle « pilulocentrisme ». Formé sur le modèle du terme « d'ethnocentrisme »⁶, je nomme « pilulocentrisme » ce biais de perception de la contraception au travers de l'objet pilule, qui conduit à lui donner une centralité et à omettre parfois les autres méthodes lorsque l'on parle de contraception. Je détaille ci-dessous les formes de pilulocentrisme que j'ai pu observer lors de mon enquête.

Une première forme de pilulocentrisme consiste à se focaliser principalement sur la pilule alors même qu'on désigne la contraception comme son objet. Ce premier aspect désigne ce l'on pourrait appeler la métonymie du pilulocentrisme : le tout (la contraception) est employé pour désigner seulement la partie (la pilule), et lorsque l'on dit parler des problèmes de contraception, on se focalise en fait essentiellement sur la pilule. Les nombreux sondages d'opinion effectués par l'Institut français d'opinion publique (IFOP) entre les années 1960 et les années 2000 sur la contraception

6. L'« ethnocentrisme » consiste, selon le sociologue W. G. Sumner, en un biais de perception du monde accordant une place centrale à son groupe ethnique d'appartenance, en jugeant les coutumes ou représentations des autres groupes en référence à ce groupe, souvent de manière dépréciative (Sumner, 1906, p. 13).

portent par exemple essentiellement sur les représentations, satisfactions et griefs vis-à-vis de la pilule. Dans une moindre mesure, le DIU est abordé dans différentes enquêtes et sondages d'opinion, mais les autres moyens contraceptifs sont relégués aux rangs de second choix, ou de moyens pas assez sûrs ni confortables, alors que certains demeurent présents dans les pratiques contraceptives. Cette forme de pilulocentrisme se retrouve régulièrement dans les médias, comme le montre le chapitre 2.

Un autre aspect du pilulocentrisme consiste en un biais normatif vis-à-vis du recours à la pilule : un certain nombre de travaux, notamment en démographie, suggèrent implicitement que l'usage de la pilule et sa diffusion au plus grand nombre est souhaitable, voire une marque de progrès, et suggèrent à l'inverse que les entraves à cette diffusion sont condamnables. Dans cette perspective, la « bonne » diffusion de la contraception ou les entraves qui y sont faites sont jugées à l'aune d'une circulation plus ou moins facilitée des pilules contraceptives. Ce biais s'incarne notamment dans le recours à des termes comme « méthodes efficaces de contraception » ou « méthodes modernes » pour désigner la pilule et le DIU, en les opposant au retrait, aux méthodes d'auto-observation, ou aux méthodes barrières, parfois désignées comme méthodes archaïques, ou sous le terme de « méthodes traditionnelles » (Claro, 2016b). Par ces enquêtes, il s'agit de s'assurer de la diffusion des méthodes, qui permettent « d'amener les femmes à la contraception moderne » (Leridon *et al.*, 1977, p. 799). Ce souci de bonne diffusion des méthodes modernes est souvent le contrepoint d'une problématique récurrente pour les pouvoirs publics, les instituts de recherche, et les milieux spécialisés : la réduction du nombre d'avortements, perçus comme toujours trop nombreux (Bajos *et al.*, 2002; Bajos et Ferrand, 2006; Mathieu et Ruault, 2014).

Une troisième manifestation du pilulocentrisme, que j'appelle « pilulocentrisme technologique », amène à considérer l'objet pilule comme une évidence technologique dans une perspective téléologique : sa supériorité technologique et ses qualités intrinsèques ne faisant aucun doute, ce produit est amené de manière évidente à remplacer toutes les autres méthodes, à surpasser les diverses résistances qui n'ont pas lieu d'être, à remplacer toute alternative archaïque. Une variante de ce pilulocentrisme technologique consiste à relire l'histoire de l'efficacité contraceptive, et à dater la soudaine efficacité du contrôle des naissances à l'arrivée et à la légalisation de la contraception orale. Or, comme le montrent A. McLaren (1996) puis H. Leridon (1987), l'efficacité du contrôle des naissances n'a pas commencé avec l'arrivée de la pilule contraceptive, puisqu'à la fin du XIX^e siècle et jusqu'au milieu du XX^e, les couples recourraient efficacement au contrôle des naissances, et

Étudier la mise en place d'une norme : cadre théorique et méthodologie de la thèse

n'avaient, en moyenne, que deux enfants par famille⁷. Ce que l'arrivée des contraceptifs oraux aura permis, au même titre que d'autres techniques contraceptives, c'est davantage de sécurité dans le recours au contrôle des naissances.

Ces formes de pilulocentrisme imprègnent divers champs sociaux et professionnels, notamment les sphères médiatiques, les champs de décision politique, ou encore la profession médicale. Elles contribuent à construire l'évidence du recours à la pilule, et à atténuer le fait que cette évidence est située historiquement et géographiquement.

Pour sortir de cette forme d'« *illusio* » produit par les producteurs·trices de normes (Bourdieu, 1994, p. 151), il m'a fallu suivre la trajectoire de la pilule en France, mais en prenant également en compte la trajectoire des autres méthodes. Je me suis donc efforcée, tout au long de cette thèse, de prendre aussi en compte l'histoire des méthodes autres que les contraceptifs oraux, et de retracer les usages mais aussi les représentations associées à chaque méthode, dans une perspective d'histoire des sciences et des techniques qui s'intéresse aux trajectoires de molécules (Goodman et Walsh, 2001), ou d'entité cliniques et pharmaceutiques, comme les hormones (Oudshoorn, 1994; Löwy et Weisz, 2004; Gaudillière, 2018), ou d'autres techniques, notamment contraceptives (Löwy, 2011; Takeshita, 2012).

Au terme de cette analyse théorique, je propose finalement trois hypothèses pour expliquer la centralité de la pilule contraceptive en France (dont je poursuis l'analyse historique au chapitre 2) :

1) La pilule a progressivement été construite comme norme médicale de prescription, ce qui impacte fortement sur son recours (dans un contexte français où les médecins ont une influence importante sur ce qui est consommé en matière de médicament) (partie II, chapitres 3 à 5).

2) Cette norme médicale est en fait une norme co-produite par les expert·e·s en contraception et les industries pharmaceutiques, qui participent à façonner l'utilisation des différentes méthodes contraceptives et qui orientent plus généralement l'offre contraceptive proposée en France. (partie III, chapitres 6 et 7).

3) Cette norme médicale et sociale centrée sur la pilule n'a été que faiblement contestée, conduisant à ce que ce modèle ne soit pas remis en cause jusqu'aux années 2000 (partie IV, chapitres 8 et 9).

La dernière section de ce chapitre rend compte du dispositif méthodologique déployé pour l'analyse.

7. En utilisant principalement le retrait et l'avortement comme moyen de réguler les naissances.

1.3 Des sources *ad hoc* pour un objet multidimensionnel : réflexions méthodologiques

Mon dispositif méthodologique visait à faire la genèse d'une norme médicale et sociale centrée sur la pilule. Pour cela, j'ai voulu retracer la trajectoire de ce produit pharmaceutique et contraceptif, et mettre au jour l'enjeu qu'il représente pour différents groupes d'acteurs·trices, leurs intérêts à promouvoir ce produit, la signification qu'il revêt et les pratiques qui l'entourent. Cela nécessitait également de prendre en compte la trajectoire des autres méthodes en France, et les disqualifications éventuelles dont elles ont pu faire l'objet au sein de ces différents groupes sociaux.

Pour cela, je suis partie à la poursuite des « traces » (Farge, 1997) des normes qui entourent les différents contraceptifs dans les groupes sociaux qui les produisent. Il s'agissait d'identifier, dans un très large corpus d'archives possibles, des traces d'attitudes normatives vis-à-vis de la pilule : des éléments indiquant des représentations sur ce moyen contraceptif, si ces représentations étaient positives, ou au contraire négatives, et comment ces représentations évoluaient avec le temps.

Cette partie retrace les différentes sources que j'ai collectées et le type d'analyse que j'ai réalisée à partir de ces sources. Une analyse plus détaillée des sources mobilisées pour chaque chapitre – ainsi que de leurs limites – est disponible en introduction de chacun d'eux. Ici, il s'agit de rendre compte de la manière générale dont j'ai procédé pour collecter mes matériaux, mais aussi des difficultés auxquelles j'ai été confrontée dans la réalisation de mon enquête.

1.3.1 Le choix des matériaux et leur analyse : à la poursuite des acteurs·trices

Ce travail repose principalement sur des sources d'archives présentes dans divers fonds, que j'ai pu pour la plupart photographier quasi-intégralement, afin de pouvoir les consulter autant de fois que je le souhaitais au cours de mon enquête. Il est complété par d'autres sources d'archives, comme des archives de presse, accessibles dans des bases de données ou dans des revues de presse, des revues médicales, ainsi que des publications sur la contraception, sur le combat pour la régulation des naissances, ou parfois même des ouvrages autobiographiques publiés par des personnalités qui ont participé à la diffusion de la contraception en France. À ces archives s'ajoutent des entretiens, que j'ai enregistrés avec l'accord des personnes interrogées et que j'ai intégralement retranscrits. Enfin, je mobilise de nombreuses données d'enquêtes quantitatives, notamment sur les pratiques

Étudier la mise en place d'une norme : cadre théorique et méthodologie de la thèse

contraceptives, et sur les attitudes et les pratiques professionnelles en matière contraceptive des médecins. Une liste exhaustive de mes différentes sources est disponible en annexe de cette thèse (annexe A).

Retracer la centralité de la pilule en France

Une première partie de ce travail a consisté à expliciter ce que j'entendais par « centralité » de la pilule en France, et à identifier les ressorts de la construction d'une « évidence » autour de ce moyen contraceptif. Pour cela, je me suis employée à caractériser précisément la temporalité de la diffusion de la pilule dans les pratiques contraceptives en France, et les temporalités parallèles de recours aux autres méthodes contraceptives, à partir de l'analyse secondaire des données des enquêtes nationales sur la contraception en France (voir chapitre 2, encadré p. 80). Ces données m'étaient d'autant plus accessibles que je réalisais ma thèse dans l'équipe « Genre, santé, sexualité » de l'Inserm, qui, sous la direction de Nathalie Bajos, venait de réaliser, en 2010 et en 2013, les deux dernières enquêtes en date sur les pratiques contraceptives, et disposait des données des enquêtes précédentes, et des ressources scientifiques pour les exploiter⁸. Ces données socio-démographiques ont constitué un appui utile pour l'analyse socio-historique, permettant de rendre compte d'une augmentation régulière du recours à la pilule en France, jusqu'aux années 2000, et de caractériser précisément *quand* elle devient la méthode contraceptive la plus utilisée. Les temporalités de cette diffusion et de l'évolution du recours aux autres méthodes permettaient ainsi d'être attentive à une chronologie des pratiques, amenant à s'interroger sur l'évolution chronologique parallèle de la production de normes contraceptives dans les divers champs étudiés. Ces données permettent également de caractériser, en termes d'âge, de génération et de classe sociale, les utilisatrices particulièrement concernées par la norme contraceptive française.

La centralité passait également par une centralité dans les représentations. Pour étudier ce que j'appelle le « pilulocentrisme », j'ai donc souhaité procéder à une analyse de l'évolution des représentations des contraceptifs dans la presse généraliste. Pour ce faire, j'ai consulté le portail en ligne Europresse, accessible *via* des identifiants universitaires, et qui possède une base de données d'articles numérisés pour de nombreux titres de presse, notamment francophone. Cette base de donnée étant considérable, j'ai choisi de restreindre mon analyse à un titre de presse nationale disponible sur l'intégralité de ma période d'analyse, et relativement généraliste et diversifié en termes de thématiques abordées et de

8. À ce titre, je remercie Henri Panjo, Mireille Le Guen, et Aline Bohet pour leur aide précieuse dans la mise à disposition de ces données et pour certaines analyses elles-mêmes.

points de vue proposés, le journal *Le Monde*, intégralement numérisé depuis sa création en 1944. Dans ce corpus, j'ai d'abord cherché les articles entre 1955 et 2000 qui mentionnaient le terme « contraception », et, confrontée à plusieurs milliers d'articles, dont certains de plusieurs pages, j'ai envisagé de faire une analyse textuelle sur ce corpus spécifique. Cette première analyse fastidieuse, n'a pas beaucoup fait avancer mon questionnement⁹.

J'ai donc cherché à constituer des corpus plus restreints, à partir de la recherche, entre 1960 et 2000, d'articles comprenant les termes « pilule contraceptive », et, comme contrepoint, ceux comprenant le mot « stérilet ». Ces recherches m'ont conduit à constituer de bases de données d'articles que j'ai dépouillés et lus intégralement. L'objectif était ici de voir dans quels termes étaient mentionnés les méthodes contraceptives, les représentations qui y étaient associées, les critiques dont elles faisaient éventuellement l'objet, et le contexte dans lequel elles étaient mentionnées. Cela me permettait, au passage, de relever les personnalités médicales interviewées au titre de leur expertise sur la contraception, dans chacun de ces articles, et leur propos sur les méthodes, participant à l'identification du champ des expert·e·s (voir ci-dessous). Enfin, les archives d'Europresse ont été complétées par la consultation partielle de la revue de presse de la bibliothèque de Sciences Po sur la régulation des naissances. L'étendue de cette revue de littérature, les difficultés matérielles d'y accéder lorsque l'on est extérieur·e à cette institution, ainsi que l'impossibilité d'y faire une recherche thématique et la focalisation des articles principalement sur l'avortement à partir de 1972, ne m'ont permis de consulter cette source que jusqu'en 1973, date à laquelle les articles ne mentionnent quasiment plus que l'avortement, et leur nombre augmente de manière quasi exponentielle. Ce fonds m'a donné l'occasion de compléter utilement les archives du *Monde*, jusqu'en 1973, en me permettant d'accéder à des titres de presse régionale et de diverses

9. L'analyse conduisait à montrer que le corpus d'articles mentionnant le terme « contraception » dans les archives du *Monde* entre 1955 et 2000 s'organisait autour de six catégories : une catégorie centrée sur les débats parlementaires autour de la loi Neuwirth pour la réforme de la loi de 1920, puis de la loi sur l'IVG, proche d'une autre catégorie sur la politique en matière de contrôle des naissances et la campagne sur la contraception lancée par Yvette Roudy en 1981. Ces deux catégories se rapprochent d'une troisième centrée sur les élections présidentielles au début des années 1990. Une quatrième catégorie, un peu différentes des précédentes, semble renvoyer à des aspects plutôt littéraires, rassemblant des critiques de livres, d'ouvrages, et d'autres productions culturelles (comme des pièces de théâtre). Une cinquième catégorie porte sur les aspects médicaux qui concernent la contraception, particulièrement les contraceptifs oraux. Enfin, une dernière catégorie a trait aux débats qui agitent la communauté catholique lors de la parution de l'encyclique *Humanae Vitae* en 1968, condamnant le recours à la pilule. Cette analyse suggère donc que le corpus « contraception » du *Monde* est davantage marqué par le débat politique sur la contraception et par les différentes échéances électorales ou débats parlementaires qui jalonnent la période. Lorsque des aspects scientifiques ou médicaux des méthodes sont mentionnés, il est plutôt questions de contraceptifs oraux.

Étudier la mise en place d'une norme : cadre théorique et méthodologie de la thèse

sensibilités politiques. J'ai également mobilisé les revues de presse disponibles dans des fonds personnels et réalisés par les auteur·e·s de ces fonds (Fonds Simon, Fonds Dalsace-Vellay, archives personnelles de Michèle Ferrand), qui m'ont permis de compléter ce corpus de titres de journaux alternatifs au *Monde* sur l'ensemble de ma période d'analyse.

Ces diverses sources m'ont été très utiles pour contextualiser la centralité de la pilule en France, rendre compte du biais « pilulocentrisme » dans les médias, et m'ont également aidée à délimiter le champ de l'expertise.

La délimitation d'un champ de l'expertise

Une deuxième partie de ce travail visait à identifier des expert·e·s en contraception, ayant particulièrement contribué, entre les années 1960 et les années 2000, à définir des normes médicales en contraception. Pour cela, j'ai recoupé les noms d'expert·e·s médicaux·ales mentionné·e·s dans la littérature, notamment sur le Planning familial (Garcia, 2011; Pavard, 2012c) avec les noms de médecins cité·e·s dans mon corpus de presse sur la contraception, ainsi qu'avec le nom des médecins auditionné·e·s dans le cadre des commissions gouvernementales, notamment celle pour l'étude de la loi Neuwirth. J'ai également recoupé cette liste avec les noms des contributeurs·trices de la revue médicale spécialisée *Contraception, fertilité, sexualité*. Cette revue, fondée en 1968 et émanant initialement du Collège médical du MFPPF, a continué à être publiée jusqu'à la fin des années 1990. Des archives de cette revue étaient disponibles dans les fonds personnels de Pierre Simon et de Suzanne Képès à la bibliothèque universitaire d'Angers, ainsi que dans les archives personnelles communiquées par Michèle Ferrand, sociologue et directrice de recherche émérite au CNRS, qui a travaillé dès le début des années 1980 sur la question de l'avortement et, tout au long de sa carrière, sur les questions contraceptives et procréatives¹⁰. J'ai complété ces sources par la consultation des numéros disponibles à la Bibliothèque Nationale de France. J'ai également pu enrichir ma liste d'expert·e·s en contraception grâce aux divers ouvrages médicaux ou de vulgarisation scientifique sur la contraception que j'ai découverts au fil de mon enquête (listés en annexe de cette thèse). Plus que de viser une illusoire exhaustivité dans l'identification de ce groupe des expert·e·s en contraception sur quarante ans, cette collecte de données cherchait à reconstituer des trajectoires socio-professionnelles de différentes générations d'expert·e·s, et les normes qu'ils

10. Ces archives comportaient notamment une revue de presse sur la contraception et sur l'avortement réalisée par la chercheuse entre le milieu des années 1970 et la fin des années 1990, ainsi que de nombreux articles de presse médicale sur la contraception, et plusieurs ouvrages publiés par des ancien·ne·s militant·e·s du MFPPF et/ou des expert·e·s en contraception.

ou elles contribuaient à façonner. À partir de cette liste, j'ai tenté de réaliser des entretiens avec ces expert·e-s en contraception, lorsqu'ils ou elles étaient toujours vivants, ou à accéder à leurs fonds d'archives déposés lorsqu'ils étaient consultables.

J'ai donc réalisé 10 entretiens avec des expert·e-s en contraception appartenant à diverses générations, ayant donc commencé à exercer et à prescrire dans des contextes très différents : certain·e-s, avant la légalisation de la contraception, ont fait partie d'une génération d'expert·e-s militant·e-s, pour la plupart appartenant au MFPPF, et ayant prescrit des contraceptif en contournant la loi. D'autres ont commencé à exercer entre la loi Neuwirth et la loi Veil, étant ainsi confronté·e-s à une disponibilité plus grande des méthodes contraceptives, mais à l'illégalité du recours à l'avortement. D'autres enfin ont commencé à exercer après la légalisation de la contraception et la dépénalisation de l'interruption de grossesse. Je présente mon guide d'entretien, la liste des entretiens réalisés, ainsi qu'un exemple de lettre de contact en annexe de cette thèse (annexe B). J'ai choisi de contacter ces personnes par e-mail, ou par courrier, lorsque je disposais de leur adresse. Ces informations m'ont pour la plupart été communiquées par d'autres chercheuses ayant interrogé ces personnes dans le cadre de leurs travaux¹¹, ou par les enquêté·e-s elles-mêmes lorsque je leur demandais des coordonnées d'autres médecins ayant participé au développement de la contraception en France. Pour les enquêté·e-s les plus jeunes, des adresses e-mails de contact étaient disponibles sur internet. Quatre demandes d'entretiens n'ont pas abouti, malgré parfois jusqu'à deux relances, et pour trois expert·e-s, je n'ai pas réussi à trouver leurs coordonnées. Pour les personnes qui ont accepté de me rencontrer, l'entretien s'est déroulé à leur domicile (pour 6 d'entre eux-elles) ou à leur bureau ou cabinet médical (pour 4 d'entre eux-elles). J'ai systématiquement demandé à chaque enquêté·e, en fin d'entretien, qui il ou elle me recommandait de contacter dans le cadre de ce travail, et qui elle ou il considérait comme leur mentor ou leur proche collaborateur·trices, ce qui m'a permis d'esquisser à la fois un réseau d'interconnaissance, et de me fonder sur la méthode dite « boule de neige » pour rencontrer d'autres expert·e-s en contraception.

Par de multiples points, les personnes que j'ai interrogées étaient en position de domination sociale, économique et symbolique par rapport à moi, de par leur âge, leur statut socio-professionnel (médecins ou ancien·ne-s médecins, résidant à Paris, habitant pour certain·e-s dans de très grands appartements dans des quartiers aisés de Paris), la reconnaissance publique qu'ils-elles connaissent ou ont connue par le passé, ou leur domaine d'expertise (la médecine et les sciences biomédicales, plus légitimes que la sociologie dans la hiérarchie sociale des disciplines scientifiques),

11. Notamment Bibia Pavard et Mylène Rouzaud-Cornabas, que je remercie.

mettant en jeu les difficultés de « s'imposer aux imposants », selon la formule de Hélène Chamboredon et ses collègues (Chamboredon *et al.*, 1994), ou plus généralement de réaliser des entretiens avec des enquêté·e·s occupant des positions dominantes dans l'espace social (Pinçon et Pinçon-Charlot, 1997; Darmon, 2005). Ces enquêté·e·s avaient également pour la plupart l'habitude de s'exprimer sur leur parcours ou sur leur domaine d'expertise, que ce soit dans la presse ou dans des livres qu'ils ou elles ont publié, parfois même des livres autobiographiques retraçant leur trajectoire. J'ai toutefois bénéficié d'un accueil favorable auprès des personnes qui ont accepté l'entretien, sans doute en partie lié au fait que je déclarais faire ma thèse « à l'Inserm », institution de recherche en santé bien connue et reconnue par ces médecins, et que la plupart de mes enquêté·e·s connaissaient au moins l'une de mes directrices de thèse, ou étaient familier·e·s avec leurs travaux sur la contraception¹². J'ai choisi de ne pas anonymiser mes entretiens, car il s'agissait pour moi de reconstituer des trajectoires d'acteurs·trices historiques, qui sont présent·e·s dans l'espace public, qui ont pour la plupart publié des articles et des livres, qui se citent les un·e·s les autres, et qui ont été interviewé·e·s dans la presse. Cela n'aurait donc pas forcément de sens de les anonymiser. Par contre, j'ai recueilli l'autorisation de les citer nommément lors de chaque entretien.

S'il faut ainsi pouvoir mettre à distance « l'illusion biographique » (Bourdieu, 1986) que peuvent conduire à produire de tels récits de vie, ces entretiens m'ont été utiles à plusieurs titres. D'abord, ils m'ont permis de préciser certaines pratiques prescriptives informelles non présentées dans les publications ou les archives, notamment la prescription de méthodes contraceptives avant que la contraception ne soit légale en France. Ils renseignent également sur les représentations qu'ont ces expert·e·s des différentes méthodes contraceptives, et les hiérarchies qu'ils ou elles établissent entre ces méthodes, et qu'ils ou elles contribuent plus largement à façonner dans le champ médical (chapitres 3 et 4). Ils m'ont également été très utiles pour objectiver des rapports des liens ou des oppositions au sein du monde de l'expertise, et m'ont aidée plus largement à saisir la place de la contraception dans la formation et la prescription médicale. Ils m'ont enfin renseignée sur la trajectoire socio-professionnelle propre à chaque enquêté·e, me permettant de les situer les un·e·s par rapport aux autres, en termes générationnels notamment.

Une partie de mon analyse du champ de l'expertise en contraception repose

12. Lorsque les enquêté·e·s connaissaient les travaux de mes directrices, cela a permis de donner davantage de légitimité à mon projet de recherche. L'un des enquêté·e·s, au cours de l'entretien, change ainsi progressivement d'attitude vis-à-vis de moi. S'adressant d'abord à moi comme à une « étudiante », me demandant si je fais une « thèse en psycho », et m'appelant « mademoiselle » plusieurs fois au cours de notre entretien, son ton quelque peu paternaliste change lorsque je mentionne en fin d'entretien que Ilana Löwy, dont il connaît les travaux sur l'histoire des hormones, est l'une de mes directrices de thèse.

également sur la consultation des fonds d'archives déposés par trois expert·e·s en contraception : le Fonds Pierre Simon et le Fonds Suzanne Képès dans le Centre d'Archives du Féminisme de la bibliothèque universitaire d'Angers, et le Fonds Dalsace-Vellay, disponible aux archives de la bibliothèque inter-universitaire de Santé-Médecine de l'Université Paris Descartes à Paris. Ces fonds d'archives, relativement conséquents, comprenaient diverses archives sur les activités professionnelles et scientifiques des dépositaires des fonds, leurs publications, des articles de revues médicales sur la contraception, mais également des archives sur leur participation associative (notamment, au sein du MFPPF), ou sur leur participation à des commissions d'expertise commandées par l'État.

Enfin, ces entretiens et fonds d'archives ont été utilement complétés par les publications de ces expert·e·s, pour certaines, à caractères autobiographiques, ou à visée de vulgarisation sur la contraception. Pour reconstituer des trajectoires professionnelles des expert·e·s en contraception, j'ai également recoupé les informations présentes dans les archives avec certaines données biographiques disponibles en ligne (sur le site de la Bibliothèque nationale de France, sur le site du Sudoc, ainsi que sur le Journal Officiel de la République Française, accessible en ligne). Au total, j'ai pu reconstituer vingt-neuf trajectoires d'expert·e·s médicaux·ales en contraception. La figure 3.1 du chapitre 3 synthétise les principales étapes de carrière médicale et hospitalière de ces expert·e·s, et permet de les situer en terme de génération.

Ces diverses sources ont également permis de retracer l'évolution du contenu de l'expertise sur la contraception, entre les années 1960 et les années 2000, c'est-à-dire les normes promues en matière contraceptive – notamment en matière de prescription – et leur évolution sur cette période, et d'identifier ainsi à partir de quand se structure l'idée que la pilule contraceptive serait la méthode contraceptive de premier choix, et sur la base de quels savoirs.

Objectiver des pratiques et des représentations médicales

Les sources précédemment citées ont également permis d'objectiver des éléments du fonctionnement de l'institution médicale, de la place de la contraception au sein de la profession médicale et dans la formation des médecins, et des modalités de transmissions des normes médicales des expert·e·s aux praticien·ne·s. En outre, l'analyse secondaire de deux enquêtes quantitatives nationales sur les pratiques et les représentations des prescripteurs·trices en matière contraceptive m'ont permis de rendre compte des logiques de prescription des médecins, et de la hiérarchie qu'ils et elles établissaient entre les différentes méthodes (voir chapitre 5, encadré 5.1, p. 222).

La première enquête, dite « Enquête Stérilet 1977 » est réalisée par Pierre Simon et ses collègues au sein du service de maternité de l'Hôpital Boucicaut. Les résultats de l'enquête sont présentés dans une synthèse de recherche, présente dans les archives de Pierre Simon¹³. Sous la forme de tris croisés, ces résultats d'enquête ne m'ont pas permis de faire mes propres analyses statistiques, mais fournissent des informations utiles sur la prescription des différentes méthodes par deux catégories de prescripteurs·trices, les généralistes et les gynécologues. Ces données permettent une mise en perspective intéressante avec les données d'une enquête plus récente, l'enquête Fecond 2010, volet « médecins ».

Cette seconde enquête nationale, réalisée par tirage aléatoire, portait sur les pratiques et les représentations en santé sexuelle et reproductive des gynécologues et généralistes exerçant en cabinet de ville, et comportait de nombreuses questions sur leurs recommandations en matière contraceptive et leurs représentations des méthodes. Les deux premières années de ma thèse, j'ai ainsi réalisé une analyse quantitative de ces données sur les logiques de prescription des professionnel·le-s en matière contraceptive, qui a donné lieu à une publication (Roux *et al.*, 2017).

J'ai complété ces données quantitatives sur les pratiques et sur les représentations des prescripteurs·trices avec l'analyse d'annales de l'internat de médecine, ainsi que d'un cours sur la contraception datant du milieu des années 1980, disponibles à la bibliothèque de la Faculté de Médecine Xavier Bichat (Université Paris Diderot) et à la bibliothèque de la Faculté de Médecine de Nantes. Ces diverses données ont ainsi permis de voir l'impact des normes édictées par les expert·e-s sur les pratiques des prescripteurs·trices de contraception en France. Elles ont permis d'éclairer les ressorts de la centralité de la pilule dans ces pratiques prescriptives, et les représentations confortant une hiérarchisation entre les méthodes contraceptives. Je les ai complétées avec des ouvrages portant plus spécifiquement sur la gynécologie médicale, afin de saisir la spécificité du développement de cette spécialité dans la médicalisation de la contraception en France.

Identifier le rôle d'un acteur peu visible dans l'espace public : les logiques des industries pharmaceutiques

Objectiver le rôle des industries pharmaceutiques dans le façonnement de l'offre contraceptive et des normes professionnelles paraissait à la fois essentiel pour sortir d'une vision uniquement centrée sur l'institution médicale, et difficile d'approche. En effet, l'analyse des archives de presse révèle que cette entité est très peu présente

13. « Enquête sur les attitudes des médecins généralistes et gynécologues à l'égard du stérilet », juillet 1977, Service de maternité de l'hôpital Boucicaut, Centre d'archives du Féminisme, Angers, Fonds Pierre Simon, 17 AF 17.

– voire quasi-inexistante – dans l’espace public.

C’est d’abord dans les revues médicales que j’ai pu observer les stratégies des industries pour façonner les normes contraceptives, au travers de l’analyse des matériaux publicitaires pour des contraceptifs dans les revues médicales présentes dans les fonds précédemment cités, analyse qui du reste avait déjà été entreprise de manière similaire dans d’autres travaux (Ignaciuk, 2014, 2015; Malich, 2015). Ce corpus de publicités constituait toutefois un matériau intéressant pour comprendre l’évolution de la promotion de certains produits entre la fin des années 1960 (lorsque la publicité dans les revues médicales devient légale) et les années 2000, particulièrement en mettant en lien ces publicités avec les articles publiés dans les mêmes numéros, qui, sous la forme d’une expertise, révélaient des formes de « marketing scientifique » (Gaudillière et Thoms, 2015) à destination des prescripteurs·trices.

Il me manquait toutefois une perspective précise, parallèle de cette promotion, sur les produits effectivement disponibles sur le marché contraceptif en France, sur la période. En d’autres termes, je cherchais un moyen de mettre en parallèle l’offre promue par les industries avec l’offre effectivement disponible, permettant de faire le lien entre l’évolution de l’innovation en matière contraceptive sur plusieurs décennies et les stratégies pour promouvoir certains produits en particulier. J’ai décidé de m’intéresser au *Dictionnaire Vidal*, le dictionnaire des spécialités médicales utilisé par les prescripteurs·trices français·es afin d’obtenir des renseignements sur les produits pharmaceutiques disponibles à la vente en France, leur composition, leurs indications et contre-indications, leur prix, leur taux de remboursement, et la posologie. Mis à jour quasi annuellement depuis la fin des années 1920, les archives de ces volumes entre les années 1960 et les années 2000 fournissaient un matériau relativement comparable sur ma période d’analyse, et permettaient de rendre compte de l’apparition et de la disparition de produits contraceptifs sur cette période. J’ai pu trouver des archives de ces volumes à la Bibliothèque Inter-universitaire de Santé-Médecine de l’Université Paris-Descartes, que j’ai complétées par la consultation de certains volumes à la Bibliothèque nationale de France. Ces volumes n’étaient toutefois disponibles qu’à partir de 1967 dans ces deux bibliothèques, ce qui me permet de faire porter mon analyse sur la période 1967-2000.

Ces différentes archives ont été complétées par la consultation du fonds d’archives d’une entreprise pharmaceutique très présente sur le marché contraceptif européen sur la période, l’entreprise Schering à Berlin. Cet important fonds d’archives, dont la consultation est accessible gratuitement aux chercheurs·euses, comprend à la fois du matériel promotionnel des différents produits de l’entreprise,

Étudier la mise en place d'une norme : cadre théorique et méthodologie de la thèse

et de la littérature grise sur les produits, des correspondances entre responsables de la firme et des rapports et analyses du marché contraceptif. Le fonds comprend également des publications documentaires élaborées par la firme elle-même sur son histoire et le développement de ses produits. Ces archives permettent de retracer plus précisément l'évolution des logiques des industries pharmaceutiques entre les années 1960 et 2000. Cela permet de pallier les difficultés d'accéder aux archives de l'industrie pharmaceutique en France, notamment celle de Roussel-Uclaf (Chauveau, 1999, p. 637)¹⁴.

À la recherche des débats, polémiques, et résistances à la norme contraceptive française

Enfin, la dernière partie de mon travail consistait à rendre compte des tentatives de contestation de la norme contraceptive française dans différents champs : politique, médical, scientifique, et militant.

Pour cela, j'ai retracé grâce aux travaux existants sur la pilule (Watkins, 1998; Marks, 2001; Silies, 2010; Ignaciuk, 2015) une chronologie des polémiques, notamment scientifiques, mais également militantes, autour des contraceptifs oraux, entre 1960 et 2000. Cela m'a permis de chercher ensuite dans mon corpus de presse si de telles polémiques avaient eu des échos dans l'espace public et médiatique, en complétant également par mon corpus de presse médicale spécialisée pour voir si ces polémiques étaient discutées dans le champ médical.

Enfin, la consultation d'archives de presse féministe à la Bibliothèque nationale de France (*Le Torchon Brûle*, revue du Mouvement de libération des femmes (MLF), publiée entre 1971 et 1973; publications et revue du MFPF, revue du mouvement « Choisir »), complétée par la consultation du Fonds MLAC au Centre d'archives du Féminisme à Angers ainsi que des archives personnelles communiquées par Michèle Ferrand m'ont permis d'identifier la manière dont la contraception était pensée par ces divers mouvements féministes et mouvements pour la liberté contraceptive et abortive, et si des débats avaient émergé autour des contraceptifs oraux.

La dernière section de ce chapitre discute des difficultés méthodologiques et des limites du présent travail.

14. Cette différence d'ouverture des archives de l'industrie pharmaceutique renvoie à une politique de conservation et de mise à disposition, par les firmes allemandes, de leurs archives, qu'elles justifient, à l'instar de Schering, comme une volonté de « racheter » leur participation à l'industrie de guerre nazie, en autorisant les chercheurs-euses à travailler cette mémoire.

1.3.2 Les illusions perdues : difficultés et limites méthodologiques

L'abondance des sources : trier, ou comment renoncer à l'illusion d'exhaustivité

La première difficulté de ce travail, commune aux sociologues qui s'aventurent dans les archives et aux historiens qui font de l'histoire contemporaine, a été de faire face à la très grande profusion de matériaux, notamment de contenus numérisés, mais aussi de très grands nombres de fonds dont la numérisation des sommaires les rend plus accessibles et plus facilement identifiables. Plutôt que d'identifier des traces rares ou peu accessibles, il s'est donc agi de se frayer un chemin dans des corpus toujours plus abondants et d'identifier la pertinence de certaines sources. Il a fallu à partir de là échapper à l'impasse de « tout consulter », dans un contexte de surabondance d'archives (Grandi et Ruiz, 2012), et faire de nombreux aller-retours entre mes différents corpus pour y repérer une cohérence non seulement chronologique, mais aussi sémantique.

J'ai tâché pour cela de faire preuve de toute la créativité méthodologique que des chercheur·e·s comme les historiennes Claire Lemercier et Claire Zalc, ou avant elles le quantitatifiste et ergonome canadien Edward Tufte, ont pu m'inspirer (Tufte, 1983; Lemercier et Zalc, 2007). Dans cette perspective, j'ai porté une attention particulière à la synthèse graphique de nombreuses données d'archives, considérant que l'image peut, au même titre que les mots, avoir une valeur démonstrative et donner à voir les résultats d'une recherche (Tufte, 1983; Sousanis, 2015).

La difficulté d'enquêter sur quatre types d'acteurs·trices sur quarante ans

La deuxième difficulté que j'ai rencontrée lors de ce travail renvoie à mon ambition d'enquêter sur plusieurs types d'acteurs·trices, sur quatre décennies. Si je reste convaincue à l'issue de ma recherche que cela m'a permis de mettre au jour des phénomènes de circulation des normes entre différents espaces *a priori* relativement cloisonnés, cela s'est également accompagné d'une posture inconfortable tout au long de la thèse : celle d'avoir sans cesse l'impression de ne pas suffisamment maîtriser la littérature d'un champ précis, ou de devoir laisser de côté des matériaux qui auraient pu être intéressants, voire de devoir renoncer à investiguer certains fonds ou espaces sociaux, ou d'étudier certain·e·s acteurs·trices. Si j'ai peu souvent eu l'impression d'une saturation de ma collecte de données, propre aux travaux se concentrant sur un champ unique, j'ai en revanche eu

Étudier la mise en place d'une norme : cadre théorique et méthodologie de la thèse

souvent l'agréable étonnement de trouver de nombreuses correspondances entre les différents espaces et acteurs·trices étudié·e·s.

Suivre les traces de ces différent·e·s acteurs·trices sur quatre décennies m'a également conduit à me focaliser sur des matériaux disponibles sur de longues périodes, comme les corpus de presse et de revues ou le *Dictionnaire Vidal*, et à porter une attention particulière à la notion de *trajectoire* : trajectoire des individus, mais également trajectoire des objets, des idées, des pratiques et des représentations. De ce point de vue, les enquêtes démographiques ou sociologiques répétées dans le temps ont également constitué un matériau précieux.

Un travail situé sur une période plus restreinte (Sanseigne, 2019) m'aurait sans doute amené à affiner certaines hypothèses ou donner davantage de densité ethnographique à certaines trajectoires ou certains groupes d'acteurs·trices. Mais ce parti-pris pour un cadre chronologique large m'a permis de voir comment se construit et se perpétue une norme pendant plusieurs décennies, jusqu'à ce qu'elle devienne si évidente qu'on en oublie son histoire. Ce sont les ressorts de cette dés-historicisation que j'ai cherchés ici à mettre au jour.

Difficultés d'articuler le niveau micro, méso et macro

L'analyse de l'arène contraceptive permet de rendre compte de logiques de groupes d'acteurs·trices, et de donner une vision méso et macro du façonnement d'une norme et de représentations autour d'un objet technique et médical. Mais pour rendre compte des dynamiques de ces différents groupes et des luttes pour imposer telle ou telle norme de consommation, de prescription, il est utile de se pencher, à l'instar de ce que propose l'analyse bourdieusienne, sur les trajectoires des acteurs dans les différents champs. Si cette thèse n'a la prétention d'être exhaustive ni dans l'analyse des champs, ni dans celles des trajectoires de ses acteurs·trices, mettre en lien ces trajectoires individuelles avec l'évolution des pratiques contraceptives ou prescriptives au niveau plus macro peut permettre de faire émerger ce lien analytique entre enjeux individuels et enjeux collectifs. Quand j'avais suffisamment d'éléments pour retracer ces trajectoires, je me suis efforcée de les mobiliser de les mettre en lien avec les dynamiques plus générales de chaque champ de l'arène contraceptive.

Ce premier chapitre a permis de définir le cadre théorique et méthodologique de la thèse, en proposant une manière d'étudier la genèse de la norme contraceptive française, entre les années 1960 et les années 2000, et de mettre au jour sa constitution comme évidence. Afin d'historiciser cette évidence, le chapitre suivant retrace la progressive centralité de la pilule dans les pratiques contraceptives en France, ainsi que dans les représentations médiatiques et médicales.

Chapitre 2

La centralité de la pilule contraceptive en France : questionner l'évidence

Ce chapitre analyse la mise en place historique d'une centralité de la pilule comme moyen contraceptif en France, tant dans les pratiques et représentations des usager·e·s et des prescripteur·e·s, que dans les discours médiatiques portant sur cet objet. Ce faisant, il vise à montrer que cette évidence n'est pas une évolution naturelle, et qu'elle a été au contraire construite historiquement, non à l'arrivée du produit sur le marché français, mais dans les décennies suivantes. L'enjeu scientifique est important, puisqu'il s'agit de rompre avec une vision téléologique du triomphe de la pilule qui s'expliquerait par sa seule supériorité technologique sur les autres méthodes. Cette vision, souvent portée par une partie des acteurs·trices que j'étudie dans ma thèse, n'explique pas comment se met en place cette centralité, comment elle est légitimée auprès de différent·e·s acteurs·trices, et comment elle s'impose comme une évidence. Enfin, elle ne permet pas d'expliquer pourquoi cette construction spécifique au contexte français ne se retrouve pas nécessairement dans d'autres pays. Opérer dans un premier temps ce double décentrage, historique et géographique, permet d'envisager dans la suite de cette thèse le rôle de différent·e·s acteurs·trices de l'arène contraceptive française dans la production de cette évidence.

Ce chapitre retrace tout d'abord l'évolution du recours à la pilule en France entre 1960 et les années 2010, afin de rendre compte de la centralité de la pilule dans les pratiques contraceptives¹. Il s'agit en fait d'arriver à situer dans le temps

1. La thèse se centre principalement sur les années 1960 à 2000. Néanmoins, prendre en compte l'évolution des pratiques jusqu'à une période plus récente peut permettre de mettre en relief les spécificités de la période que j'étudie, notamment du fait des remises en cause récentes

ce que Nathalie Bajos et Michèle Ferrand ont appelé la « norme contraceptive » française (Bajos et Ferrand, 2004). Selon les auteures, cette norme, décrite au début des années 2000, se caractérise par un recours au préservatif en début de vie sexuelle, souvent conjointement à la pilule, puis par l'utilisation de la pilule lorsque les individus entrent dans une relation stable, et enfin par l'usage du DIU une fois que le nombre d'enfants souhaité est atteint. Cette norme accorde ainsi une place importante à la pilule, ainsi qu'au DIU, considéré comme un relais de la première. Le préservatif, lui, est principalement considéré comme un moyen préventif plus que contraceptif, la pilule étant en fait souvent, à partir de la fin des années 1980, combinée à son usage (Rossier *et al.*, 2004). Ce chapitre s'appuie sur les données et principales conclusions des grandes enquêtes nationales sur les pratiques contraceptives réalisées des années 1970 aux années 2010, ainsi que sur les matériaux d'archives collectés et les entretiens pour la période allant de 1960 à 1970. À partir de l'analyse critique de ces enquêtes et des cadres légaux qui entourent l'évolution du recours contraceptif, on peut voir que la centralité de la pilule dans les pratiques contraceptives se met en place très lentement et très progressivement au cours des années 1970 et 1980, et s'accroît dans les années 1990. Nous verrons également le rôle dévolu aux autres méthodes dans ce modèle contraceptif.

Une deuxième section cherche à comprendre la centralité de la pilule dans l'espace médiatique, en avançant non plus seulement l'idée de la pilule comme « évidence », mais en définissant ce que j'appelle le pilulocentrisme, c'est-à-dire un biais de perception de la contraception au travers de l'objet pilule. Pour cela, je m'appuie sur une analyse qualitative et quantitative de divers supports de presse, afin de retracer les représentations médiatiques des contraceptifs oraux, dans un corpus plus large portant sur la contraception. Au travers d'une analyse chronologique, je montre qu'un discours médiatique sur la pilule contraceptive n'émerge qu'à partir de 1965, mais que la pilule devient très rapidement synonyme de contraception, jusqu'à marginaliser les autres méthodes dans la presse. Malgré des polémiques qui émergent ponctuellement sur les risques des contraceptifs oraux, la pilule est construite durablement comme la solution évidente à toute une série de problèmes sociaux (espacement des naissances, avortement, liberté de la sexualité), jusqu'à devenir, jusqu'aux années 2000, une non-controverse.

Enfin, la dernière partie de ce chapitre s'interroge sur la centralité de la pilule dans les pratiques prescriptives. Sans chercher à ce stade à expliquer cette centralité², il s'agira à partir de plusieurs types de matériaux, de mettre en

du modèle contraceptif français mis en place entre 1960 et 2000.

2. Ce sera l'objet des parties II et III de cette thèse.

évidence un biais prescriptif en faveur de la pilule qui est lui-même construit historiquement. Ce pilulocentrisme de la prescription interroge au regard de deux objectifs revendiqués par les pouvoirs publics, par les mouvements féministes, comme par les instances de santé publique et par les prescripteurs·trices eux·elles-mêmes : favoriser l'accès au choix contraceptif d'une part, et augmenter l'efficacité de la régulation des naissances d'autre part.

2.1 Une centralité dans les pratiques. Retour historique sur la diffusion de la pilule contraceptive en France

La vision contemporaine de la pilule tend à suggérer que la pilule a été inventée, puis qu'elle a immédiatement constitué une révolution pour les femmes³. Or, les premières générations de pilules sont mises sur le marché américain en 1960, et sur le marché européen en 1961. Si certains produits circulent en France avant l'autorisation légale de la contraception en 1967 (et son application en pratique entre 1968 et 1972), la généralisation du recours à la pilule est en fait beaucoup plus tardive (fin des années 1970 et début des années 1980). Retracer l'évolution des pratiques contraceptives permet de rendre compte finement des temporalités de diffusion de nouvelles technologies contraceptives. Cela permet en outre de sortir de la vision d'une technologie qui se diffuserait d'elle-même, avec sa propre capacité d'action et en autonomie par rapport aux différentes sphères sociales qu'elle affecte. Je souhaite montrer qu'au contraire, la diffusion de cette technologie s'est faite non seulement au gré des avancées juridiques et politiques en matière contraceptive, mais également par la promotion de ce type de produit auprès de plusieurs générations d'usagères.

3. A.-A. Epis de Fleurian, « Contraception : l'histoire de la pilule en France », *Doctissimo Santé*, 19 avril 2018, <https://www.doctissimo.fr/html/dossiers/contraception/articles/10438-contraception-pilule-40-ans.htm>, [consulté le 29 octobre 2019] ; F. Drouelle, « 1967, la pilule, enfin », émission France Inter, 22 mai 2018, <https://www.franceinter.fr/emissions/affaires-sensibles/affaires-sensibles-22-mai-2018> [consultée le 9 août 2018] ; D. de Lamarzelle, « L'histoire de la pilule qui nous a permis d'être les égales des hommes », *Marie Claire*, 2017, <https://www.marieclaire.fr/,pilule-revolution-sexuelle-feminisme-saga,836844.asp> [consulté le 29 octobre 2019].

2.1.1 Les pratiques contraceptives avant le vote de la loi Neuwirth : une utilisation en marge de la loi

Plusieurs travaux sur l'histoire de la contraception en France portent sur la période qui précède son interdiction par la loi de 1920 contre la « prophylaxie anticonceptionnelle » (Cahen, 2009; Accampo, 2003; Pedersen, 1996). Cette loi, votée au sortir d'une guerre mondiale très douloureuse pour la démographie française, interdit toute publicité, vente et prescription de produits contraceptifs⁴. De fait, la condamnation morale qui accompagnait la limitation des naissances et le recours à l'avortement dès le début du XIX^e siècle n'a pas empêché une chute importante de la fécondité des femmes en France à cette période, ce que le démographe H. Leridon qualifie de « première révolution contraceptive » (Leridon, 1987, p. 359-67). De nombreux travaux historiques mettent en lumière l'importance aussi bien du retrait que de l'avortement dans la régulation des naissances, avant le vote de la loi de 1920 comme après l'interdiction contraceptive, et ces méthodes sont largement utilisées par les couples jusqu'aux années 1960. D'autres produits et objets, tels que des produits spermicides divers vendus en pharmacies, ou par correspondance, des tests de grossesses, des calendriers Ogino, des préservatifs et des diaphragmes, font partie de la panoplie des techniques utilisées par les couples pour réguler les naissances malgré l'interdiction légale⁵.

À partir de la fin des années 1950 et du début des années 1960, de nombreux débats émergent sur la libéralisation de la contraception (Pavard, 2012c). Ces débats débouchent sur le dépôt de projets de loi visant à légaliser la vente, la distribution et la promotion des différentes méthodes contraceptives, et sont largement relayés dans la presse quotidienne et féminine au milieu des années 1960 (Pavard, 2007, 2009a).

Au sein de ces débats se manifestent des oppositions religieuses et morales à la libéralisation de la contraception, venant notamment des institutions religieuses (Rochefort, 2007), mais aussi portées par d'autres acteurs·trices, comme les membres du gouvernement ou des médecins à la tête d'instances représentatives de la profession médicale. Les débats portent également sur des inquiétudes démographiques de dépopulation (De Luca Barrusse, 2018). Plusieurs démographes bien représentés au sein de l'Institut national d'études démographiques (Ined)

4. Pour une liste des principales lois et principaux décrets et arrêtés régulant la contraception et l'avortement en France, entre 1920 et 2002, se reporter à l'annexe C.

5. La thèse en cours de Cyrille Jean porte précisément sur l'organisation du marché contraceptif clandestin en France dans les décennies qui précèdent la légalisation de la contraception. Voir également C. Jean, 2017, « Les instances de régulation pharmaceutiques et la lutte contre le marché illégal de la régulation des naissances (1945-1969) ». Séminaire États, institutions, sociétés, Journée d'étude Le Gouvernement des risques, CHSP, Sciences Po, Paris, 28 juin 2017.

soutiennent que l'abrogation de la loi de 1920 résultera en une chute drastique de la natalité. Les partisans de la régulation des naissances répondent à cela que dans tous les pays où la contraception a été libéralisée, il y a plutôt eu une augmentation qu'une baisse de la natalité. Certaines inquiétudes scientifiques sont soulevées (voir la section 2.2.), mais elles sont dans un premier temps minoritaires.

Parallèlement, des campagnes d'information sont menées par les centres du MFPPF (Pavard, 2012c, p. 55-61). Ainsi, les méthodes contraceptives sont de mieux en mieux connues au fil des années 1960 et 1970 par l'ensemble des personnes concernées, quoique inégalement selon leur appartenance sociale et les méthodes considérées. C'est ce que montrent les premières enquêtes de l'Ined et de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) sur la contraception en 1971 et 1978 : dès 1970, la pilule était connue de la quasi-totalité de la population ; le stérilet était connu par près de 60 % des femmes d'âge reproductif, de même que les capes et diaphragmes. Les méthodes dites « traditionnelles » (retrait, préservatif, abstinence périodique), elles, sont connues de plus de 80 % de la population en 1970 et de 96 % en 1978 (Leridon, 1987, tableau 1 p. 59).

Plusieurs des entretiens que j'ai réalisés permettent de rendre compte, du point de vue d'acteurs·trices impliqué·e·s dans la diffusion des techniques de contrôle des naissances en France, du cadre de disponibilité des méthodes avant la légalisation de la contraception en 1967. En effet, même si la loi de 1920 interdisait la prescription, la vente, et la publicités des moyens anticonceptionnels, de nombreux usages contournaient en fait la loi, et ce dès la fin des années 1950 et le début des années 1960. Certains contraceptifs, comme les pilules, les diaphragmes, les spermicides ou encore les DIU, étaient ainsi disponibles, au moyen de passeuses et de passeurs qui contournaient l'interdiction légale. Ainsi, comme l'explique Jacqueline Kahn-Nathan, ancienne gynécologue médicale et endocrinologue membre du MFPPF, ancienne cheffe de clinique à l'Hôpital Necker à Paris auprès de l'endocrinologue Albert Netter :

« La première publication de Pincus en anglais date de 1957, sur le blocage de l'ovulation par les œstro-progestatifs. (...) Et la première publication en France du travail de Pincus date de 60-61. (...) Chez Netter, on avait une fois par semaine une réunion de bibliographie. Et un jour y a une fille qui est arrivée avec l'article de Pincus (...) et Netter qui avait un nez très fin, a tout de suite vu que c'était très important. Mais on a disposé de pilules en France qu'en 61. (...) À partir de 1961, on a pu les prescrire et les femmes les achetaient en pharmacie. (...)

- *Mais donc c'était à des fins thérapeutiques que vous les prescriviez... ?*

- *Au début c'était sorti à des fins thérapeutiques, mais enfin c'était un peu déguisé. »*

(Jacqueline Kahn-Nathan, ancienne gynécologue médicale, ancienne cheffe de cli-

nique à l'Hôpital Necker dans le service d'Albert Netter, et spécialiste du DIU, entretien du 11 mars 2016 à son domicile)

Selon son souvenir, des pilules étaient prescrites dès 1961 en France, officiellement à des fins thérapeutiques, et l'élite hospitalo-universitaire parisienne dans le prestigieux service de gynécologie de l'Hôpital Necker avait connaissance des travaux de Gregory Pincus sur l'utilisation de progestatifs pour bloquer l'ovulation dès 1957. Toutefois, cette diffusion des contraceptifs oraux en marge de la loi demeure restreinte. Joëlle Brunerie, ancienne gynécologue médicale à Paris, ayant fait ses études de médecine à Nantes, ancienne militante au Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception (MLAC), et d'une vingtaine d'années plus jeune que J. Kahn-Nathan, se rappelle que lors de ses études de médecine dans les années 1960, on prescrivait peu les « bloqueurs de l'ovulation » à des fins contraceptives⁶. Selon elle, aux alentours de 1965, c'était plutôt le diaphragme qui était prescrit dans les centres de Planning familial. Henri Rozenbaum, gynécologue et endocrinologue ayant fait ses premiers travaux sur la pilule contraceptive, et ancien membre du collège médical du Planning familial, revient en effet sur les restrictions qui existaient à une prescription large de la pilule, notamment les risques auxquels s'exposaient les médecins qui contournaient la loi :

« Du coup avant 1967, les premières pilules étaient disponibles comme inhibiteurs de l'ovulation... ?

- Alors, en France, officiellement, l'indication de contraception n'existait pas dans l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Autrement dit, s'il y avait eu un procès, à la suite d'une phlébite ou quelque chose comme ça, il aurait fallu que le médecin se justifie en trouvant une indication, parce que sinon c'est ce qu'on appelle une prescription hors AMM. Une prescription hors AMM s'il vous arrive un accident, c'est grave parce que vous n'êtes même pas couvert par des assurances médicales. Des assurances professionnelles (...)

- Et avant les années 1970, durant votre internat et pendant vos premières années d'exercice, est-ce que vous aviez beaucoup de demandes de femmes pour des contraceptifs ?

- Ah oui ! Oui parce que comme j'étais connu à l'époque, il y avait mon nom dans la presse un peu partout etc. Il y avait ces femmes qui venaient me trouver, parce qu'elles savaient que chez moi (...) elles auraient un moyen contraceptif sans discuter. »

(Henri Rozenbaum, gynécologue médical, ancien membre du collège médical du Planning familial, entretien du 10 septembre 2016 à son domicile)

6. Entretien du 23 janvier 2017 à son domicile.

Ainsi, bien que des usages détournés de produits normalement prescrits à des fins thérapeutiques – les « bloqueurs de l’ovulation » ou « régulateurs du cycle menstruel » – existent, et que certain·e·s médecins contournent l’interdiction légale, ces usages détournés exposent les prescripteurs·trices à un risque, en cas d’accident lié au produit, de ne pas être couverts par les assurances professionnelles dans l’éventualité d’un procès.

Le DIU était également disponible au début des années 1960, auprès de certain·e·s médecins du Planning familial, comme J. Kahn-Nathan ou Pierre Simon, qui possédaient des contacts avec des fondations américaines leur permettant d’importer un produit non commercialisé en France, et ce, une dizaine d’années avant la parution des décrets d’application permettant sa mise sur le marché (voir 2.1.2. ci-dessous). C’est ce que relate J. Kahn-Nathan :

« En 1960 il y a eu un congrès à New York sur le DIU. Et à ce moment-là, j’étais cheffe de clinique chez Netter [à l’hôpital Necker] (...) Nous avons été, à la suite de la visite de Netter à New York, inscrits dans un plan d’aide (...) d’une fondation américaine chargée des problèmes de contraception, de la fondation Ford. Et ils se sont mis en rapport avec moi, et ils m’ont proposé de participer à une étude internationale, et ce moyennant quoi ils m’ont donné le matériel nécessaire alors qu’il n’était pas du tout commercialisé en France. Donc on a eu quelques années en avance, et ça s’est passé, je pense... vers 1961 (...) La [Fondation] me les envoyait régulièrement. On les recevait en bloc, on les stérilisait, et on avait un inserteur pour vingt stérilets, alors que maintenant c’est en étui tout préparé.

- *C’était lesquels, c’étaient ceux en forme de S, ou ceux en forme de spirale ?*

- C’étaient des loop de Lippes, comme ça [*elle dessine une spirale*], avant y avait des boucles de Margulies (...) Et donc on a bénéficié du matériel nécessaire. Parce que le médecin de ville qui disposait que de la pharmacie où il fallait écrire à Londres pour faire venir un stérilet, c’était pas pratique, tandis que moi je les recevais par paquets. »

(Jacqueline Kahn-Nathan, ancienne gynécologue médicale, ancienne interne d’Albert Netter, et spécialiste du DIU, entretien du 11 mars 2016 à son domicile)

Ici encore, sans que cet exemple ne témoigne d’une diffusion large de ces produits, les propos de J. Kahn-Nathan révèlent que la pose de DIU était une pratique qui existait déjà en France au début des années 1960. Plusieurs entretiens relatent également la circulation, dès la fin des années 1950, de diaphragmes, prescrits par les médecins de la *Maternité Heureuse*, et commandés en Suisse ou en Grande-Bretagne⁷. Plusieurs travaux sur le Planning familial en France et en Angleterre

7. Jacqueline Kahn-Nathan, entretien du 11 mars 2016 à son domicile ; Joëlle Brunerie,

corroborent cette affirmation, en mettant l'accent sur le rôle de diffusion de cette méthode par les réseaux du Planning familial (Pavard, 2012c, p. 62-68) ou sur l'importance des circulations transnationales de savoirs et de savoir-faire entre ces deux pays (Rusterholz, 2019)⁸. Les préservatifs, quoique jamais interdits car utilisés pour prévenir la propagation des maladies vénériennes, étaient, selon plusieurs témoignages, très peu utilisés à des fins contraceptives⁹.

Ces témoignages suggèrent la situation de flou juridique existant avant la loi Neuwirth de 1967, où certaines méthodes contraceptives sont disponibles légalement (préservatifs), d'autres accessibles de manière détournée pour d'autres usages que contraceptifs (œstro-progestatifs), une partie encore non disponible à la vente mais néanmoins importée d'autres pays (diaphragmes, DIU, spermicides) ou fabriquée de manière semi-clandestine (spermicides), d'autres enfin utilisées par les couples sans passer par les médecins ou les pharmaciens (retrait, méthode Ogino-Knaus). Les méthodes de stérilisation enfin, qui ne sont pas encadrées légalement avant 2001, ne sont pas à strictement parler interdites. De fait, la ligature des trompes est utilisée occasionnellement avant 1967 à des fins thérapeutiques ou de prévention (Garcia, 2011, p. 163), tandis que la vasectomie n'est quasiment jamais utilisée (Giami et Leridon, 2000; Ventola, 2017)¹⁰. Ceci amène à considérer l'évolution législative amenée par la loi Neuwirth comme s'inscrivant dans un processus lent de libéralisation de la contraception, plutôt que comme une rupture nette et soudaine avec la situation qui prévalait jusqu'alors. Car, d'une part, il n'a pas fallu attendre la loi Neuwirth pour que circulent des contraceptifs en France et, d'autre part, le vote de cette loi en 1967 ne s'est pas immédiatement traduit par la légalité des produits auparavant interdits, comme le montre la section suivante.

2.1.2 Évolution du cadre légal et campagnes en faveur de la contraception : des politiques publiques à l'appui de la diffusion des contraceptifs médicaux

Au terme d'un long combat militant porté par les membres du MFPPF¹¹ (Pavard, 2012c), la loi Neuwirth vient abroger le 29 décembre 1967 l'ancienne loi de 1920

entretien du 23 janvier 2017 à son domicile.

8. Ces différents aspects seront davantage détaillés dans le chapitre 3, analysant le rôle des expert·e·s médicaux·ales dans la diffusion des techniques contraceptives en France.

9. Joëlle Brunerie, entretien du 23 janvier 2017 à son domicile; Dr P. Simon, 1966, *Le contrôle des naissances. Histoire - Philosophie - Morale*, Paris, Petite bibliothèque Payot, p. 192.

10. Elle reste très peu utilisée aujourd'hui en France, contrairement à d'autres pays, comme en Angleterre ou au Canada (Ventola, 2017).

11. Je reviens plus en détail sur ces travaux et sur la teneur des débats, et leur traduction médiatique, dans la section 2.2. de ce chapitre.

qui interdisait la vente, la publicité et la distribution de tout produit à visée anticonceptionnelle (voir encadré 2.1 pour une liste des lois, décrets, et arrêtés sur la régulation des naissances entre 1967 et 1974). Cette nouvelle loi instaure le carnet à souche pour les contraceptifs oraux¹², la nécessité d'une autorisation parentale pour la délivrance des contraceptifs aux mineur·e·s, et ne précise pas de conditions de remboursement des contraceptifs. Toutefois, cette loi laisse en suspens la question des conditions de mise sur le marché des produits et de leur délivrance puisque chaque article de la loi est renvoyé à « un règlement d'administration publique [qui] détermin[e] les modalités d'application du présent article »¹³. Bien que la loi précise que « les règlements d'administration publique doivent être publiés au plus tard dans les six mois qui suivent la promulgation de la présente loi », ces règlements d'administration ne paraissent qu'assez tardivement, entre 1969 et 1972. L'historienne Sophie Chauveau (2003) revient dans un article très souvent cité sur ce qu'elle a appelé « les espoirs déçus de la loi Neuwirth ». Elle propose des pistes d'explications sur la lenteur de publication des décrets d'application de cette loi, que l'on retient souvent comme une loi de libéralisation de la contraception, alors qu'elle reste assez vague, et beaucoup plus restrictive que le projet initial déposé par Neuwirth et que la future loi Veil de 1974 sur la régulation des naissances. Selon S. Chauveau, si la loi Neuwirth ouvrait la possibilité d'une réelle libéralisation et diffusion de la contraception, la lenteur de parution des décrets d'application trahit les attentes des partisans de cette nouvelle législation. Elle attribue cette lenteur à une administration zélée qui témoigne de ses réticences médicales vis-à-vis de produits sur lesquels on a peu de recul au milieu des années 1960, mais également à des oppositions morales. En effet, l'historienne remarque qu'un tel zèle n'est pas déployé pour d'autres produits médicaux, comme le diéthylstilbestrol, qui sera pourtant interdit à la vente quinze ans plus tard du fait de ses effets secondaires néfastes sur la descendance des femmes ayant consommé ce produit. L'auteure voit dans cette relative hostilité des pouvoirs publics vis-à-vis de moyens contraceptifs offrant aux femmes les moyens d'une maîtrise de leur fécondité une forme de pouvoir local exercé par une administration qui ne se situe pas idéologiquement dans la lignée des hommes et femmes politiques qui ont fait voter la loi. Enfin, ce flottement résulte des difficultés à définir une nouvelle catégorie de produits pharmaceutiques, non plus seulement à visée curative, mais à visée de bien-être

12. La prescription et la délivrance de contraceptifs oraux est conditionnée à la délivrance par le médecin d'un bon tiré d'un carnet à souche, en plus de l'ordonnance. Cette pratique censée « éviter les abus » est utilisée généralement pour la délivrance de médicaments dangereux ou addictifs.

13. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique, articles 2 à 6.

social et familial.

Un décret important, mais peu souvent commenté et laissé de côté par l'analyse ci-dessus, est le décret du 13 juin 1968¹⁴, qui institue le déremboursement des médicaments hormonaux susceptibles d'être utilisés à des fins non thérapeutiques. En effet, certains produits œstro-progestatifs pouvant être utilisés à visée contraceptive étaient parfois utilisés à des fins thérapeutiques, d'où leur prise en charge par l'assurance maladie. Ce décret précise ainsi le statut exceptionnel des médicaments non thérapeutiques que sont les contraceptifs. Les décrets du 3 février 1969¹⁵ précisent les conditions de fabrication et de distribution des contraceptifs, et règlementent l'utilisation du carnet à souche. Chose importante, ces décrets instituent les contraceptifs autres que les pilules et DIU comme étant des produits en vente libre, et non des médicaments devant passer par une prescription médicale. Un arrêté daté du même jour précise les produits qui font l'objet d'un déremboursement. Ainsi, en 1969, les décrets qui paraissent font des contraceptifs oraux une catégorie de contraceptifs à part dont l'utilisation est très strictement règlementée, et qui ne doivent pas faire l'objet d'un remboursement. Ce n'est qu'en 1972 que paraîtront les décrets règlementant les conditions d'utilisation des dispositifs intra-utérins¹⁶. Ces règlements administratifs définissent des conditions très restrictives d'accès aux dispositifs intra-utérins, plus restrictives que les pratiques alors en vigueur, notamment dans les cabinets de spécialistes ou auprès des médecins du MFPPF. Les insertions ne peuvent être pratiquées que dans des centres agréés par la préfecture (centres hospitaliers publics ou privés ou consultations spécialisées d'orthogénie), s'ils peuvent justifier de posséder les installations et appareils définis par arrêté ministériel. Ainsi l'insertion ne peut plus se faire en cabinet privé ou en exercice libéral plus généralement, sauf dans des cas exceptionnels et réclamant un investissement matériel et administratif important de la part des professionnel·le·s de santé souhaitant la pratiquer. Le décret exclut également les non spécialistes de cette pratique. La loi Neuwirth instaure aussi les conditions d'un monopole médical sur la prescription de certains moyens contraceptifs. Les contraceptifs oraux, les DIU et les diaphragmes relèvent ainsi de la seule prérogative médicale,

14. Décret n° 68-544 du 13 juin 1968 complétant le décret n° 67-441 du 5 juin 1967 relatif aux conditions de remboursement des médicaments aux assurés sociaux.

15. Décrets n° 69-104 et n° 69-105 du 3 février 1969 portant règlement d'administration publique pour l'application de certaines dispositions de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique (p. 1235).

16. Décret n° 72-180 du 7 mars 1972 portant application du quatrième alinéa de l'article 3 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique ; Arrêté du 2 avril 1972 fixant les conditions techniques requises des établissements et cabinets médicaux pour l'insertion des contraceptifs intra-utérins. (J.O. 26 avril 1972).

ENCADRÉ 2.1 – Loi Neuwirth (1967) et Loi Veil (1974) sur la régulation des naissances : liste des lois, décrets et arrêtés

- **Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967** relative à la régulation des naissances : instaure le carnet à souche, la nécessité d'une autorisation parentale pour les mineures, le non remboursement de la contraception. La publicité pour les contraceptifs reste interdite, sauf dans les revues médicales.
- **Décret n° 68-544 du 13 juin 1968** complétant le **décret n° 67-441 du 5 juin 1967** relatif aux conditions de remboursement des médicaments aux assurés sociaux : dérembourse les produits qui peuvent être utilisés à des fins contraceptives
- **Décrets n° 69-104 et n° 69-105 du 3 février 1969** portant règlement d'administration publique pour l'application de certaines dispositions de la **loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967** : le décret 104 précise les conditions de fabrication et de distribution des contraceptifs, et définit les contraceptifs autres que pilules et DIU comme étant des produits en vente libre. Le décret 105 régleme les carnets à souche.
- **Arrêté du 3 février 1969** portant inscription sur un tableau spécial de certains médicaments susceptibles d'être utilisés à des fins contraceptives : précise les produits qui font l'objet d'un déremboursement.
- **Arrêté du 23 mai 1969** relatif aux demandes d'agrément prévus par le **décret n° 69-104 du 3 février 1969** portant application de la **loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967** : précise les conditions de demandes d'agrément des centres de Planning familial.
- **Décret n° 72-180 du 7 mars 1972** portant application du quatrième alinéa de l'article 3 de la **loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967** : précise les conditions d'insertion des contraceptifs intra-utérins, soit uniquement dans un établissement hospitalier qui possèdent un service de gynécologie ou de maternité pouvant justifier de la possession d'une liste de matériels précisés par arrêté ministériel, ou en cabinet privé si les médecins peuvent justifier de posséder lesdites installations.
- **Arrêté du 2 avril 1972** fixant les conditions techniques requises des établissements et cabinets médicaux pour l'insertion des contraceptifs intra-utérins : précise le matériel nécessaire afin de pouvoir obtenir l'autorisation d'insérer des contraceptifs oraux.
- **Décret n° 72-318 du 24 avril 1972** portant application de l'article 4 de la **loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967** : sur les établissements de conseil, d'éducation et centres de planning familial. Ceux-ci ne doivent poursuivre aucun but lucratif. Ils ne peuvent pas réaliser de consultations ou d'interventions en vue de régulariser les naissances ni délivrer des contraceptifs (gratuitement ou non). Leur ouverture est subordonnée à un agrément administratif préalable par le ministre de la santé publique et de la Sécurité sociale.
- **Arrêté du 5 novembre 1972** relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale : précise les pièces à apporter au dossier pour les demandes d'agrément comme centre de planification familiale.
- **Loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974** portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances : institue le remboursement des contraceptifs (tous, en théorie), autorise les centres de planning familial à distribuer gratuitement des produits, autorise la prescription de contraceptifs à des mineur.e-s sans autorisation parentale, intègre l'ensemble des « produits, médicaments ou objets contraceptifs » dans le dispositif de régulation par demande d'autorisation de mise sur le marché accordée par le ministre chargé de la santé publique. La loi précise également l'obligation légale d'une formation à la régulation des naissances pour les médecins.

tandis que les autres méthodes ne rentrent pas dans le cadre d'une prescription. Finalement, le cadre législatif progressivement défini entre 1967 et 1974 se révèle assez restrictif, et plusieurs mesures freinent l'accès aux méthodes, parmi lesquelles le carnet à souche (pour la délivrance des pilules), les conditions restrictives de pose des dispositifs intra-utérin (DIU), et le non remboursement ou déremboursement des divers dispositifs contraceptifs.

La loi Veil du 4 décembre 1974 élargit drastiquement les conditions d'accès aux différentes méthodes, et marque les débuts d'une réelle politique publique en matière contraceptive. Cette loi institue en effet le remboursement des contraceptifs¹⁷, autorise les centres de planning familial à distribuer gratuitement des produits, et intègre l'ensemble des « produits, médicaments ou objets contraceptifs » dans le dispositif de régulation par demande d'autorisation de mise sur le marché accordée par le ministère chargé de la santé publique. Elle élargit également la prescription des contraceptifs aux mineures (moins de 21 ans, à l'époque) sans autorisation parentales. Comme le montre la section suivante de ce chapitre, cette loi correspond, en termes de pratiques contraceptives, à un moment important de diffusion des méthodes les plus récentes de contraception, à savoir les pilules et les DIU, qui deviennent, dans les décennies qui suivent, les deux méthodes majoritairement utilisées.

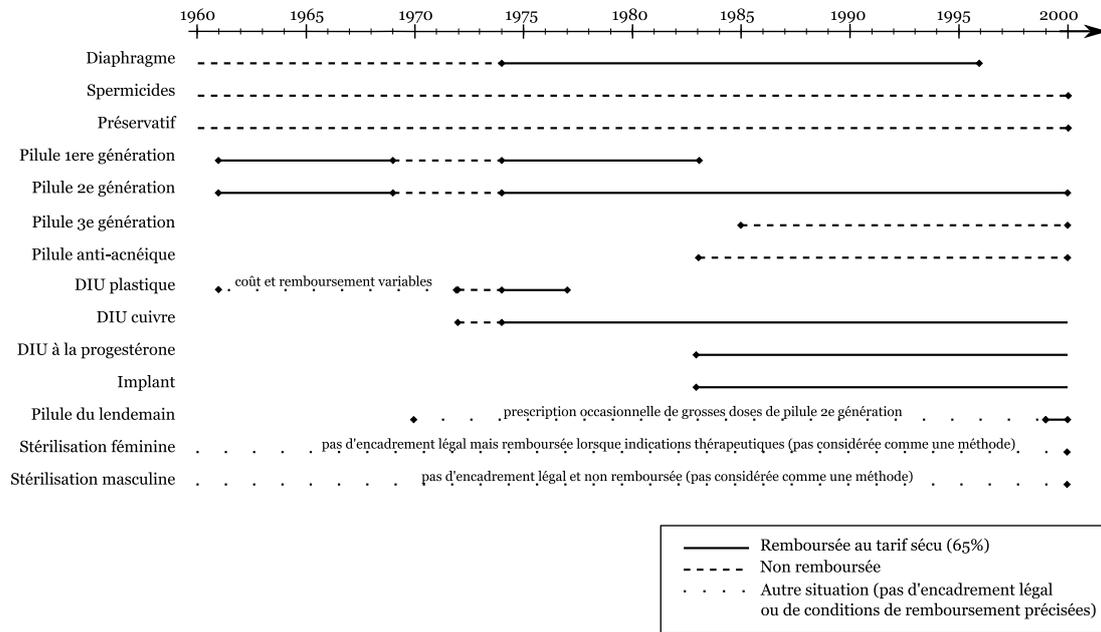
La figure 2.1 résume les informations issues des archives sur la disponibilité et le remboursement des différentes méthodes contraceptives¹⁸, recoupées par les données récoltées en entretiens sur la circulation des méthodes avant la loi Neuwirth (voir 2.1.1. ci-dessus). Cette figure permet d'aborder la diffusion de la contraception en France, non pas, sous l'angle historiographique plus classique de l'évolution législative, mais sous l'angle de la disponibilité et de la circulation effective des méthodes. Cela permet de confirmer l'idée que la libéralisation de la contraception en France est un processus lent qui s'étend entre les années 1950 et le milieu des années 1970, plutôt que de se focaliser sur la seule loi Neuwirth comme une rupture chronologique nette légalisant la contraception en France.

Toutefois, si la loi Veil de 1974 institue un remboursement de droit des contraceptifs, ce remboursement n'est pas mis en place dans les faits pour toutes les

17. À 70 % puis à 65 %, au même titre que les autres médicaments.

18. J'ai notamment utilisé le *Dictionnaire Vidal*, dictionnaire des spécialités médicales, publié et mis à jour chaque année depuis les années 1960, et utilisé par les professionnels de santé pour obtenir des précisions sur un produit pharmaceutique. Figurent dans ce dictionnaire la composition des produits, leurs indications et contre-indications, leur prix et leurs conditions de remboursement. Consulter les différentes éditions de ce dictionnaire entre 1960 et 2000 m'a permis d'identifier l'apparition et la disparition de différents produits sur le marché contraceptif français sur cette période. Pour plus de précision, se référer au chapitre 6, qui traite spécifiquement de cette thématique.

FIGURE 2.1 – Disponibilité et remboursement des méthodes contraceptives (1960-2000)



Sources : Données établies à partir du *Dictionnaire Vidal*, éditions de 1960 à 1999, recoupées avec les données recueillies en entretien.

méthodes. La mise sur le marché d'un nouveau médicament ou dispositif pharmaceutique nécessite en effet, outre la demande d'Autorisation de mise sur le marché (AMM), la négociation entre la firme pharmaceutique qui demande l'AMM, et les pouvoirs publics sur le prix du produit et son remboursement¹⁹. Si ces deux acteurs-trices ne parviennent pas à se mettre d'accord sur un prix et un taux de remboursement, la firme peut pratiquer un prix libre sans que le produit soit remboursé. Le remboursement nécessite donc que la firme accepte une éventuelle baisse de son prix pour correspondre au prix proposé par la commission de remboursement, mais nécessite également une volonté des pouvoirs publics de rembourser les produits et dispositifs qu'ils jugent importants. À ce titre, la plupart des pilules oestro-progestatives et progestatives et des dispositifs intra-utérins au cuivre, de même que les diaphragmes, ont fait l'objet d'un remboursement dès la fin des années 1970. Les produits spermicides et les préservatifs, au contraire, n'ont jamais été remboursés, ce qui est révélateur d'une hiérarchie entre les différentes méthodes établie par les pouvoirs publics.

En outre, les pilules dites de troisième génération, qui arrivent sur le marché à

19. Les laboratoires pharmaceutiques ont pour partie intérêt à ce que leurs produits soient remboursés, car cela constitue une garantie que ces produits soient consommés très largement, puisque largement subventionnés par la Sécurité sociale. Cela nécessite toutefois d'accepter de baisser le prix du produits.

la fin des années 1980 (voir chapitre 6), ne font pour la plupart pas l'objet d'un remboursement. Mylène Rouzaud-Cornabas montre en effet dans sa thèse que les laboratoires pharmaceutiques ont refusé, à la fin des années 1980 et au début des années 1990, les niveaux de prix proposés lors de la demande d'AMM et de remboursement, et ont jugé plus avantageux de pratiquer des prix libres (Rouzaud-Cornabas, 2019, p. 168-72). Elle analyse la manière dont plusieurs acteurs·trices institutionnel·le·s, notamment le MFPPF, une partie des prescripteurs·trices, et le secrétariat d'État au droit des femmes, se sont mobilisé·e·s, dès 1991 puis de nouveau à la fin des années 1990, pour réclamer le remboursement de ces nouvelles générations de produits, dont quelques marques seulement étaient prises en charge par la Sécurité sociale. Cette mobilisation s'est faite au nom d'un principe d'égal accès à la contraception, ces différent·e·s acteurs·trices jugeant que le non remboursement de ces nouveaux produits créait une inégalité sociale et économique. Il est intéressant de noter, comme le fait M. Rouzaud-Cornabas, que la défense du remboursement des méthodes se fait exclusivement autour des méthodes médicales que sont les pilules de nouvelles génération, et les dispositifs intra-utérins, dont certains ne sont pas remboursés. La rhétorique de l'accès universel à la contraception est donc pensée dans les années 1990 principalement en lien avec les méthodes médicales, et particulièrement avec les pilules, les autres méthodes non remboursées ne faisant pas l'objet d'une telle mobilisation. Ces politiques de remboursement selectives des contraceptifs soutiennent ainsi en creux une politique contraceptive orientée vers la médicalisation de la contraception.

Enfin, il faut noter le rôle des campagnes nationales d'information sur la contraception dans la diffusion des méthodes contraceptives en France. La première campagne d'information sur la contraception est lancée en 1981-82 par Yvette Roudy, ministre des droits de la Femme nommée par François Mitterrand après son élection en 1981. Six mois après la création de ce ministère, Yvette Roudy lance une campagne d'information auprès du grand public sur les méthodes contraceptives. Cette campagne est tout particulièrement axée sur la notion de choix contraceptif, avec le slogan « Aujourd'hui, chaque femme doit pouvoir choisir ». La campagne réaffirme, dans la tradition portée par le MFPPF, la nécessité d'une large information sur la contraception afin de lutter contre l'avortement et les grossesses non prévues, porteur et porteuses de « drames familiaux et professionnels »²⁰. Le dispositif de campagne prévoit des spots télévisés, des dépliants dans les bureaux de poste et les mairies précisant les horaires et adresses des 1413 centres d'information et de planification, et la mise à disposition d'une boîte postale du Ministère des

20. Y. Roudy, lettre d'intention de la Campagne nationale d'information sur la contraception, Paris, le 17 novembre 1981, CAF, Fonds Yvette Roudy, 5 AF 81.

droits de la femme pour s'exprimer sur la campagne et sur les conditions d'accueil dans les structures existantes. La campagne est particulièrement orientée vers des catégories spécifiques de la population, dont les enquêtes ont révélé qu'il s'agissait des catégories qui recourraient le moins à la contraception, et notamment aux méthodes médicales : les jeunes, les femmes rurales, les travailleuses, les femmes migrantes et les Françaises d'outre-mer font ainsi l'objet d'une attention particulière.

Cette campagne d'information est intéressante à plusieurs titres. D'une part, elle révèle l'incorporation d'une partie de l'argumentaire des mouvements féministes des années 1970 sur la libre disposition de son corps, et sur la nécessité de favoriser une autonomie sexuelle des femmes, en respectant leurs choix contraceptifs²¹. D'autre part, elle est pensée quasi-exclusivement à destination des femmes, révélant par là le phénomène de féminisation de la contraception qui s'est opéré entre les années 1960 et les années 1980. Enfin, elle apparaît légèrement à contre-courant de la politique contraceptive effectivement pratiquée en France – ainsi que de l'expertise contraceptive (chapitre 3) – favorisant le recours aux méthodes médicales, en mettant particulièrement en avant la nécessité de proposer un véritable choix en favorisant l'information sur l'ensemble des méthodes contraceptives²².

Cette campagne a été rééditée en 1992, cette fois plus orientée sur un public jeune et une responsabilisation de leur sexualité (Rouzaud-Cornabas, 2019, p. 97). Malgré cela, elle semble avoir eu des conséquences limitées. La rhétorique du choix, mobilisée dans les instances représentatives du « féminisme d'État » (Bereni et Revillard, 2007) ne semble pas avoir eu d'impact fort sur une politique contraceptive plus spécifiquement orientée vers l'objectif de médicalisation de la contraception²³. C'est ce que révèle l'analyse des pratiques contraceptives.

21. Notons toutefois qu'une hiérarchie très nette est établie entre contraception et avortement, le deuxième n'apparaissant dans cette campagne d'information que sous l'angle d'un problème auquel seule la première peut remédier. L'avortement est ainsi présenté à plusieurs reprises comme devant être évité à tout prix. Ceci s'éloigne ainsi de la revendication de liberté de la contraception et de l'avortement porté par une partie des mouvements féministes dans les années 1970, notamment du MLF, des groupes MLAC ou même d'une partie des militantes du MFPPF. Le chapitre 9 revient plus en détail sur ces débats.

22. Notons cependant que si le programme de campagne mentionne l'ensemble des méthodes contraceptives alors disponibles (pilule, DIU, diaphragme, spermicides, préservatif masculin, méthodes des températures, coït interrompu et techniques de stérilisation), la brochure d'information finalement publiée n'en retient que cinq (préservatif, spermicides, diaphragme, pilules et DIU), évacuant les méthodes définitives et les méthodes d'auto-observation ou le retrait.

23. La rhétorique du choix sera toutefois reprise dans les campagnes d'information sur la contraception en 1999-2000, puis par les agences de santé publique au cours des années 2000.

2.1.3 De l'enquête de 1971 aux enquêtes Fecond 2010-2013 : une centralité progressive de la pilule dans les pratiques.

La première grande enquête démographique sur les pratiques contraceptives, l'enquête sur la régulation des naissances de l'Insee et de l'Ined, n'est réalisée qu'en 1971²⁴, soit assez tardivement par rapport à l'apparition sur le marché des premières molécules œstro-progestatives, ou même par rapport à la loi Neuwirth²⁵. Toutefois, grâce au travail du démographe Henri Leridon et de ses collègues entre 1971 et 2000, puis de Nathalie Bajos et ses collègues entre 2000 et 2013, on dispose de données sur les pratiques contraceptives recueillies de manière régulière (entre cinq et dix ans d'intervalle), et comparables d'une enquête à l'autre. Cela permet, des années 1970 aux années 2010, de décrire trois phénomènes importants dans l'évolution des pratiques contraceptives : premièrement, le fait que la diffusion de la contraception en France est passée par sa médicalisation ; en second lieu, la centralité progressive de la pilule contraceptive, et dans une moindre mesure du DIU, dans les pratiques contraceptives, renvoyant à la mise en place historiquement située de la norme contraceptive française ; enfin, le fait que cette norme contraceptive semble plus particulièrement concerner certaines générations de femmes, ce que révèle l'analyse des effets d'âge, de génération, et de période qui affectent l'évolution des pratiques entre 1970 et 2010.

Diffusion et médicalisation de la contraception

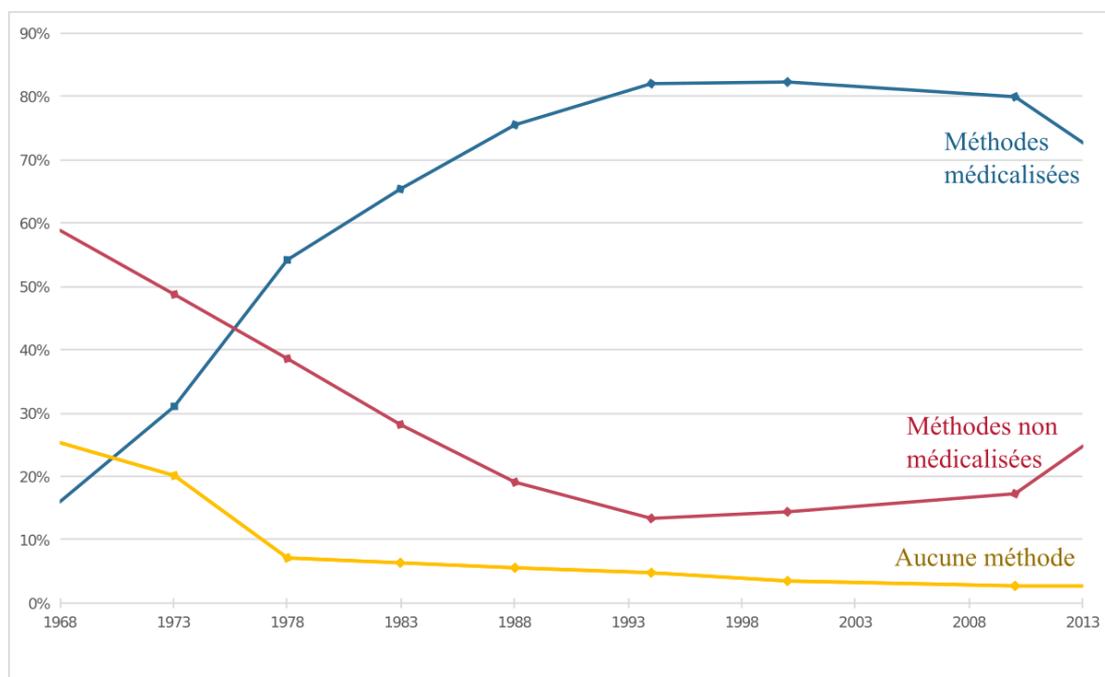
Les différentes enquêtes sur la contraception en France (voir encadré 2.2) montrent la diffusion relativement rapide des techniques contraceptives en France à partir des années 1970²⁶. Cette diffusion passe notamment par la médicalisation de la contraception (figure 2.2). On observe ainsi qu'entre 1970 et 2010, le nombre de femmes exposées au risque de grossesse et n'utilisant aucune méthode diminue

24. L'enquête du docteur Pierre Simon, réalisée en 1970, sur les comportements sexuels des Français-e-s est la première grande enquête de ce type en France. Elle comporte des questions sur la contraception, mais n'interroge pas la pratique contraceptive au moment de l'enquête, ce qui ne permet pas les comparaisons avec les autres enquêtes sur la contraception, contrairement à cette enquête de 1971.

25. Le traitement et la mise en forme des données de cette section ont grandement bénéficié du travail et des compétences de la chercheuse Mireille Le Guen. Qu'elle en soit remerciée chaleureusement.

26. Certaines enquêtes, dont celle de 1978, comportent des questions sur l'utilisation rétrospective de méthodes contraceptive à la fin des années 1960, ce qui permet à Toulemon et Leridon (1991) d'estimer des taux de recours aux méthodes à partir de 1968.

FIGURE 2.2 – Diffusion et médicalisation de la contraception en France (1968-2013)



Champ : Femmes de 18 à 44 ans n'étant ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne cherchant pas à concevoir.

Sources : estimations à partir de Leridon et Toulemon (1991), de l'enquête Mondiale de Fécondité-1978, de l'enquête Régulation des naissances-1988, de l'enquête Situation familiale et emploi-1994, de l'enquête CoCon-2000 et des enquêtes Fecond-2010 et 2013.

largement avec le temps²⁷. Cette augmentation du recours contraceptif se fait principalement par la diffusion des méthodes médicales de contraception (pilule et DIU, puis, à partir de 2000, implant, patch, et anneau vaginal), puisqu'à la fin des années 1980 et jusqu'en 2010, près de 80 % des femmes concernées par la contraception utilisent une méthode médicale. De fait, la diffusion de ces méthodes médicales est progressivement venue remplacer l'utilisation du retrait (un tiers des couples l'utilisait en 1968), ou l'absence de recours à une méthode contraceptive. La forte médicalisation de la contraception étudiée par les démographes H. Leridon et L. Toulemon au seuil des années 1990 (Toulemon et Leridon, 1991) semble s'être pérennisée dans les décennies suivantes (Leridon *et al.*, 2002), même si elle tend à être questionnée à partir de 2010.

27. Ces enquêtes sont focalisées uniquement sur les femmes, à l'exception de l'enquête de 1978 qui compare les réponses de femmes et celles de leur conjoint, et de l'enquête de 2010 qui interroge un échantillon d'hommes et de femmes – recruté-e-s indépendamment – sur leurs pratiques contraceptives.

ENCADRÉ 2.2 – Les enquêtes nationales sur la contraception (repris de Leridon 1991, puis complété)

- **1971, Enquête sur la régulation des Naissances, Ined-Insee** : il s'agit de la première enquête par questionnaire sur le sujet, auprès de 2 890 femmes non célibataires âgées de moins de 47 ans (méthode des quotas), consacrée principalement aux comportements des couples juste après leur mariage. Cette enquête n'apporte pas d'information précise sur les pratiques de contraception dites « traditionnelles ». Le questionnaire décrivait principalement la contraception comme une pratique médicale. Cette enquête portant sur une population de femmes en union, les données ne sont pas directement comparables avec les données des enquêtes ultérieures.
- **1978, Enquête Mondiale de Fécondité, Ined-Insee** : 3011 femmes âgées de 20 ans à 44 ans, de tous états matrimoniaux, ont été interrogées. L'ensemble des méthodes de contraception était décrit par les enquêtrices, méthodes médicales et non médicales, avec rappel sur l'usage de « précautions pendant les rapports » pour récupérer les femmes ne déclarant utiliser aucune méthode mais utilisant le retrait avec leur partenaire.
- **1988, Enquête Mondiale de Fécondité, Ined-Insee** : 3188 femmes âgées de 18 à 49 ans ont été interrogées. L'enquête employait la même définition de la contraception qu'en 1978, et collectait également des informations sur l'histoire contraceptive et conceptive.
- **1994, Enquête sur les situations familiales et l'emploi (ESFE), Ined-Insee** : environ 5000 entretiens (2944 auprès de femmes et 1926 auprès d'hommes) ont été réalisés à l'issue de l'enquête annuelle sur l'emploi, permettant de constituer un échantillon représentatif de l'ensemble des hommes et des femmes âgés de 20 à 49 ans (et des enfants de moins de 18 ans). Les résultats de cette enquête sont comparables aux enquêtes de 1978 et 1988.
- **2000, Enquête Cocon (« Cohortes sur la contraception »)** : réalisée par l'Inserm, en association avec l'Ined, cette enquête interrogeait une cohorte de 2863 femmes entre 18 et 44 ans au moment du début de l'enquête, suivies de 2000 à 2004.
- **2010, Enquête Fécond 2010, Inserm-Ined** : présentant un échantillon aléatoire de 5275 femmes de 15 à 49 ans et de 3373 hommes du même âge, cette enquête portait sur les pratiques contraceptives depuis l'entrée dans la sexualité, les échecs de contraception, les grossesses prévues et non prévues, le recours à l'avortement et les dysfonctions sexuelles. Un volet de l'enquête auprès d'un échantillon aléatoire de 1011 médecins permettait d'interroger les pratiques de prescriptions et les représentations des professionnel·le·s en matière de santé sexuelle et reproductive.
- **2013, Enquête Fécond 2013, Inserm-Ined** : 4453 femmes et 1587 hommes de 15-49 ans ont été interrogé·e·s, afin d'analyser l'impact de la crise médiatique de la pilule sur les pratiques et les représentations de la contraception, et notamment des contraceptifs oraux.

Centralité des méthodes médicales dans les pratiques

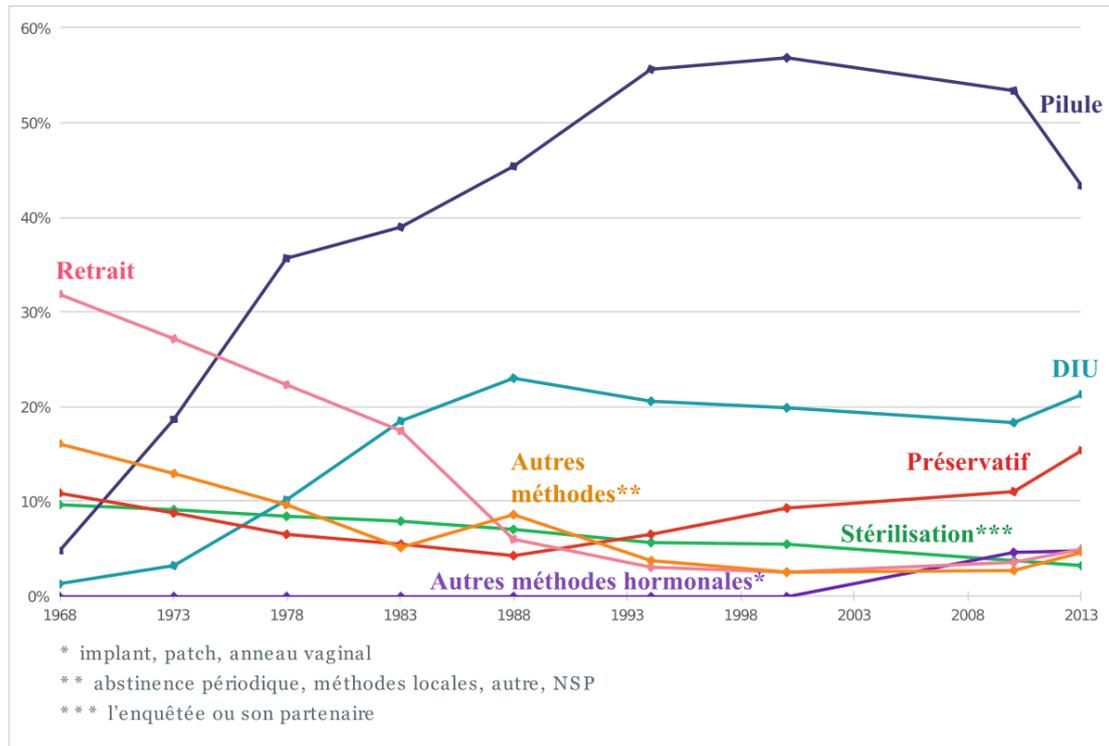
H. Leridon revient, dans son ouvrage majeur reprenant les conclusions des enquêtes des décennies 1970 et 1980, sur la diffusion de la pilule contraceptive. Au début de la décennie, la pilule contraceptive commence à être diffusée, bien qu'encore en marge de la loi. Les œstro-progestatifs, d'abord utilisés puis prescrits comme « inhibiteurs de l'ovulation », c'est-à-dire comme un médicament permettant de soigner certaines pathologies en supprimant les règles, afin de « réguler le cycle » (les hormones de synthèse œstro-progestatives sont prescrites dès les années 1940 comme traitement contre la stérilité), seraient, au moment du vote de la loi Neuwirth en 1967, déjà largement consommés à des fins contraceptives par près « d'un demi-million de Françaises [qui] l'utilisent régulièrement » (Leridon, 1987, p. 46). Il poursuit en montrant que la pilule contraceptive a connu une phase de diffusion rapide entre 1970 et 1976, pour laisser ensuite place à une faible croissance jusqu'en 1985.

Si l'on prolonge ces analyses grâce aux données des enquêtes les plus récentes (figure 2.3), on voit que la pilule contraceptive devient centrale dans les pratiques dès la fin des années 1970, et qu'elle connaît augmentation régulière de son utilisation au cours des années 1980 et 1990, jusqu'à atteindre 57 % d'utilisatrices parmi les femmes concernées par la contraception²⁸ en 2000, le recours à la pilule étant encore plus important si l'on considère uniquement les femmes de moins de 35 ans (Leridon *et al.*, 2002). Malgré la baisse de son utilisation entre 2000 et 2013, (Bajos *et al.*, 2014; Rahib *et al.*, 2017; Le Guen *et al.*, 2017) la pilule reste le premier moyen contraceptif utilisé en France, assez largement devant les autres méthodes.

Dans le même temps, on voit que la diffusion du DIU survient quelques années après celle de la pilule (du fait de sa régulation et de sa mise à disposition plus tardives), mais que cette diffusion s'accélère jusqu'à la fin des années 1980. Fait intéressant, H. Leridon prédit dans son article de 1991 la stagnation à venir du recours à la pilule et l'accélération du recours au DIU : or, c'est justement le contraire que l'on observe dans la décennie 1990. C'est très largement la pilule qui s'impose comme la principale méthode utilisée. Les autres méthodes restent très marginalement employées, hormis le DIU, mais celui-ci voit son utilisation décroître entre 1988 et 2010 (Leridon *et al.*, 2002; Bajos *et al.*, 2012). À noter également, la légère augmentation du recours au préservatif, dont la diffusion dans la décennie 1990 est à resituer dans le contexte de l'épidémie de VIH-sida et de la multiplication des campagnes de prévention, particulièrement à destination de celles et ceux qui débutent leur vie sexuelle (Paicheler, 2002).

28. Ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne cherchant pas à concevoir.

FIGURE 2.3 – Évolution du recours contraceptif en France (1968-2013)



Champ : Femmes de 18 à 44 ans n'étant ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne cherchant pas à concevoir.

Sources : estimations à partir de Leridon et Toulemon (1991), de l'enquête Mondiale de Fécondité-1978, de l'enquête Régulation des naissances-1988, de l'enquête Situation familiale et emploi-1994, de l'enquête CoCon-2000 et des enquêtes Fecond-2010 et 2013.

Au-delà de l'augmentation de la couverture contraceptive, H. Leridon note également que l'utilisation des méthodes évolue : si les contraceptifs oraux ont d'abord pu être utilisés comme une contraception d'arrêt (voir Leridon 1987, chapitre 3), c'est-à-dire pour ne plus avoir d'enfant, ils tendent à la fin des années 1970 à être utilisés comme une contraception d'espacement (entre deux naissances, pour échelonner les grossesses). C'est progressivement le DIU qui remplit ce rôle de contraception d'arrêt, et ceci notamment en l'absence de diffusion de la stérilisation masculine et féminine en France (Giami et Leridon, 2000). H. Leridon et L. Toulemon notent ainsi, aux différentes dates d'enquêtes, la réticence des médecins français-es à prescrire le DIU à des femmes nullipares, ou parfois, primipares, ce qui explique qu'il soit principalement utilisé par des femmes au-delà de 30 ans et au-delà du deuxième enfant.

Effets d'âge, de génération, et de période dans le recours aux méthodes

On peut se demander comment les pratiques évoluent au prisme des effets de période, d'âge et de génération. La diffusion de la pilule en France s'est-elle faite de manière homogène, dans toutes les classes d'âge, avec l'arrivée de ces produits et leur légalisation ? Ou peut-on observer au contraire des effets de génération, où les plus jeunes générations adoptent cette méthode contraceptive tandis que les plus anciennes conservent leurs pratiques préalables ? La figure 2.4 présente l'évolution du recours à la pilule, au DIU, aux préservatifs (masculins et féminins) et au retrait, par génération de naissance²⁹. Ces données confirment l'existence d'un effet d'âge dans le recours à certaines méthodes. En effet, quelle que soit la génération, le recours à la pilule diminue avec l'âge (effet d'âge négatif), le recours au DIU augmente avec l'âge (effet d'âge positif), le recours au préservatif est relativement stable avec l'âge (sauf pour certaines générations spécifiques), de même que le recours au retrait.

On observe également des effets de génération dans le recours à la pilule, au préservatif et au retrait. En effet, les générations nées entre 1953 et 1992 (G5 à G12 sur notre schéma) utilisent la pilule de manière beaucoup plus massive que les générations précédentes (nées entre 1933 et 1947). Notamment, à âge égal, les générations nées entre 1963 et 1982 (G7 à G10) utilisent davantage les pilules que les autres générations, puisque plus des trois quarts d'entre elles ont recours à ce contraceptif lorsqu'elles ont environ 20-25 ans, contre 60 % ou moins dans les autres générations. À l'inverse, les générations nées après 1983 (G11 à G13), à âge égal, recourent beaucoup moins à la pilule que les quatre générations précédentes.

Concernant le DIU, on n'observe pas d'effet de génération aussi net que pour la pilule : on voit que le taux d'utilisation du DIU est similaire entre générations à partir d'un certain âge (autour de 30 % d'utilisatrices après 35-40 ans).

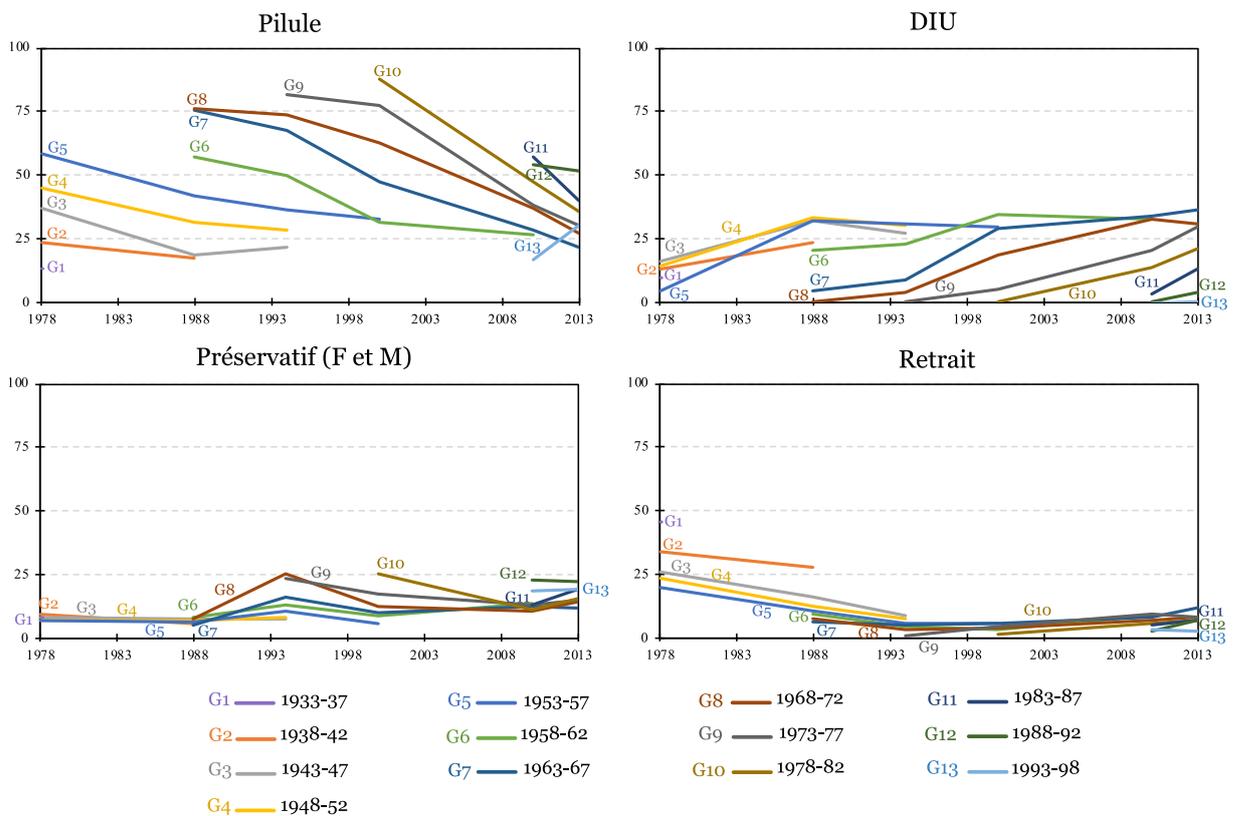
Le préservatif présente des effets de génération intéressants, qui sont à mettre en lien avec la survenue de l'épidémie de VIH-sida dans les années 1980, et le déploiement de nombreuses campagnes de prévention en population générale à partir de 1989. Ainsi, les générations nées après 1973 (G9 à G13), qui débutent donc leur vie sexuelle au moment où l'épidémie est très médiatisée, ont beaucoup plus recours au préservatif dès leurs premières relations que les générations précédentes (environ 20-25 % de ces générations l'utilisent autour de 15-20 ans)³⁰. À l'inverse,

29. Nous avons découpé des générations de naissance par tranches de cinq années, à partir des dates de naissance déclarées par les femmes dans chaque enquête. Il ne s'agit donc pas d'un suivi de cohortes effectives, mais de cohortes fictives, en faisant l'approximation que des femmes de différentes enquêtes mais nées la même année appartiennent à une même « génération ».

30. Clémentine Rossier *et al.* (2004) montre par ailleurs que l'on passe entre 1985 et 1995 de 10 % d'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel à environ 90 %.

les générations nées avant 1968 ont peu recours à cette méthode, et ce malgré la survenue de l'épidémie. N'étant pas socialisées à utiliser le préservatif au cours de leurs rapports, ces générations ne connaissent pas « l'effet période » que connaît la génération née entre 1968 et 1972, qui démarre sa vie sexuelle sans recourir au préservatif mais dont le recours augmente soudainement avec la survenue de l'épidémie³¹.

FIGURE 2.4 – Évolution du recours contraceptif en France, par génération (année de naissance)



Champ : Femmes de 18 à 44 ans n'étant ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne cherchant pas à concevoir.

Sources : estimations à partir de Leridon et Toulemon (1991), de l'enquête Mondiale de Fécondité-1978, de l'enquête Régulation des naissances-1988, de l'enquête Situation familiale et emploi-1994, de l'enquête CoCon-2000 et des enquêtes Fecond-2010 et 2013.

Enfin, le recours au retrait présente des effets de génération assez nets : il diminue au fil des générations, les générations nées avant 1942 (G1 et G2), qui n'ont vu apparaître les méthodes médicales de contraception que tardivement dans

31. N. Bajos et M. Bozon mettent en évidence cette différence de socialisation au port du préservatif, en montrant que les femmes qui ont débuté leur vie sexuelle et affective avant la survenue de l'épidémie, qui connaissent une rupture conjugale tardive, sont celles qui ont le moins recours au préservatif lorsqu'elles ont de nouveaux partenaires (Bajos et Bozon, 2008).

leur vie contraceptive, sont plus de 25 % à utiliser cette méthode. Les générations nées entre 1943 et 1957 (G3 à G5) semblent pour partie débiter leur vie sexuelle avec cette méthode, assez rapidement remplacée par la pilule ou le DIU.

La question du recours aux différentes méthodes en fonction de l'âge permet de mettre en évidence la « norme contraceptive » identifiée par N. Bajos et M. Ferrand, à savoir le recours au préservatif en début de vie sexuelle, puis à la pilule dès que les individus entrent dans une relation stable, et enfin par l'usage du DIU une fois que le nombre d'enfants souhaités est atteint (Bajos et Ferrand, 2004). Ainsi, l'utilisation de la pilule augmente entre 15 et 35 ans, puis décroît au profit du DIU, considéré comme une contraception d'arrêt, plutôt que comme une contraception d'espacement. Le DIU, finalement assez populaire en France puisqu'une femme sur cinq concernée par la contraception l'utilise, n'est ainsi pas considéré comme une alternative directe à la pilule, mais comme son substitut, une fois que les femmes dépassent un certain âge et que la pilule leur est moins recommandée, du fait de l'augmentation du risque d'accident cardiovasculaire (Kay, 1984). Une hiérarchie existe donc bien entre ces deux méthodes, ce que nous chercherons à analyser dans les chapitres 3, 4, et 5. L'analyse en termes de générations permet, elle, de situer historiquement l'émergence de la norme contraceptive française, en montrant que ce modèle, qui concerne principalement les générations nées entre 1965 et 1990, s'est mis en place à la fin des années 1980, et commence à être remis en cause pour les générations nées après 1990.

Cette section aura finalement permis de montrer la mise en place progressive d'une centralité de la pilule contraceptive – et dans une certaine mesure, du DIU – dans les pratiques contraceptives, entre les années 1970 et 2000. Cette médicalisation de la contraception est soutenue par l'évolution du cadre légal, mais également par les politiques de diffusion de la contraception et par le remboursement, en priorité, de ces deux méthodes contraceptives. Au cours des années 1980-90 se met en place la norme contraceptive française qui accorde un rôle central à la pilule et fait du DIU une contraception d'arrêt, substitut aux méthodes définitives de contraception. Cette centralité de la pilule dans les pratiques trouve un fort écho dans la sphère médiatique. Comme le montre la section suivante, la pilule est progressivement constituée dans l'espace médiatique comme une évidence lorsque l'on parle de contraception, révélant un biais pilulocentrique qui accorde une place moindre aux autres méthodes dans les discours sur la contraception.

2.2 Le pilulocentrisme dans les médias, une évidence qui résiste aux controverses.

À partir d'une analyse de différents corpus de presse (voir encadré 2.3), cette section s'intéresse à l'évolution des représentations de la pilule dans les médias, et à la place qu'occupe ce moyen contraceptif dans un corpus plus général d'articles portant sur la régulation des naissances. Les débats scientifiques sur les contraceptifs oraux relayés dans la presse sont ici évoqués, mais feront l'objet d'une analyse plus approfondie dans le chapitre 8 de la thèse. Si la pilule est régulièrement mise en cause dans l'espace médiatique entre 1960 et 2000, ces mises en cause ne durent jamais très longtemps, les controverses scientifiques comme morales étant rapidement balayées par diverses instances qui légitiment le recours à ces méthodes.

Dans cette analyse, il est particulièrement intéressant de se centrer dans un premier temps sur les années 1960 à 1970, qui sont les années de l'émergence puis de la stabilisation du débat sur la contraception, et où se structurent un certain nombre de représentations sur la pilule. Les années 1970 voient ensuite l'éviction des débats sur les contraceptifs oraux de l'espace médiatique dédié à la contraception, qui se focalise alors sur la question de l'avortement. Cette éviction des débats n'empêche pas, dans les quelques articles portant sur la contraception relevés sur cette période, une mise en équivalence de la contraception et de la pilule. Si des mises en cause de la pilule continuent d'émerger régulièrement dans la presse entre 1970 et 2000, la place centrale accordée à ce moyen de contraception demeure incontestée, voire hégémonique. Cette forme de pilulocentrisme est construite médiatiquement par la stabilisation de plusieurs évidences autour de la pilule et des autres méthodes contraceptives.

2.2.1 L'arrivée de la pilule en France (1960-1970) : les débats de la loi Neuwirth sur fond de polémique scientifique

B. Pavard a bien montré comment le débat politique de la légalisation de la contraception s'est centré sur une polémique autour des effets de la pilule contraceptive (Pavard, 2012c, p. 69-81). Plus précisément, elle analyse les débats politiques et médiatiques qui précèdent puis débouchent sur le vote de la loi Neuwirth en décembre 1967. Cette section prolonge ses analyses, en se focalisant plus précisément sur les formes sous lesquelles la pilule apparaît et disparaît du champ médiatique, particulièrement dans les articles qui parlent de contraception et d'avortement,

ENCADRÉ 2.3 – En quête d’archives médiatiques

Afin d’analyser l’évolution des représentations de la pilule et des autres méthodes contraceptives dans l’espace médiatique entre 1960 et 2000, j’ai choisi de me centrer sur deux corpus de presse.

D’une part, les archives du journal *Le Monde*, organe de presse généraliste dont les archives sont numérisées depuis 1944 (date de création du journal) et sont disponibles via la plateforme Europresse (accessible via des abonnements dans les universités). Ce premier type de corpus permet d’adopter une perspective sur un temps long en suivant l’évolution des débats sur la contraception sur plusieurs décennies, dans un titre de presse qui présente l’avantage de rendre compte de la diversité des positions politiques des débats sur la contraception et l’avortement.

D’autre part, la revue de presse sur la régulation des naissances, réalisée entre 1945 et 2005 par les bibliothécaires-documentalistes du centre d’Archives de Sciences Po, pour laquelle j’ai consulté des articles d’une vingtaine de quotidiens et hebdomadaires nationaux, publiés entre 1959 et 1973. Parmi les titres les plus récurrents figurent : *Le Figaro*, *Le Monde*, *France Observateur* puis *Le Nouvel Observateur*, *L’Express*, *France-Soir*, *Combat*, *L’Aurore*, *La Croix*, *Tribune Socialiste*, *Témoignage chrétien*, *Libération*, *L’Humanité*, *Carrefour*. Ce corpus, difficile à analyser après 1973 (car centré sur les débats autour de la légalisation de l’avortement, et très volumineux, les articles dédiés à la contraception étant alors difficile à trouver dans cet imposant corpus), est complété par les revues de presse sur la contraception trouvées dans d’autres fonds d’archives : les archives personnelles de Michèle Ferrand (articles entre 1974 et 1989) ; la revue de presse présente dans le fonds Dalsace-Vellay à la bibliothèque inter-universitaire de santé-médecine de Paris Descartes (articles entre 1960 et 1966).

Ce second type de corpus permet d’identifier l’hétérogénéité ou au contraire l’homogénéité du débat à travers les différents organes de presse, et ainsi de préciser la variété des représentations associées à la pilule dans la presse, venant de différentes obédiences politiques.

À partir de ces deux corpus, nous avons procédé à deux types d’analyses. (1) Une analyse qualitative des deux corpus, par le dépouillement systématique des archives du *Monde* mentionnant les termes « contraception » et « pilule », ou les termes « contraception » et « stérilet » (soit au total 381 articles), et de la revue de presse de Sciences Po (1156 articles, dont à peu près la moitié lus *in extenso*), ainsi que des archives de Michèle Ferrand (43 articles) et du fonds Dalsace-Vellay (134 articles). (2) Une analyse quantitative, grâce à la confection de bases de données sur tout ou une partie de ces corpus et au relevé systématique d’un certain nombre d’informations. La constitution de ces corpus, ainsi que les méthodes employées pour leur analyse, doivent beaucoup aux travaux de Claire Lemercier et Claire Zalc dans le champ de la quantification historique (Lemercier et Zalc, 2007). Des versions préliminaires de ces analyses ont également grandement bénéficié de leur séminaire annuel sur l’analyse quantitative de données historiques, cohabilité par l’Université Paris I et l’Ecole normale supérieure, auquel j’ai eu la chance d’assister en 2015. Pour le traitement quantitatif de ces bases, j’ai bénéficié de l’aide précieuse d’Henri Panjo.

entre 1960 et 1970. Je cherche à montrer ici que les prises de position par rapport à la pilule et à sa diffusion évoluent très rapidement, et que si des polémiques scientifiques, morales et démographiques émergent effectivement dans le débat public autour des contraceptifs oraux, ces polémiques sont relativement circonscrites dans le temps et sont rapidement balayées par les débats sur l'avortement.

1959-1965 : une invisibilité médiatique de la pilule dans l'émergence du débat sur la contraception

Les travaux de B. Pavard rendent compte de l'émergence du débat sur la contraception du milieu des années 1950 à la fin des années 1960. Ce débat est d'abord marqué par les prises de position publiques de Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé en faveur du « *birth control* » et du planning familial (1955-56), puis par les divers projets de loi déposés à l'Assemblée pour abroger la loi de 1920 (1956-1965), et enfin par la prise de position de François Mitterrand en faveur de la contraception lors de la campagne présidentielle de 1965.

On retrouve les termes de ce débat dans les différents corpus de presse analysés. Les prises de position de Lagroua Weill-Hallé en faveur de la régulation des naissances sont relayées dans la presse, et ouvrent la question de la réforme de la loi 1920, jugée « périmée et inhumaine »³². Les initiatives des premiers centres de Planning familial qui ouvrent à Grenoble puis à Paris en 1961 sont également relayées dans plusieurs organes de presse, tandis que *Maternité heureuse* se transforme en Mouvement français pour le planning familial (Pavard, 2012c, p. 51-61). Dès le départ, les militantes en faveur du *birth control* posent la contraception comme seul remède au « fléau » que représentent les avortements clandestins³³. Des projets de loi pour réformer la loi de 1920 voient le jour, et des projets sont déposés à l'Assemblée, notamment par le groupe socialiste³⁴.

De manière surprenante, il est très peu fait mention sur cette période de la pilule contraceptive, pourtant mise sur le marché américain en 1960, et sur le marché européen en 1961. Dans les archives du *Monde* par exemple, on relève seulement deux articles qui mentionnent la pilule avant 1965 : l'un pour dire qu'il s'agit d'une nouvelle médication à effets contraceptifs sans danger mais avec quelques effets secondaires³⁵, l'autre pour dire que cette méthode est ignorée en France

32. C. Valabrègue, « Une loi périmée et inhumaine », *France Observateur*, 8 octobre 1959.

33. F. Reiss, « Un abcès qui crève : le fléau de l'avortement », *Combat*, 24 mars 1961.

34. « Dans une proposition de loi : les socialistes demandent une nouvelle réglementation de la prophylaxie anticonceptionnelle », *Le Monde*, 19 mai 1961.

35. Dr Escoffier-Lambiotte, « La régulation des naissances et l'information », *Le Monde*, 9 mai 1963.

alors qu'elle est très utilisée aux Etats-Unis³⁶. Ces deux articles sont signés d'une journaliste médicale qui écrira la plupart des articles sur la contraception sous ses aspects médicaux et scientifiques entre 1960 et 1982, Claudine Escoffier-Lambiotte, assez proche de certain·e·s médecins du MFPPF et plutôt favorable aux méthodes médicales de régulation des naissances.

De même, dans le dossier de presse constitué par la bibliothèque de Sciences Po (voir encadré 2.3), on note que la pilule est très peu mentionnée avant 1965 dans les articles sur la régulation des naissances³⁷. Lorsqu'il en est fait mention, c'est pour indiquer que la méthode est utilisée aux États-Unis ou en Angleterre, qu'elle semble efficace, mais que l'on manque de recul pour juger de son innocuité. Quelques articles font remarquer que ce produit mystère est en fait déjà disponible en pharmacie et remboursé par la Sécurité sociale, au titre d'un traitement thérapeutique contre diverses affections gynécologiques. Certains de ces articles mentionnent le produit pour dénoncer son usage à des fins contraceptives³⁸, alors que d'autres le font pour critiquer l'hypocrisie de la loi de 1920³⁹.

À ce stade, le contrôle des naissances tel qu'il est présenté dans la presse quotidienne se réfère soit aux méthodes dites « naturelles » comme le coït interrompu ou la méthode Ogino (observation du cycle menstruel et abstinence périodique pendant les périodes fertiles), soit aux méthodes promues par le MFPPF, à savoir les diaphragmes et les crèmes spermicides. Le plus souvent, ces méthodes sont évoquées non pas sous un angle médical ou scientifique, mais dans un positionnement moral et politique : les articles se prononcent pour ou contre le contrôle des naissances, et précisent quelles méthodes sont moralement acceptables ou condamnables. Pilules comme stérilets sont peu mobilisés dans le débat jusqu'en 1965.

1965-1970 : Les débats de la loi Neuwirth : un recentrage sur la pilule

L'année 1965 constitue un tournant important dans les revendications pour l'accès à la contraception et pour la réforme de la loi de 1920. Au cours de la campagne présidentielle, le candidat socialiste, François Mitterrand, se prononce en faveur d'une politique plus libérale en matière de régulation des naissances et d'un changement législatif allant dans ce sens. Soutenue et relayée par différents organes de presse et notamment les magazines féminins (Pavard, 2009a), sa prise de position

36. Dr Escoffier-Lambiotte, « Les résultats des enquêtes menées en France », *Le Monde*, 31 décembre 1964.

37. Dossier de presse de la Fondation nationale des sciences politiques « Contrôle des naissances, contraception, avortement et IVG en France », consulté de 1959 à 1973.

38. C. Rolin-Chadenier, « Après le livre noir », *Témoignage Chrétien*, 1er février 1963

39. Dr Escoffier-Lambiotte, « La régulation des naissances », *Le Monde*, 20 janvier 1963 ; « Les Français ignorent la contraception », *Le Nouvel Observateur*, 7 juillet 1965.

en faveur de la contraception devient l'une des focales principales de la période électorale et chaque candidat se voit ainsi contraint de prendre parti sur cette question. Cet écho médiatique important agit comme un catalyseur de l'avancée politique et législative en matière de régulation des naissances, puisque peu de temps après, le ministre de la santé Raymond Marcellin commande un rapport à des chercheurs de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) sur l'efficacité et l'innocuité des contraceptifs oraux. Ce rapport contribue à recentrer le débat de la régulation des naissances sur la question des effets des pilules œstro-progestatives, et à opérer un premier glissement de la question de l'accès à la contraception vers la question de la disponibilité de la pilule. Le rapport, remis en mars 1966, conclut à l'innocuité des contraceptifs hormonaux, dans la limite de certaines contre-indications, ainsi qu'à leur efficacité. Sa publication est immortalisée dans une célèbre couverture du magazine *Paris-Match*, qui titre « Feu vert pour la pilule », illustrée par la photo d'une femme portant un bébé souriant dans ses bras⁴⁰.

Un second bouleversement contribue véritablement à faire des contraceptifs oraux un point de focale du débat. B. Pavard montre bien comment la stratégie de l'association *Maternité heureuse*, puis du MFPPF, évolue progressivement entre 1956 et 1967. La stratégie initialement adoptée consiste à publiciser le débat en mettant l'accent sur les trajectoires des militantes – souvent mères de familles et censées incarner que le contrôle des naissances ne vise pas à réduire les tailles des familles mais à améliorer les conditions d'une bonne maternité. Progressivement les militant·e·s passent à une phase plus « industrielle » (Pavard, 2012c, p. 62). Grâce à la création du collège médical du Planning incluant de nombreux médecins hommes ayant une certaine notoriété, et au parrainage de personnalités médicales très prestigieuses, le MFPPF revendique une expertise scientifique nouvelle et une forme de respectabilité associée cette fois non plus au rôle de « bonnes mères » de ses militantes, mais au prestige de la profession médicale. À l'Ordre national des médecins qui se prononce contre toute intervention médicale en matière de régulation des naissances⁴¹, les médecins du collège médical du Planning familial opposent une expertise scientifique sur les méthodes contraceptives, notamment sur les nouvelles méthodes de l'époque, la pilule et le DIU. Se focaliser sur ces deux méthodes permet de justifier l'implication des médecins dans ce domaine, dans la mesure où elles nécessitent une surveillance médicale. Sandrine Garcia (2007) décrit

40. *Paris-Match* du 26 mars 1966, archive personnelle.

41. « Le médecin n'a aucun rôle à jouer et aucune responsabilité à assumer dans l'application des moyens anticonceptionnels, dans des conseils au public, ou dans les démonstrations relatives à l'emploi de ces moyens », Communiqué du Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Le Concours Médical*, 10 février 1962.

bien le « coup de force symbolique » opéré par ces médecins pour revendiquer un monopole sur l'expertise en contraception, alors délaissée par l'Ordre national des médecins.

Les débats dans la presse reflètent assez bien ces deux moments de recentrage du débat de la régulation des naissances sur la question des contraceptifs oraux. À partir de 1965, les articles mentionnant la pilule contraceptive ou centrés sur ce moyen contraceptif se multiplient dans la presse quotidienne. Tout d'abord, ils visent à relayer le travail des expert·e·s (commission Inserm sur l'innocuité des contraceptifs oraux, expert·e·s auditionné·e·s par l'Assemblée dans le cadre du projet de loi Neuwirth en 1966). Ils cherchent ensuite à rendre compte des prises de position des médecins du Planning en faveur de la pilule. Ainsi, les termes du débat sur le contrôle des naissances changent drastiquement. Si en 1965, les débats qui ont lieu lors de la campagne présidentielle sont focalisés sur la question du droit des femmes à maîtriser le nombre et la temporalité de leurs grossesses, c'est progressivement la question des effets nocifs ou bénéfiques des contraceptifs oraux qui devient centrale dans la presse. Ainsi, le « pour ou contre » le contrôle des naissances se transforme assez rapidement en « pour ou contre » la pilule, selon un registre d'argumentation qui se veut plus scientifique que moral⁴², mais qui ne l'est pas toujours⁴³. Jusque dans les titres des articles, le « projet de loi sur la régulation des naissances » ou « projet de loi Neuwirth » est rapidement transformé en « loi sur la pilule », et les articles sur l'avancée du débat législatif opèrent parfois ce glissement sémantique⁴⁴. Par ailleurs, de nombreux articles qui disent parler de « contrôle des naissances » se focalisent en fait essentiellement sur les contraceptifs oraux⁴⁵. Dans quelques rares articles, ce pilulocentrisme du débat est dénoncé, preuve que les contraceptifs oraux occupent bien le devant de la scène médiatique⁴⁶. Un article d'Évelyne Sullerot, co-fondatrice du MFPPF, dans le journal *Réforme*, est à ce sujet assez révélateur :

42. « L'étude des moyens anticonceptionnels : La commission des spécialistes souligne que la pilule n'est pas nocive », *Le Monde*, 24 décembre 1965 ; « La pilule de M. Marcellin », *L'Express*, 3 janvier 1966 ; P. Magd, « Les 13 Sages consultés ont remis leur rapport sur la pilule anticonceptionnelle », *Le Figaro*, 23 mars 1966.

43. J. Dannenmuller, « 400 médecins allemands condamnent la pilule », *Carrefour*, 17 novembre 1965 ; E. Sullerot, « Une pilule indigeste », *Réforme*, 2 avril 1966.

44. S. Richard, « M. Neuwirth défend la pilule », *L'Express*, 20 juin 1966 ; « La pilule aux oubliettes », *Le Nouvel Observateur*, 5 octobre 1966 ; « Alfred Sauvy dit oui à la pilule », *L'Express*, 31 octobre 1966 ; G. Merchier, « Usage de la "pilule" autorisé », *L'Aurore*, 2 décembre 1966.

45. A. Hournay, « Le contrôle des naissances », *L'Aurore*, 9 novembre 1965 ; É. Le Garrec, « Planning familial : un problème médical, social et moral qui remue l'opinion », *L'Aurore*, 9 novembre 1965 ; G. Bonnot, « Contraception : les silences du professeur Netter », *L'Express*, 6 décembre 1965 ; C. D., « Les problèmes posés par la contraception », *La Nation*, 16 février 1967.

46. J. Arthaud, « Des "Sages" encombrants », *Le Nouvel Observateur*, 5 janvier 1966 ; C. Delanghe, « Un nouveau mythe : la pilule », *France-Forum*, janvier 1967.

« On ne parle plus que de la pilule, et cette pilule, à la fin, finit par écoeurer... Faites moisson de journaux, et vous verrez : pilule, pilule, pilule... Comme si tout était là, comme si le planning familial c'était devenu une question, mesquine et chimique, de trucs et de machins. Le débat, qui fut philosophique et moral, économique et démographique aussi, devrait devenir politique au grand sens du terme. Au lieu de cela, il se fait chimique et même pharmaceutique. »⁴⁷

Dans ce recentrage des débats sur les contraceptifs oraux, plusieurs risques sont évoqués au sujet des œstro-progestatifs, souvent portés ou dénoncés par des figures médicales consacrées comme expert·e·s, puis relayés abondamment dans divers titres de presse.

Premièrement, le risque d'accident cardio-vasculaire ou de thrombose veineuse est évoqué par la commission d'experts⁴⁸ commanditée par Raymond Marcellin, mais se limite selon elle aux cas où les patientes auraient des antécédents médicaux de ce type. Hors de ces cas où la pilule est contre-indiquée, elle peut être prescrite en toute sécurité, selon ces mêmes experts, qui se basent pour cela sur les études épidémiologiques publiées aux États-Unis et relayées par les chercheur·e·s de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en lien avec les travaux de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF). Les différents articles de presse qui relayent ces risques incitent à la prudence et à la surveillance médicale mais adoptent un ton peu alarmiste⁴⁹.

Le second risque souvent évoqué est le risque de cancer. Comme l'indique l'historienne Lara Marks dans son histoire scientifique de la pilule contraceptive (Marks, 2001), la mise en relation de la prise d'œstroprogestatifs avec le risque de cancer constitue « l'énigme mystérieuse » (« *the riddle* ») des enquêtes épidémiologiques sur la pilule durant plus de cinq décennies d'observations. Dans les différentes enquêtes à petite puis à grande échelle, ce risque n'est jamais mis en évidence de manière claire. Les effets mis au jour dans certaines enquêtes ne sont pas forcément cohérents les uns avec les autres (Marks, 2001, p. 163-76)⁵⁰. Les articles de notre

47. É. Sullerot, « Une pilule indigeste », *Réforme*, 2 avril 1966.

48. Cette commission n'est composée que d'hommes.

49. P. Magd, « Les 13 Sages consultés ont remis leur rapport sur la pilule anticonceptionnelle », *Le Figaro*, 23 mars 1966 ; « La "pilule" : pas de contre-indication pour un emploi thérapeutique, mais verdict prudent des experts. », *La Nation*, 24 mars 1966 ; « Les conclusions de la commission d'experts sur les pilules anticonceptionnelles », *Le Monde*, 24 mars 1966.

50. Au final, les enquêtes récentes concluent que les œstro-progestatifs semblent associés à un léger sur-risque de cancer du sein et de l'utérus, mais à un effet bénéfique dans la prévention des cancers ovariens et de l'endomètre, voir : <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Traitements-hormonaux/Pilules-contraceptives>, consulté le 4 septembre 2018.

corpus relayent cette crainte du risque de cancer, mais demeurent, jusqu'en 1975, dans un flou relatif, imputé au manque de recul des enquêtes épidémiologiques sur les risques à long terme des œstrogènes⁵¹. La plupart de ces articles relayent l'absence de preuves présentes dans les enquêtes épidémiologiques ou dans le rapport de la « commission pilule », mais incitent à la prudence et à la vigilance vis-à-vis de risques qui pourraient se déclarer à long terme.

Une troisième inquiétude porte sur les effets dits « tératogènes » de la pilule, c'est-à-dire les potentielles modifications génétiques de la descendance induits par une prise hormonale continue avant ou pendant une grossesse (dans le cas où le contraceptif ne serait pas parfaitement efficace). Ces inquiétudes, même si elles n'ont pas de fondement dans les observations cliniques réalisées sur les œstro-progestatifs, s'inscrivent dans le contexte du scandale de la Thalidomide qui éclate en 1961-62. En effet, prescrit comme anti-nauséux chez les femmes enceintes, ce médicament a induit de graves malformations congénitales, ce qui a conduit à son retrait du marché en 1961. Bien qu'il n'a jamais été utilisé en France, ce médicament est à l'origine d'un des premiers scandales pharmaceutiques mondiaux, et marque ainsi les esprits, notamment lorsqu'il s'agit de légaliser un produit hormonal prescrit aux femmes⁵².

La dernière inquiétude porte entre autres sur des risques dermatologiques : en octobre 1966, un dermatologue dénonce lors d'une conférence le fait que la pilule « enlaidit une femme sur trois qui la prend ». De fait, la prise de ce produit provoquerait inexorablement des chutes de cheveux, de l'acné, et une prise de poids⁵³. Comme c'est le cas pour les autres effets secondaires, et comme ce sera le cas dans les périodes qui suivent, cette diatribe contre la pilule portée par des représentant·e·s de la profession médicale est balayée en lui opposant l'expertise d'autres expert·e·s médicaux·ales, plus prestigieux·euses⁵⁴.

Finalement, si ces différents risques ont un certain écho médiatique, ils sont assez rapidement contestés par de nombreux·euses expert·e·s qui interviennent dans la presse pour dénoncer une opération « anti-pilule », voire même une campagne

51. « Le planning familial réfute le rapport ministériel sur la contraception », *Combat*, 25 mars 1966 ; « Le point de vue du mouvement français pour le planning familial sur la pilule », *Le Monde*, 25 mars 1966 ; C. Gouvion, « La pilule : une liberté relative », *L'Express* ; M. Franck, « Ce que vous devez savoir avant de vous décider à prendre des pilules », *France-Soir*, 21 octobre 1966.

52. C. Dauzats, « La pilule prépare-t-elle des générations de monstres ? », *Carrefour*, 12 juillet 1967.

53. F. G., « L'opération anti-pilule », *L'Express*, 10 octobre 1966 ; C. Krief, « Opération pilule : comme le cardinal Ottaviani, M. Pompidou voudrait pouvoir dire "Il y a encore un obstacle scientifique" », *Le Nouvel Observateur*, 19 octobre 1966.

54. Medicus, « Accusée de faire tomber les cheveux, la pilule peut en arrêter la chute », *France-Soir*, 7 octobre 1966.

morale contre la contraception déguisée en dénonciation scientifique des contraceptifs oraux. Progressivement, les termes du débat scientifique se stabilisent autour de l'idée que la pilule est totalement efficace et sans danger, si elle est prescrite dans la limite de ses contre-indications (antécédents de maladies cardio-vasculaires, de thromboses veineuses, de diabète ou d'hypertension). Les expert·e·s mobilisé·e·s bénéficient d'un prestige scientifique et médical imposant et contribuent fortement à légitimer le recours à cette méthode de contraception⁵⁵.

Les années 1967 à 1970 voient la focale se déplacer du débat sur les effets de la pilule à un débat sur la mise en œuvre de la loi Neuwirth, puis un débat religieux et moral. La plupart des articles qui paraissent en 1967 relatent les différentes étapes du processus législatif, et les modifications successives apportées au projet de loi Neuwirth, avec une information très redondante d'un journal à l'autre sur la nécessité d'une politique en matière de planning familial. Une fois la loi promulguée, une grande majorité d'articles déplore le fait que la loi ne va pas assez loin, instaure un cadre trop restrictif, ou encore que ses décrets d'application tardent à paraître⁵⁶.

De nombreuses critiques se font jour lors de la parution des premiers décrets d'application de la loi courant 1969, notamment au sujet de la mise en place de carnets à souche qui conditionnent la prescription de contraceptifs oraux. Ces carnets à souche sont dénoncés car ils instaurent une surveillance des médecins au même titre qu'une surveillance des femmes⁵⁷. Ils placent les contraceptifs oraux dans une profonde illégitimité, en les assimilant à des produits dangereux ou addictifs nécessitant la plus grande surveillance des pouvoirs publics.

Plusieurs critiques s'élèvent également contre la restriction de l'accès des mineures de moins de vingt-et-un ans aux méthodes contraceptives. En effet, la loi indique que les contraceptifs ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale et nécessitent l'autorisation des représentants légaux pour les mineures, ce qui limite de fait leur accès pour les femmes de moins de vingt-et-un ans⁵⁸. Ce cadre restrictif instaure un contrôle social de la sexualité des jeunes filles, dénoncé dans les articles susmentionnés.

55. M. Franck, « Les prix Nobel français de médecine vont témoigner au “procès de la pilule” », *France-Soir*, 18 octobre 1966 ; « Deux prix Nobel et un ministre plaident pour la “pilule” », *Paris-Presse-L'Intransigeant*, 22 octobre 1966.

56. A. Netter, R. Palmer et F. Arnal, « La loi du 29 décembre aura manqué son but si les textes d'application n'apportent pas les correctifs nécessaires », *Le Monde*, 8 février 1968 ; C. Sacase, « La pilule au tableau de la honte », *L'Express*, 12 février 1968 ; A. Rind, « La loi Neuwirth : une duperie et une tartufferie », *Combat*, 15 mars 1968 ; « La loi sur la contraception : le planning familial déplore que les textes d'application n'aient pas encore paru », *Le Monde*, 18 octobre 1968.

57. H. Le Porrier, « La pilule et la faculté », *Combat*, 8 février 1969.

58. « De beaux jours pour l'avortement », *L'Express*, 25 novembre 1968 ; C. Gouvion, « Mœurs : après la pilule », *L'Express*, 17 février 1969.

La période est également marquée par la publication de l'encyclique *Humanae Vitae* qui condamne le recours aux méthodes dites « modernes » de contraception (moderne ayant parfois ici un sens péjoratif, opposé aux méthodes « naturelles »), dont la pilule (Sevegrand, 1995). De nombreux articles dans la presse catholique et généraliste font écho à ce débat, soit pour dénoncer les méthodes modernes que sont la pilule ou le stérilet⁵⁹, soit pour critiquer les positions de la hiérarchie catholique à ce sujet⁶⁰. Le « pour ou contre » la pilule qui se jouait jusque-là sur le plan scientifique et technique s'incarne ici pleinement sur le plan moral.

À la fin de l'année 1969 et au début de l'année 1970, la polémique scientifique ressurgit dans la presse française, au moment où les critiques des effets néfastes de la pilule connaissent un écho médiatique sans précédent aux États-Unis, avec la publication par Barbara Seaman de l'ouvrage *The Doctors' Case Against the Pill*⁶¹. La parution de ce livre conduit à une série d'audiences publiques au Sénat états-unien autour des effets des contraceptifs oraux, qui aboutissent fin 1969 à l'obligation pour les fabricants de pilules d'indiquer sur la notice les effets secondaires indésirables du produit (Watkins, 1998). Ces audiences, fortement relayées dans la presse américaine, conduisent à une polémique nationale sur les effets de la pilule sur la santé des femmes, et à une désaffection importante vis-à-vis de ce contraceptif, et ce de manière durable. En France, des articles paraissent pour relayer ces inquiétudes⁶², mais les remous médiatiques sont de courte durée, puisque le débat sur les contraceptifs oraux est très rapidement remplacé, mi-1970, par les polémiques sur l'avortement. La traduction des débats en France ne semble donc pas avoir eu le même impact négatif sur le recours contraceptif : tout au plus peut-on supposer qu'ils ralentissent la diffusion de la pilule en maintenant un certain degré de méfiance chez les femmes et les prescripteurs·trices, méfiance qui sera rapidement dissipée au cours des années 1970. Plus précisément, comment la polémique sur les effets secondaires de la pilule disparaît-elle à partir de 1970, au profit du débat sur l'avortement ?

59. F. Biot, « Une parole apaisante », *Témoignage chrétien*, 14 novembre 1968.

60. Dr R. Geraud, « Pilule et politique », *Le Monde*, 13 novembre 1968.

61. B. Seaman, 1969, *The Doctors' Case Against the Pill*, P. H. Wyden.

62. « Panique sur la pilule », *Le Nouvel Observateur*, 26 janvier 1970 ; S. Pourcel-Broutschert, « La contraception en question », *Combat*, 28 janvier 1970 ; J. Alia, « Offensive contre la pilule », *Le Nouvel Observateur*, 2 février 1970.

2.2.2 L'incontestable pilule (1970-2000) : quand le débat sur l'avortement cristallise l'évidence de la pilule

1970-1975 : La disparition de la polémique : la pilule construite comme remède à l'avortement

Mes différentes analyses sur corpus de presse corroborent l'idée que la légitimation de la contraception (et sa légalisation) s'est appuyée sur la figure repoussoir de l'avortement (Pavard, 2012c). Plus précisément, si le contrôle des naissances dans son ensemble était jusque-là présenté comme seul remède à l'avortement par les fondatrices du MFPPF, la pilule est progressivement constituée comme unique remède à ce « fléau social ». Au moment où éclate le procès de Bobigny et le large débat national sur la libéralisation de l'avortement, plusieurs articles insistent sur le fait que trop peu de femmes utilisent les méthodes dites « efficaces » de contraception, et que cette faible utilisation explique le fort taux d'avortements⁶³. Les principaux articles sur la contraception publiés entre 1970 et 1975 critiquent la lenteur de parution des décrets d'application de la loi Neuwirth (les derniers décrets paraissent en 1972), et dénoncent le fait que l'avancée législative est très en deçà de l'avancée sociale et technologique⁶⁴.

Dans le corpus de presse établi par les bibliothécaires de Sciences Po, l'élément notable est la disparition quasi totale de la pilule, et plus généralement de la question de la contraception, au profit des articles sur l'avortement. Ainsi, 84 % des articles recueillis entre janvier 1970 et décembre 1973 parlent exclusivement d'avortement, et cette proportion passe à 96 % si on considère la seule année 1973. Parmi les 4 % restants, très peu d'articles parlent effectivement de la pilule contraceptive, ou même des autres méthodes. Parmi les articles qui la mentionnent, rares sont ceux qui le font dans une perspective polémique, comme cela pouvait être le cas précédemment⁶⁵.

Une analyse des occurrences des termes « pilule », « stérilet », et « avortement » dans *Le Monde* via la plateforme Europresse (voir encadré 2.4) confirme qu'à partir

63. M. Descoloings, « Avortement et contraception », *Tribune socialiste*, 21 janvier 1971 ; P. Boucher, « Un ordre légal qui est celui d'hier », *Le Monde*, 12 octobre 1972.

64. M. Franck, « La pilule est en vente libre, mais... », *France-Soir*, 18 février 1971 ; Dr E.-L., « M. Neuwirth dénonce le "sabotage délibéré" de la contraception en France », *Le Monde*, 18 février 1972 ; A. R., « Le débat sur la contraception et l'avortement : le planning familial dénonce "l'hypocrisie" de la politique actuelle », *Le Monde*, 17 octobre 1972.

65. Notons que cette surreprésentation des articles sur l'avortement peut être liée à ce qu'on appelle un « biais de recrutement » (les bibliothécaires auraient eu tendance à sélectionner les articles sur l'avortement plutôt que les articles sur la contraception), mais cela témoigne aussi de l'intensité médiatique beaucoup plus importante du débat sur l'avortement par rapport à celui sur la contraception. Cela montre également qu'entre 1970 et 1975, il n'est pas possible de parler de contraception sans que cela s'inscrive dans les débats houleux sur l'avortement.

de 1970, l'évocation de ces deux méthodes contraceptives se fait conjointement – et probablement en réponse – aux débats sur l'avortement. De plus, dans le corpus du *Monde*, sur les trente articles mentionnant les termes « pilule contraceptive » publiés entre janvier 1970 et décembre 1974, peu apportent véritablement de nouvelles informations ou des informations polémiques vis à vis de son recours. Un certain nombre d'articles déplorent sa trop faible utilisation⁶⁶. Par ailleurs, une partie réaffirme que le recours à ce contraceptif dans la limite des contre-indications est sans danger⁶⁷, ou que les effets bénéfiques dépassent de loin les inconvénients. Un seul article est véritablement centré sur les contraceptifs oraux sur la période, mais c'est pour annoncer l'arrivée de produits de nouvelle génération, avec moins d'effets secondaires indésirés et une efficacité accrue, venant d'autant plus légitimer son recours dans la lutte contre l'avortement⁶⁸.

Les représentations associées au DIU pendant cette période de débats sur l'avortement sont intéressantes à analyser, puisqu'elles témoignent d'une construction médiatique assez différente de ces dispositifs par rapport aux contraceptifs oraux, révélant une différence d'usage et de statut entre les deux méthodes. Lorsqu'elle n'est pas simplement décrite comme méthode associée à la contraception dans les « pays en voie de développement », comme c'est le cas dans presque un quart de notre corpus du *Monde*, elle fait l'objet de débats, entre 1970 et 1975, au sujet de son statut, entre méthode abortive ou seulement contraceptive. Faisant écho à des polémiques également très présentes aux États-Unis (Takeshita, 2012, p. 105-110), un certain nombre d'articles s'interroge sur le fait que les DIU, qui empêchent la nidation de l'œuf dans l'utérus mais pas sa fécondation, pourrait en fait constituer une méthode légale d'avortement⁶⁹. Si son efficacité contraceptive est reconnue, notamment après l'arrivée des nouveaux DIU au cuivre, elle reste préconisée comme une méthode de seconde intention, notamment pour des femmes n'étant pas en mesure de recourir correctement à la pilule, soit en raison de leur précarité sociale, de problèmes psychiatriques, ou de leur âge (passé quarante ans)⁷⁰. Ceci laisse

66. M. Allain-Regnault, « Sans dangers réels elle n'est pourtant utilisée que par cinq cent mille Françaises », *Le Monde*, 22 janvier 1972 ; P. Boucher, « Un ordre légal qui est celui d'hier », *Le Monde*, 12 octobre 1972.

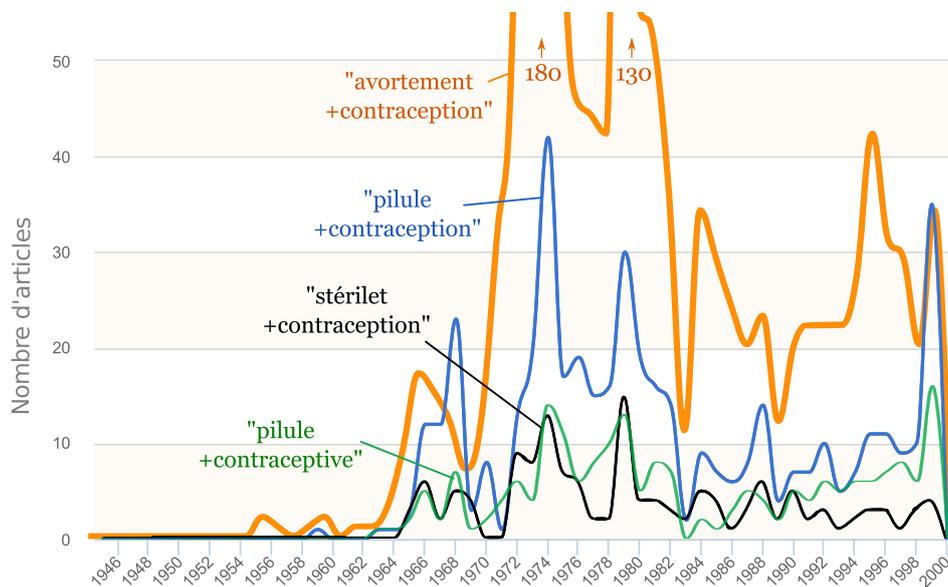
67. « Le Ministère de la santé rappelle qu'il n'existe aucune preuve de la nocivité des “contraceptifs oraux” », *Le Monde*, 17 janvier 1972 ; « Une enquête française sur les effets secondaires de la pilule », *Le Monde*, 17 juillet 1974.

68. M. Allain-Regnault, « La “deuxième génération” des méthodes de contraception », *Le Monde*, 14 novembre 1973.

69. P. Chauchard, « C'est toujours un crime », *Le Monde*, 7 avril 1971 ; Dr Escoffier-Lambiotte, « Un entretien avec le professeur Paul Milliez », *Le Monde*, 28 novembre 1972 ; « Le gouvernement s'est éloigné du rigorisme et du laxisme, et a choisi la voie d'une solution moyenne, souligne M. Taittinger », *Le Monde*, 15 décembre 1973.

70. N. Bernheim, « Une journée avec une assistante de tribunal », *Le Monde*, 17 décembre 1969 ; M. A.-R., « Une méthode enfin légale », *Le Monde*, 9 mars 1972 ; M.-J. Durieux, « Avant le

ENCADRÉ 2.4 – Pilule, stérilet et avortement dans Europresse



Source : Graphique réalisé à partir de plusieurs recherches effectuées dans la base de données Europresse : dans l'ensemble du journal *Le Monde*, on recherchait les articles mentionnant les termes « pilule ET contraceptive », « pilule ET contraception », « stérilet ET contraception », « avortement ET contraception ». Le graphique présente le nombre d'articles correspondant à ces critères publiés chaque année, de 1944 à 2000.

Il en ressort que, d'une part, on parle beaucoup moins de pilule ou de stérilet que d'avortement lorsque l'on parle de contraception (par exemple, en 1974, 180 articles mentionnent l'avortement, 42 la pilule et 13 le stérilet) ; d'autre part, les pics de publication sur la pilule et le stérilet sont liés à des pics de publication sur l'avortement (en 1973-75 au moment des débats sur les lois Veil, en 1979 au moment des débats sur la reconduction de la loi sur L'IVG, dans les années 1990 au moment des débats sur l'introduction du RU 489 permettant l'IVG médicamenteuse). Ceci laisse penser que lorsque l'on parle de contraception (médicalisée), c'est en réponse au « problème » de l'avortement, comme le suggère également l'analyse qualitative de certaines de ces archives, où l'expression « méthode efficace de contraception » revient, pour la pilule comme pour le stérilet, en réponse aux polémiques sur l'avortement.

Ce graphique suggère également que l'avortement est un sujet davantage polémique que la pilule, ou que la contraception dans son ensemble. Passée une période initiale où la contraception fait débat, son recours semble être plutôt bien accepté et nettement moins remis en cause que l'avortement, qui réapparaît de manière récurrente à l'ordre du jour médiatique (en témoignent les très nombreuses polémiques autour de la mise sur le marché du RU 489 dans les années 1990). Les archives de presse de Sciences Po montrent par ailleurs que le débat sur l'avortement s'étend de manière quasi-quotidienne dans la presse, entre 1972 et 1975, intensité médiatique que n'ont jamais eu ni le débat sur la régulation des naissances, ni celui sur les effets des contraceptifs oraux.

supposer que, bien que les contraceptifs oraux et les DIU apparaissent toutes deux comme une réponse au problème de l'avortement, elles ne sont pas pour autant mises sur le même plan en matière de promotion. Les représentations associées au DIU dans ce corpus semblent donc accorder une moindre légitimité à cette méthode comme contraception pour les usagères en France.

Après le vote des lois Veil de 1974 et 1975, la contraception semble bien acceptée en France et ne plus faire l'objet des mêmes débats que lors de la décennie précédente. Les enquêtes sur les pratiques contraceptives, notamment celle de 1978, font état de la diffusion des méthodes médicales que sont la pilule et le DIU. Si des mises en cause de la pilule semblent ré-émerger entre 1975 et 1984, celles-ci ne se traduisent pas par une véritable remise en cause du recours à ce contraceptif.

1975-1984 : un ras-le-bol de la pilule ? Des mises en cause peu effectives

Entre 1975 et 1984, la plupart des articles sur les contraceptifs oraux sont focalisés sur leur progression dans les usages contraceptifs en France, ou sur le processus de légalisation dans d'autres pays (notamment en Europe de l'Est). Plusieurs articles publiés en 1977 font le bilan de « dix ans de contraception en France »⁷¹, la plupart du temps pour réaffirmer que « la pilule reste la meilleure méthode de contraception », car d'une efficacité totale ou quasi-totale⁷² chez les femmes qui « en respectent parfaitement la discipline d'usage »⁷³. Ce bilan est également l'occasion pour plusieurs éditorialistes de déplorer, à la suite de différent·e·s expert·e·s en contraception, le manque de formation des médecins en matière contraceptive, qui demeure selon elles et eux le rempart à une diffusion des méthodes dites « modernes » de contraception en France⁷⁴. Quelques articles réaffirment que les contraceptifs oraux comportent des risques, mais que les effets bénéfiques leur sont bien supérieurs⁷⁵, ou que les produits moins dosés qui arrivent

premier enfant... ou après le dixième », *Le Monde*, 5 décembre 1973 ; B. Frappat, « Contraception et psychiatrie », *Le Monde*, 11 juin 1974 ; J. Cohen, « La contraception à quarante ans », *Le Monde*, 4 décembre 1974.

71. Dr Escoffier-Lambiotte, « Dix ans de contraception en France. Des progrès importants, des carences inacceptables », *Le Monde*, 1977 ; L. Sichler, « Le contrôle des naissances 10 ans après », *L'Express*, 23-29 mai 1977, archives personnelles de Michèle Ferrand.

72. Dr J.-F. Lacroque, « La pilule reste la meilleure méthode de contraception », *Le Monde*, 27 septembre 1977 ; C. Brisset, « Le contrôle des naissances », *Le Monde*, 9 novembre 1977.

73. Dr J.-F. Lacroque, C. Brisset, « La pilule contraceptive à l'épreuve du temps », *Le Monde*, 5 avril 1978.

74. L. Sichler, « Le contrôle des naissances 10 ans après », *L'Express*, 23-29 mai 1977 ; C. Dressen, « Intérêts et limites de l'information contraceptive en France », *La Santé de l'Homme*, janvier-février 1977, p. 32-34 ; C. Sokolsky, « Contraception féminine... et masculine », *L'Impatient*, mars 1978, archives personnelles de Michèle Ferrand.

75. Dr J.-F. L., « Des risques connus et acceptables », *Le Monde*, 5 avril 1978 ; J. Cohen, « Contraception : l'histoire d'une conquête », *Le Nouvel Observateur*, 16 mars 1981, p. 83-94 ;

sur le marché les diminuent considérablement ⁷⁶.

C'est en 1981 que ré-émerge une mise en cause de la pilule, cette fois-ci pas seulement sous l'angle du risque énoncé par des expert·e·s, mais en laissant une certaine place à la parole des femmes. Le magazine *L'Impatient*⁷⁷, publie un numéro spécial dédié à la contraception, intitulé « Femmes sous pilule : danger ? », qui constitue, sur une dizaine de pages, un véritable pamphlet sur les dangers de la pilule :

« Pendant des années, la pilule a été considérée comme la solution-miracle en matière de contraception. Et pendant des années, mettre en doute son innocuité c'était se solidariser avec les adversaires de la libération des femmes. Il est temps d'en finir avec ce schéma simpliste : la pilule est dangereuse, la pilule provoque des accidents et aujourd'hui il n'est plus possible de garder le silence à ce sujet. (...) Cela paraît incroyable qu'on ait pu lancer aussi rapidement un produit dangereux, qu'on ait pu prendre si peu de précautions. Alors que, premièrement, la pilule n'était pas un médicament comme les autres, il était en effet donné à des femmes saines. Deuxièmement, il s'agissait d'une substance au long cours, pouvant théoriquement être prise par les femmes pendant près de la moitié de leur vie. Troisièmement on savait pertinemment que les oestrogènes étaient cancérigènes. Et enfin, ce médicament agissait sur l'équilibre hormonal, mécanisme particulièrement délicat. Pourquoi cette hâte ? Comment cela a-t-il pu être possible ? (...) Il n'y a pas de contraception parfaite, certes, les modes de contraception varient selon l'âge, la vie sexuelle... mais les méthodes mécaniques sont les plus sûres, sans danger et suppriment presque totalement la dépendance par rapport au médecin. »⁷⁸

Cette mise en cause est reprise également dans le magazine *Marie Claire*⁷⁹, dans un numéro qui dénonce le ras-le-bol des femmes vis-à-vis de la pilule. Sans remettre en cause l'avancée qu'a pu constituer ce contraceptif, l'article insiste sur la contrainte qui peut être associée à la prise quotidienne, qu'une certaine méfiance envers le

« Pilule : arrêtez de nous faire peur ! », publication inconnue, 1982, p. 104 ; G. Doucet, « La pilule au banc des accusées », *Le Nouveau F.*, mai 1982, p. 41-42, archives personnelles de Michèle Ferrand.

76. M. Allain-Regnault, « La deuxième génération des méthodes de contraception », *Le Monde*, 14 novembre 1973 ; M. Allain-Regnault, « Contraception : résistance des femmes, des hommes... et des médecins », *Le Monde*, 23 juin 1975 ; Dr E.-L., « Le cœur et les vaisseaux : de nécessaires précautions », *Le Monde*, 7 mars 1979.

77. Renommé en 2003 *Alternative Santé*, ce magazine mensuel se définit comme un journal dédié aux médecines alternatives et à la défense des consommateurs·trices de soins médicaux.

78. C. Sokolsky, « Femmes sous pilule : danger ? », n° 40, mars 1981, p. 10-15, archives personnelles de Michèle Ferrand.

79. M. Lavanchy, « Pilule. La révolte des jeunes femmes », *Marie Claire*, 1981.

produit persiste chez de nombreuses femmes, et en appelle à un meilleur partage de la responsabilité contraceptive entre hommes et femmes⁸⁰. Cette polémique est prolongée, quelques mois plus tard, par une prise de position du professeur Jacques Salat-Baroux, qui réagit à une publication récente du *Royal College of General Practitioners* britannique faisant état des risques de la pilule suite à un suivi d'une cohorte de 23 000 femmes pendant 15 ans⁸¹.

Suite à cette mise en cause, de nombreux·euses médecins reconnu·e-s comme expert·e-s en contraception (voir chapitre 4) réagissent à cette « déclaration de guerre »⁸². Leur rhétorique n'est pas nouvelle, elle se base sur l'idée que certes, il n'existe pas de risque zéro avec la prise d'œstro-progestatifs (ni de tout autre médicament), mais que ces produits induisent des risques cardio-vasculaires et de thromboses bien moindres que l'avortement ou que la grossesse, et que ces risques sont très minimes si les contre-indications sont respectées. D'autres articles affirment également qu'avec les nouveaux produits microdosés, le risque diminue considérablement⁸³.

Au final, cette mise en cause n'est que de courte durée, et on n'en trouve pas de trace dans la presse après 1982⁸⁴. De fait, le ras-le-bol supposé de la pilule et son recul annoncés dans la presse ne se traduisent pas dans les pratiques contraceptives. La mise en cause des contraceptifs oraux, qui connaît un certain écho médiatique en 1981-82, est rapidement balayée par un certain nombre d'expert·e-s mobilisé·e-s dans la presse pour réaffirmer la légitimité de cette méthode, et sa supériorité sur les autres méthodes disponibles (en termes d'efficacité et de simplicité d'usage).

1985-2000 : des polémiques hormonales inexistantes en France

À partir de 1985 et jusqu'en 2000, on ne trouve plus de trace dans la presse de mises en cause des contraceptifs oraux. Les articles que l'on relève dans nos corpus sont assez peu centrés sur la pilule : on y parle de contraception, notamment dans

80. Cette polémique n'est pas sans rappeler celle, survenue plus récemment en France suite à la publication par une journaliste d'un livre dénonçant les effets néfastes de la pilule : S. Debusquat, *J'arrête la pilule*, Les liens qui libèrent éditions, 2017 ; Collectif, « Au lieu de condamner la pilule, considérons la parole des femmes », *Le Monde*, 26 septembre 2017.

81. C. R. Kay, « Progestogens and arterial disease. Evidence from the Royal College of General Practitioners' study », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 142, 1982, p. 762-65.

82. M. Renaudin, G. Andréani, V. Soriano, « Sept gynécologues réagissent à la déclaration de guerre du professeur Salat-Baroux », *Elle*, 11 février 1982. Parmi les gynécologues cité·e-s, on retrouve plusieurs·e-s médecins du collège médical du MFPPF : Pierre Simon, Sacha Geller, Jacqueline Kahn-Nathan, Henri Rozenbaum, David Élia.

83. Pr Pierre Mauvais-Jarvis, « Minipilules et pilules "normodosées" », *Le Monde*, 10 février 1982 ; G. Doucet, « La pilule au banc des accusées », *Le Nouveau Figaro*, mai 1982.

84. Un sondage réalisé par l'IFOP et publié dans le magazine *Elle* en 1984 affirme que « Les Françaises aiment moins la pilule », ce à quoi les mêmes médecins-expert·e-s répondent, quelques semaines plus tard, pour contester la représentativité de ce sondage et sa réalité sociale.

d'autres pays que la France. Le RU 486, qui permet la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse, arrive sur le marché à la fin des années 1980, et semble concentrer les débats et les polémiques des articles traitant de contraception.

Il est particulièrement frappant sur cette période que l'on ne trouve aucune trace, dans la presse, de la polémique qui fait rage dans d'autres pays européens, mettant en cause les pilules dites de « nouvelles générations » (troisième et quatrième générations). Ce faible relai dans la presse française peut paraître étonnant au regard de l'impact médiatique que ce sur-risque associé à certaines pilules contraceptives a eu en France en 2012-13 (Rouzaud-Cornabas, 2019). Pourtant, au milieu des années 1990, la mise en évidence dans les enquêtes épidémiologiques, d'un risque de thrombose veineuse supérieur pour ces générations de pilules par rapport aux précédentes provoque, dans plusieurs pays européens, une crise de la pilule (« *pill scare* ») très médiatisée et ayant un impact important sur le recours à ces produits. Ces débats ne sont pas du tout relayés dans la presse française, dans une période peu intense au niveau médiatique pour les contraceptifs oraux, comparé aux années 1960 ou 1970 (voir encadré 2.4).

De manière assez surprenante également, les articles du corpus qui parlent de pilule ou de DIU sur cette période parlent très peu de l'épidémie de VIH qui préoccupe alors de nombreux pays, la France y compris. Pourtant, des travaux ont montré la présence médiatique très forte de l'épidémie à partir dans les années 1980 et les stratégies de visibilité de la cause par Act Up (Herzlich, 1999). Plus généralement, il est intéressant de constater que très peu d'articles de notre corpus parlent de sexualité, et qu'assez peu d'articles font le lien entre contraception et une certaine « libération sexuelle » (sinon pour dénoncer le risque moral que représente la pilule en terme de sexualité sans contraintes). À la fin des années 1990, les contraceptifs oraux sont devenus un objet non polémique par excellence, une non-controverse. Un consensus semble s'être établi sur le fait qu'il s'agit du moyen contraceptif principal, bien que les articles commencent à évoquer d'autres méthodes, notamment hormonales (implants, injections).

2.2.3 La pilule, une évidence médiatique ?

Si la vision de la pilule comme seul contraceptif efficace ne se stabilise que progressivement dans la presse, il est intéressant de constater que cette vision émerge bien avant que le recours à la pilule ne devienne central dans les pratiques, notamment du fait des difficultés pour les femmes d'y accéder sans barrière matérielle ou morale. Les représentations qui font de la pilule un moyen central

dans la panoplie contraceptive devançant ici l'évolution réelle des pratiques.

Ainsi, la pilule est peu discréditée dans ce corpus, et elle est systématiquement qualifiée comme une méthode efficace. Si elle est parfois critiquée pour ses effets secondaires, elle est assez peu présentée en termes de risques pour la santé, et assez peu opposée à d'autres méthodes qui pourrait venir s'y substituer. À l'inverse, Elizabeth Watkins (1998) montre qu'aux États-Unis, la pilule a été, dès les années 1970, mise en cause dans les médias, puis a régulièrement fait l'objet de controverse dans les décennies suivantes, assez peu relayées en France. Ce n'est qu'avec la « crise de la pilule » de 2013, autour de la forte médiatisation du dépôt de plainte d'une femme ayant eu un accident vasculaire cérébral imputable à la prise de sa pilule de troisième génération, que le débat sur les risques, effets secondaires, et inconvénients des pilules œstro-progestatives a connu un véritable écho médiatique, qui perdure encore au moment de l'écriture de cette thèse. À cette occasion, l'évolution des pratiques semble avoir précédé l'évolution des représentations autour de la contraception en général, et de la pilule en particulier, puisque différentes enquêtes (enquête Cocon, 2002 ; Enquête Fecond, 2010) relevaient déjà une baisse du recours à cette méthodes au profit d'autres, et un certain nombre d'insatisfactions liées à la prise de pilule exprimées par des usagères (Leridon *et al.*, 2002; Moreau *et al.*, 2009; Bajos *et al.*, 2012).

La légitimation de la pilule dans la presse repose finalement sur la construction médiatique de plusieurs évidences⁸⁵ : la pilule est parfaitement efficace (de nombreux articles affirment qu'elle est efficace à 100 %) ; elle est sans danger pour les femmes ; elle est pratique ; elle ne comporte que peu d'inconvénients ou d'effets secondaires ; elle est préférable à toutes les autres méthodes ; elle doit être prescrite par des médecins, donc la contraception doit être médicalisée. Le façonnement de toutes ces évidences concernant la pilule contribue à en faire le meilleur moyen de contraception possible, et le meilleur moyen de lutte contre l'avortement. Dans un débat très clivant qui balaye assez rapidement la question du « pour ou contre » le contrôle des naissances, le débat sur l'avortement pose la pilule comme meilleure méthode possible pour éviter les avortements (pour ceux et celles qui s'y opposent), ou pour limiter leur nombre (pour celles et ceux qui considèrent l'avortement comme un recours parfois nécessaire). Ceci nourrit une vision pilulocentrique que l'on retrouve dans la presse française, selon laquelle la contraception « normale » se résume à, et se confond avec, la pilule.

Ce pilulocentrisme, qui se structure en partie au moment de la loi Neuwirth, perdure très fortement jusqu'aux années 2000 dans les représentations médiatiques.

85. Cette idée m'a été suggérée par Bibia Pavard au cours d'une communication que j'ai faite lors de la journée doctorale du Cermes3 (EHESS), en 2016. Qu'elle en soit vivement remerciée.

En témoignent les productions culturelles qui ont été publiées à l'occasion des cinquante ans du vote de la loi Neuwirth : quand Lucien Neuwirth n'est pas tout simplement désigné comme « Mr Pilule »⁸⁶, les publications ou émissions qui commémorent le vote de cette loi évoquent principalement une bataille pour la pilule⁸⁷, ou une loi autorisant la pilule⁸⁸, réduisant par-là l'ensemble de la contraception aux seuls contraceptifs oraux.

La norme contraceptive française, qui confère une place centrale aux contraceptifs oraux et une place secondaire aux dispositifs intra-utérins, trouve donc un écho dans la sphère médiatique, au travers d'un pilulocentrisme qui tend parfois à confondre contraception et pilule. À ce titre, recourir principalement à la pilule pour prévenir les grossesses non souhaitées est présenté, médiatiquement, comme une évidence. Cette évidence trouve un écho dans les pratiques prescriptives.

2.3 « On ne se posait pas de questions » : La pilule, une évidence prescriptive.

Cette dernière partie de chapitre analyse dans quelle mesure la pilule constitue également une évidence pour les prescripteurs·trices. Sans expliciter à ce stade comment se sont constituées des représentations professionnelles et des pratiques prescriptives centrées sur la pilule⁸⁹, il s'agit de montrer que la pilule fait, des années 1980 jusqu'à aujourd'hui, figure d'évidence comme mode de prescription par défaut. Cette centralité de la pilule dans les pratiques professionnelles n'est pas sans conséquences sur le choix réellement proposé aux usager·e-s des services de santé en demande de contraception, qui sont en France principalement des usagères.

86. I. Mourgere, « 50 ans après, la France rend hommage à “Mr Pilule”, Lucien Neuwirth », *tv5monde*, 10 février 2017, <https://information.tv5monde.com/terriennes/la-france-rend-hommage-mr-pilule-153423> [consulté le 17 septembre 2019].

87. É. Lanez, « 50 ans de contraception : et de Gaulle fit passer la pilule... », *Le Point*, 26 décembre 2017, https://www.lepoint.fr/culture/et-de-gaulle-fit-passer-la-pilule-30-12-2014-1893009_3.php [consulté le 28 décembre 2017]

88. A. Breteau, « Médecine et contraception : les liaisons dangereuses? », *Le Point*, 26 décembre 2017, http://www.lepoint.fr/sante/medecine-et-contraception-les-liaisons-dangereuses-26-12-2017-2182550_40.php [consulté le 28 décembre 2017]; F. Drouelle, « 1967, la pilule, enfin », émission France Inter, 22 mai 2018, <https://www.franceinter.fr/emissions/affaires-sensibles/affaires-sensibles-22-mai-2018> [consultée le 9 août 2018].

89. Les ressorts de la construction d'une norme de prescription accordant une place centrale à la pilule seront analysés de manière plus détaillée dans la deuxième partie de la thèse, notamment dans les chapitres 3 et 5.

2.3.1 La centralité de la pilule pour les prescripteurs·trices...

La norme contraceptive française décrite précédemment, selon laquelle les femmes commencent leur trajectoire contraceptive avec le préservatif, puis avec la pilule lorsqu'elles sont dans une relation stable, et la terminent enfin avec le DIU comme contraception d'arrêt, contribue à instituer la pilule comme contraception par défaut des femmes en couple entre 15 et 35-40 ans, soit pendant une très large part de leur vie féconde. Au niveau de la prescription, plusieurs travaux suggèrent qu'en France dans les années 2000 et 2010, la pilule est la méthode prescrite en première intention, et qu'elle est parfois même la seule méthode proposée lors des consultations en contraception (Ruault, 2015; Ventola, 2017; Roux *et al.*, 2017).

Historiquement, ce constat transparait dans le fait que de nombreux·euses expert·e·s médicaux·ales jugent la modernité contraceptive de la France à l'aune de la diffusion de la pilule. C'est ce que met en lumière un colloque international sur la régulation de la fécondité organisé en mars 1979 par le ministère de la Santé et de la Famille, la Direction générale de la Santé et le Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale. À cette occasion, Pierre Simon, gynécologue, ancien membre du MFPPF, ancien président du Collège médical, et membre du Conseil supérieur de l'information sexuelle, intervient pour présenter le colloque comme suit :

« La France est le pays de Descartes qui proclamait son “désir de voir clair sur cette terre”. Retardé de dix ans au moins par les tenants de la morale figée et par son Ordre des médecins dans l'acquisition de ce droit de l'Homme, notre pays a comblé son retard. La lutte contre la fatalité par le contrôle de la procréation nous place, en 1979, paradoxalement dans la situation suivante : 28 % des femmes âgées de 20 à 44 ans utilisent la pilule pour 26 % en Grande-Bretagne et 22 % aux Etats-Unis ; 9 % le stérilet pour 6 % en Grande-Bretagne et Etats-Unis ; Mieux même ! En 1970, notre “*Enquête sur le comportement sexuel des Français*” révélait que 10 % seulement des femmes en âge de procréer prenaient ou avaient pris la pilule. En 1978, l'enquête I.N.E.D.-I.N.S.E.E. en rapporte 54 % avec un maximum de 38 % entre 20 et 24 ans. En bref, nous avons la plus forte proportion de consommatrices et la plus faible information. Pallier cette carence, tel est le but du Colloque de Paris. »⁹⁰

Ainsi, dès 1979, Pierre Simon, considéré comme un expert important en contraception, estime que la France a rattrapé son retard en matière contraceptive « par

90. Colloque international sur la régulation de la fécondité, bilan et perspectives, 1-2 mars 1979, coordonné par le ministère de la Santé et de la Famille, la Direction générale de la Santé et le Conseil supérieur de l'information sexuelle de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, CAF, Fonds Pierre Simon, 17 AF 37.

rapport aux occidentaux industrialisés » parce que ce pays compte un taux de recours à la pilule et au DIU supérieur aux pays anglo-saxons. Il se félicite également de la vitesse à laquelle s'est faite la diffusion de la pilule en France, cette « forte proportion de consommatrices » étant révélatrice du travail de diffusion de la contraception réalisé par le MFPPF et les expert·e·s médicaux·ales. La modernisation de la France s'est donc faite, selon lui, grâce à la médicalisation de la contraception. Cette médicalisation se traduit, plus particulièrement au niveau des prescripteurs·trices, par une forme d'évidence prescriptive de la pilule contraceptive, les autres méthodes apparaissant comme marginales, ou intervenant de manière secondaire dans le cas du DIU. C'est ce que suggèrent notamment les propos de Danielle Hassoun, gynécologue (formée à l'obstétrique mais exerçant comme gynécologue médicale), lorsque je l'interroge sur les méthodes qu'elle prescrivait au début des années 1980, lorsqu'elle a commencé sa carrière de médecin :

« J'ai prescrit la pilule, pourquoi est-ce que j'ai prescrit la pilule ? Parce que je ne savais rien prescrire d'autre. Donc je vous ai dit, un peu de diaphragmes, un peu de spermicides, des stérilets chez des femmes qui avaient eu au moins deux enfants, et puis voilà. Je crois que je me suis pas posé de questions... Moi-même je me suis avalé la pilule (...) et on ne se posait pas de questions, ni du cancer ni... »

(Danielle Hassoun, gynécologue de ville, entretien à son domicile le 8 février 2016)

Cet extrait laisse entendre que la prescription de pilule, pour les médecins spécialistes dans les années 1980, était le mode de prescription par défaut, les autres méthodes intervenant plus occasionnellement, ou dans des cas de figure spécifiques (DIU pour des femmes ayant eu deux enfants). La prescription de pilule, en France, semble ne pas « pos[er] de questions ».

La thèse de Cécile Ventola (2017) relève également cette forte centralité de la pilule dans les pratiques prescriptives en France, dans les années 2000 et 2010. Elle montre que les médecins français·es proposent principalement la pilule, parfois d'autres méthodes, mais presque jamais de méthodes non médicales, ni de méthodes masculines (préservatif ou vasectomie). En France, c'est l'avis du ou de la médecin qui prime dans le choix, alors qu'en Angleterre, une plus grande place est donnée aux choix des usager·e·s, en leur proposant toutes les alternatives possibles et en créant les conditions d'un choix informé. Le travail que nous avons réalisé sur les recommandations contraceptives des médecins français (Roux *et al.*, 2017) prolonge cette analyse, et met en évidence les facteurs qui entrent en jeu dans le fait de recommander, ou non, des méthodes alternatives à la pilule lors des consultations de contraception. À partir d'une enquête représentative effectuée auprès de 1011 médecins généralistes et gynécologues exerçant en France en cabinet

de ville (enquête Fecond médecins, 2010), nous montrons qu'une majorité de prescripteurs·trices recommandent principalement la pilule comme moyen contraceptif, ainsi que le DIU, et beaucoup moins les autres méthodes⁹¹.

Ces analyses portant sur les pratiques de prescription et les recommandations en contraception dans les années 2010 renseignent sur la formation et la socialisation professionnelle des médecins à la prescription contraceptive, pour des médecins formés entre les années 1970 et 2000. Ces données transversales nous invitent donc à considérer l'évolution des pratiques professionnelles, de manière plus longitudinales, en considérant comment différentes générations de médecins ont été formées à la prescription de telle ou telle méthode entre les années 1960 et les années 2000. Qui a formé ces médecins ? Quels ont été les contenus de formation à leur destination ? Quelles hiérarchies entre les différentes méthodes ont été instaurées à cette occasion, et en se basant sur quels types de savoirs ? Ce questionnement sera l'objet de la partie II de la thèse, qui permettra de montrer que la norme contraceptive française est avant tout une norme médicale. La section suivante revient sur la manière dont la centralité de la pilule dans la prescription contraceptive se traduit par la restriction du choix en matière contraceptive.

2.3.2 ...Qui conditionne un inégal accès au choix contraceptif

Plusieurs travaux soulignent des disparités socio-économiques dans l'accès aux méthodes médicales de contraception. Ainsi, dès les premières enquêtes françaises sur les pratiques contraceptives, H. Leridon mettait en évidence des différences socio-culturelles dans l'utilisation des méthodes contraceptives médicales. Les femmes jeunes, les plus diplômées, vivant dans des grandes villes (voire même en région parisienne pour la plupart) furent les premières à prendre la pilule au début de la décennie 1970, même si en 1978 les écarts socio-culturels dans la connaissance et l'utilisation des méthodes s'étaient largement réduits (Leridon, 1987). Le DIU connaît partiellement la même trajectoire sociale de diffusion dans les années 1980, même si l'enquête Ined-Insee de 1988 ne conclut qu'à un « rattrapage » partiel des catégories les moins urbanisées ou les moins diplômées sur les autres, contrairement à la pilule qui s'est banalisée dans toutes les catégories sociales de la population. N. Bajos et ses collègues prolongent cette analyse au début des années

91. Plus de 90 % des médecins interrogé·e·s recommandent fréquemment des pilules de deuxième et troisième génération, et 75 % recommandent les DIU. Une minorité de médecins recommandent souvent l'implant, le patch ou l'anneau hormonaux, et moins d'un tiers des médecins recommandent les préservatifs féminins, les spermicides, les méthodes naturelles, ou encore les méthodes de contraception définitive (stérilisation tubaire et vasectomie).

2000 en montrant que la contraception en général et la pilule en particulier se sont diffusées dans la société française, mais que des inégalités entre catégories sociales se recomposent autour de l'accès aux pilules de 3^e et 4^e génération et autour de l'accès au DIU (Bajos *et al.*, 2004). En effet, les pilules les plus chères (3^e et 4^e générations), supposées avoir le moins d'effets indésirables et « mieux tolérées » sont davantage accessibles aux femmes de milieux favorisés (pour des raisons financières et parce qu'elles consultent davantage des gynécologues que des médecins généralistes, les premier·e·s prescrivant plus souvent que les second·e·s des pilules de 3^e et 4^e générations)⁹². Le facteur mis en évidence par les chercheuses·eurs est donc un inégal accès aux innovations les plus récentes en matière contraceptive, résultant d'un moindre accès aux informations sur ces nouvelles méthodes, et de moindres ressources socio-économiques.

D'autres travaux montrent les inégalités dans l'accès à certaines méthodes, selon l'âge ou l'origine des usagères. La sociologue Lucile Ruault (2015) suggère ainsi qu'il est très compliqué pour certaines patientes de moins de 35 ans sans enfants de se voir prescrire un DIU, sans voir leur demande disqualifiée ou faisant l'objet de tentatives de dissuasion de la part des gynécologues consulté·e·s. À l'inverse, des femmes de plus de 35 ans se voient très rarement proposer une pilule, et ce même quand l'examen clinique ne révèle pas de risque thromboembolique ou cardio-vasculaire. L'augmentation des risques de thromboses veineuses ou d'accident cardio-vasculaire mise en évidence par les enquêtes épidémiologiques chez les femmes de plus de 35 ans poussent en effet les médecins à dissuader les femmes de recourir à la pilule, et à les orienter vers d'autres méthodes, notamment le DIU. L. Ruault montre ainsi que les médecins orientent fortement la présentation des méthodes contraceptives selon l'âge de la personne qu'ils ont en face d'eux, souvent au détriment du DIU, mais également des méthodes autres que la pilule ou le préservatif. Un même objet se voit, d'une consultation à l'autre et en fonction des caractéristiques de la personne qui vient consulter pour sa contraception, disqualifié comme étant trop peu pratique, dangereux, douloureux à poser, pas complètement efficace, ou au contraire sans aucun risque, simple à insérer et parfaitement fiable.

Les travaux de Hélène Bretin sur les contraceptifs injectables (Bretin, 1992, 2004) ou plus récemment son travail en collaboration avec Laurence Kotobi sur les implants (Bretin et Kotobi, 2016) permettent d'éclairer, par contraste, l'assignation de certaines méthodes contraceptives à des femmes socialement et médicalement

92. Ce constat d'inégalité vis à vis des dernières innovations contraceptives a pu se trouver inversé lors de la récente crise médiatique des pilules de nouvelles générations, où les femmes des catégories les plus favorisées se sont retrouvées exposées à un surrisque d'accident thromboembolique du fait de leur surconsommation de ce type de produits (Rouzaud-Cornabas, 2019).

qualifiées de hors normes, c'est-à-dire des femmes susceptibles de ne pas s'insérer dans le cadre de la norme contraceptive française. Ainsi, ces méthodes hormonales alternatives à la pilule, très peu utilisées en France au moment des enquêtes en question (années 1990 et 2000), et qui restent aujourd'hui assez marginales dans les pratiques (Bajos *et al.*, 2014), sont assignées par les médecins à des catégories de femmes jugées inaptes à prendre une pilule. Ainsi, elles sont souvent prescrites chez les femmes migrantes d'Afrique sub-saharienne et du Maghreb (Bretin, 2004; Bajos *et al.*, 2012). Elles sont également souvent préconisées chez les personnes déficientes mentalement. Ces « marginalités contraceptives », selon l'expression d'H. Bretin, suggèrent que certaines méthodes sont cantonnées à des cas exceptionnels, et qu'à l'inverse dans la plupart des cas, la prescription de pilule fait figure d'évidence.

La construction d'une évidence de la pilule contraceptive peut justement contribuer à produire ces inégalités dans l'accès aux différentes méthodes, en ne permettant qu'aux usagères qui possèdent les dispositions sociales nécessaires pour questionner la compétence médicale de dévier du contraceptif qui leur est implicitement attribué par le-la médecin. Ainsi, l'accès ou non à la pilule – ou à tel ou tel type de pilule – n'est pas un simple aspect des inégalités face à la contraception. Il constitue le cœur de la dynamique de ces inégalités : c'est en référence à la norme contraceptive (et prescriptive) qu'est la pilule, et au nom de son efficacité supérieure revendiquée, que l'on restreint l'offre contraceptive et l'accès à l'information sur les différentes méthodes, que la perspective du choix éclairé disparaît au profit de ce qui est souvent présenté comme la bonne méthode⁹³.

93. C'est aussi en fonction de cette norme que l'on définit des femmes « hors normes », n'étant pas en mesure de prendre correctement une pilule, qui constituent alors le cas limite de la prescription d'autres contraceptifs.

Conclusion de la partie I : interroger l'évidence française de la pilule

La centralité de la pilule en France semble ainsi prendre plusieurs formes. Une majorité de femmes y ont recours comme méthode contraceptive, notamment les femmes qui débutent leur vie sexuelle, et jusqu'à ce qu'elle aient eu un nombre d'enfants socialement valorisé : c'est la norme contraceptive française. Conjointement, la pilule apparaît comme centrale dans les représentations médiatiques de la contraception. Enfin, elle est placée, par les expert·e·s et par les prescripteurs·trices, au centre du dispositif national de prescription contraceptive.

La mise en place de cette centralité s'inscrit dans un processus historiquement et géographiquement situé, à savoir la France des années 1970 à 2000. La légitimation de la pilule repose sur la production de plusieurs évidences sur les contraceptifs oraux, qui se structure autour de la rhétorique de la lutte contre l'avortement. Cette rhétorique fait que la prise en compte des effets secondaires des contraceptifs oraux n'est possible que très marginalement, et est sans cesse minimisée par les expert·e·s (voir chapitre 3 et 4).

Cette vision contribue à poser la contraception comme une « affaire de femmes », c'est-à-dire à penser la question du contrôle des naissances en faisant peser la responsabilité contraceptive uniquement sur les femmes (Thomé, 2016). Présenter la pilule comme une méthode simple à utiliser et parfaitement efficace occulte également le travail mis en œuvre par les femmes pour assurer la prévention des grossesses non souhaitées entre les deux partenaires (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2018). La norme contraceptive que ce processus contribue à faire émerger est donc éminemment genrée : la responsabilité contraceptive reposant sur les femmes est construite comme une évidence, au point qu'elle est naturalisée.

Questionner l'évidence de la pilule contraceptive en France constitue une première rupture avec le sens commun, profane comme professionnel. Après avoir montré que cette évidence est le fruit d'une construction historique, cette thèse propose d'explorer plusieurs hypothèses permettant d'étudier la mise en place de la centralité de la pilule en France.

Deuxième partie

Prescrire la pilule : la construction d'une évidence médicale

Cette partie étudie la manière dont la prescription de pilule et la hiérarchisation entre les méthodes de contraception est *progressivement* devenue une évidence pour les médecins en France. En d'autres termes, il s'agit de montrer que la norme contraceptive française est avant tout une norme médicale et professionnelle. Pour cela, j'analyse trois processus qui ont favorisé la constitution de cette norme.

Premièrement, je m'intéresse au champ de l'expertise en contraception et à son évolution entre les années 1960 et 2000. Analyser les trajectoires professionnelles des expert·e·s en contraception permet de mettre en évidence le passage d'une activité militante à un domaine de la médecine institutionnalisé, notamment à l'hôpital. Le chapitre 3 explore la manière dont cette institutionnalisation de l'expertise en contraception se traduit dans la vision des différentes méthodes promues par les expert·e·s.

En second lieu, j'étudie le rôle d'une spécialité – la gynécologie médicale – dans la médicalisation de la contraception en France. Cette spécialité, dont une grande partie de l'activité est centrée sur la prise en charge contraceptive, se développe de manière parallèle à la diffusion des méthodes médicales de contraception. C'est la simultanéité de, et les liens entre, ces deux phénomènes que j'explore au chapitre 4.

Enfin j'analyse dans le chapitre 5 l'évolution de la formation des médecins en matière contraceptive et de leurs pratiques prescriptives, particulièrement entre la fin des années 1970 et les années 2000. Ceci permet de montrer à quel moment et de quelle manière se met en place la centralité de la pilule dans les représentations et les pratiques des prescripteurs·trices.

Chapitre 3

La professionnalisation de l'expertise contraceptive : une légitimité croissante au détriment de la diversité des méthodes

Ce chapitre retrace l'évolution du champ de l'expertise sur la contraception en France, entre les années 1960 et les années 2000. Il s'agit de rendre compte de la manière dont les caractéristiques socio-professionnelles des expert·e·s en contraception évoluent en même temps que la légitimité scientifique et sociale conférée à cette thématique dans le champ médical. Conjointement à l'évolution du champ de l'expertise et de la légitimité accordée à la contraception, le contenu lui-même de l'expertise en contraception évolue. Je montre ici que d'une panoplie de méthodes recommandées dans le cadre militant qui est celui du MFPPF, les expert·e·s en contraception se centrent progressivement sur les méthodes médicales uniquement, puis quasi-exclusivement sur les méthodes hormonales.

En France, de la fin du XIX^e siècle jusqu'au milieu des années 1960, le contrôle des naissances est marqué par une certaine illégitimité, et décrié aussi bien sur le plan scientifique que sur le plan moral. Peu mentionnée dans la presse jusqu'à la fin des années 1950, la thématique de la régulation des naissances l'est occasionnellement dans le champ médical, même si elle demeure peu valorisée à cette époque (Garcia, 2011; Pavard, 2012c). Les personnalités – scientifiques ou médecins – qui s'associent à la défense de cette cause y risquent leur réputation auprès de leurs pairs, voire leur carrière. L'ouvrage de Pierre Simon, alors vice-président du MFPPF et président du Collège médical du Planning, sur le contrôle des naissances et sur les oppositions morales et politiques à une réforme de la loi de 1920 s'ouvre sur

un élan de lyrisme qui rend compte de la mise à l'écart dont il juge faire l'objet à cause de son ralliement au combat pour la contraception :

« Ce livre a pour auteur un de ces médecins maudits depuis plus d'une décennie.
Maudit, tout comme une poignée de confrères et d'amis,
Maudit par les siens, d'abord, pour espérer triompher d'un fol combat qui le couvre d'opprobre,
Maudit par son Conseil de l'Ordre pour attenter au fameux Bon Ordre de la Déontologie médicale,
Maudit par ses amis pour les déranger dans leur pensée routinière bien qu'ils soient disciples de la libre expression,
Maudit par les Églises pour ébranler un certain état de fait nécessaire à la soumission des âmes,
Maudit, enfin, par le législateur, pour s'en prendre à une morale désuète depuis plus d'un siècle. »¹

Cette citation, outre la touche de pathos qui la caractérise, témoigne des oppositions que rencontrent les militant·e·s en faveur de la régulation des naissances en France, au point de vue moral et religieux, dans l'espace public, dans la sphère politique, mais également, dans le cas des médecins, dans leur propre milieu professionnel. Au sein du corps médical, l'opposition la plus forte est incarnée par l'instance représentante de la profession, le Conseil de l'Ordre des médecins, qui entend se faire le gardien de la morale médicale, et menace les médecins du MFPPF de sanctions (Garcia, 2011, p. 82). Outre ces oppositions, les médecins qui s'engagent dans le combat pour la légalisation de la contraception s'exposent parfois à des sanctions de leur profession-même, quand il ne s'agit pas de sanctions juridiques. Jacqueline Kahn-Nathan, ancienne gynécologue médicale et ancienne cheffe de clinique à l'Hôpital Necker à Paris, note ainsi que les médecins ayant déjà acquis une reconnaissance et un certain prestige dans la sphère médicale (postes prestigieux à l'hôpital) refusent de s'engager publiquement en faveur de la contraception dans les premières années de lutte du MFPPF, bien qu'ils puissent apporter des formes de soutien informelles. Elle cite l'exemple de Albert Netter, chef du service de gynécologie et d'endocrinologie de l'Hôpital Necker, et son patron de l'époque :

« En 1960 (...) j'étais cheffe de clinique chez Netter, et Netter a été invité, (...) quand il est rentré, il m'a demandé si je voulais bien m'occuper [de la contraception]. Je m'occupais de la contraception chez Netter, qui était le seul service de gynécologie

1. Dr P. Simon, 1966, *Le contrôle des naissances. Histoire - philosophie - morale*, Saint-Amand, Petite Bibliothèque Payot p. 7

médicale qui existait à Paris (...) À l'hôpital, c'est le seul gynécologue médecin des hôpitaux qui se soit intéressé à la gynécologie médicale. Donc il s'est branché un peu tardivement, du reste, sur la contraception, et à ce moment-là, moi j'étais déjà engagée un peu, mais j'avais été son interne. Il m'a fait venir, il m'a dit : "Jacqueline, on m'offre un poste de chef de clinique, je voudrais que vous le preniez". J'ai dit : "oui, pourquoi pas... merci". Et puis il me dit : "et si vous voulez vous ferez de la contraception". Ah! je lui ai répondu : "non, Monsieur, si vous voulez, vous, qu'on en fasse, on en fera chez vous, mais moi j'en ferai pas derrière votre dos!" Il savait que j'étais déjà très connue pour ça. Alors il m'a dit : "oui oui, c'est ce que je voulais dire...", on n'en a plus jamais reparlé, et la contraception s'est développée à Necker d'une façon... extraordinairement rapide. (...)

- *Et peut-être pour revenir sur le département de Netter, du coup il existe depuis les années 1950 j'imagine, et il s'est développé...*

- C'était après les années 1950. Moi j'étais interne de Netter, en 1955-56 et cheffe de clinique en 1961-62. Et ça c'est développé à ce moment-là. Mais Netter était pas contre, il était très libéral, mais il voulait pas avoir d'ennui. C'est-à-dire : "vous en ferez si vous voulez mais je suis au courant de rien..." C'était aussi : "je dégage ma responsabilité". C'est pour ça que je lui ai dit, on en fait si vous voulez. (...) Mais il voulait pas prendre de responsabilité, il voulait bien que je les prenne. Ça c'était...

- *Et même après la légalisation, après Neuwirth... ?*

- Oh non, après ils étaient d'accord. Non mais c'était encore clandestin. C'était quand même 1960, la loi Neuwirth c'est 1967, donc il y a quand même un certain temps qui s'était écoulé. Mais plus on en a posé [des DIU], plus ça devenait une évidence que la loi devait entériner les faits. »

(Jacqueline Kahn-Nathan, experte en contraception spécialiste du DIU, ancienne membre du MFPPF, gynécologue médicale hospitalière)

Cet extrait permet d'entrevoir la posture ambivalente d'un chef de service reconnu dans le champ médical vis-à-vis d'une cause qu'il soutient, le développement de la régulation des naissances dans un cadre hospitalier, mais à laquelle il craint d'associer son nom et sa responsabilité. J. Kahn-Nathan raconte ici le compromis choisi par Netter, de nommer une cheffe de clinique pour développer la contraception à l'Hôpital Necker, tout en dégageant sa responsabilité et en s'assurant que son nom ne soit pas publiquement associé à cette entreprise. La sociologue Sandrine Garcia revient dans son travail sur le MFPPF sur les conditions sociologiques de l'engagement de ces médecins dans une cause illégale et pouvant potentiellement avoir des effets négatifs sur leur carrière (Garcia, 2011, p. 62-80). Elle montre ainsi que l'ensemble des médecins qui se sont publiquement engagé·e·s dans le combat pour la légalisation de la contraception et au sein du MFPPF partagent une certaine

distance vis-à-vis de la loi du fait d'engagements préalables dans la Résistance (voir suite du chapitre), mais également une « identité dominée » (p. 79) au sein du champ médical. En effet, pour la plupart, ces médecins, de par leur engagement politique (de gauche, socialiste ou communiste), leur origine sociale modeste, ou bien leur origine religieuse (une large part sont juifs ou protestants), ont déjà connu des trajectoires professionnelles contrariées au moment où ils s'engagent dans cette cause. Ceci, notamment du fait de leur distance vis-à-vis d'un corps médical majoritairement issu de la bourgeoisie française catholique, conservatrice, et partiellement antisémite. Netter, qui a accédé à une position dominante dans le champ médical, chef d'un service hospitalier, aurait ainsi trop à perdre à s'associer publiquement à une cause qui émerge d'une fraction marginale et dominée du champ médical.

Comme l'ont bien montré la sociologue Sandrine Garcia (2011) ou l'historienne Bibia Pavard (2012c), la première entreprise des médecins réunis en Collège médical du Planning Familial est de légitimer socialement la contraception (lui donner sa « respectabilité ») en l'associant à une question de santé publique et d'équilibre physique et mental, relevant alors du champ d'intervention de la médecine. Ce premier moment parvient à donner une légitimité sociale aux revendications pour l'accès à la contraception, qui débouche sur la loi Neuwirth de 1967, mais ne constitue alors pas une consécration au sein de l'institution médicale elle-même. Ce champ de la médecine demeure, à la fin des années 1960, un « sale objet », de même que Hughes parle de « sale boulot », ou « *dirty work* » (Hughes, 1971, p. 306-14) : illégitime d'un point de vue scientifique, et la résultante d'une vocation militante plus que l'aboutissement d'une brillante carrière hospitalière. Or, la technicisation croissante des savoirs sur la contraception, et notamment la focalisation des expert·e·s qui s'en saisissent sur des savoirs fondamentaux en endocrinologie contribuent à donner à ce champ d'étude une certaine légitimité scientifique, en en faisant un domaine médical de pointe, et un secteur industriel innovant, du moins jusqu'aux années 1980.

Dans ce chapitre, il s'agit de comprendre ce passage des années 1960, marquées par les combats du Planning familial pour la légalisation de la contraception avec une double stratégie, de transgression de la loi et de quête de respectabilité, au contexte des années 1980-1990, marqué par une très grande légitimité de certains savoirs très technicisés (l'endocrinologie, notamment) et une légitimité sociale et scientifique de l'expertise médicale sur la contraception. Cette légitimité sociale et scientifique acquise par les prescripteurs·trices s'oppose à une moindre légitimité d'autres types d'expertises sur la contraception (sages-femmes, infirmières, employé·e·s des Planning familiaux, associations féministes ou femmes elles-mêmes).

Pour cela, ce chapitre se centre sur les acteurs·trices de cette légitimation : les expert·e·s médicaux·ales en contraception, dont les carrières reflètent la légitimité croissante de l'objet contraception dans le champ de la médecine. De premier·e·s expert·e·s « militant·e·s », on passe à des expert·e·s reconnu·e·s par leurs pairs (médecins) pour leur expertise en contraception, et même, dans le cas des contraceptifs hormonaux, à une légitimité très grande dans le champ de la médecine.

Ce chapitre s'appuie sur l'analyse de trajectoires professionnelles d'acteurs·trices ayant été, entre 1960 et 2000, sollicité·e·s comme expert·e·s dans la presse ou d'autres types de médias, dans la presse médicale, dans les commissions étatiques sur la contraception, ayant publié des ouvrages de vulgarisation et des ouvrages scientifiques sur la contraception, ou ayant donné des formations médicales sur la contraception. Pour cela, j'ai recueilli des histoires de vie en réalisant des entretiens avec certain·e·s d'entre eux et elles², lorsqu'ils·elles étaient encore vivant·e·s, et consulté pour d'autres leurs archives, lorsqu'elles étaient disponibles³. Certain·e·s expert·e·s ont publié leur autobiographie, ce qui a fourni un matériau complémentaire des entretiens et des archives. J'ai également analysé les rubriques nécrologiques publiées dans des revues médicales (particulièrement, *Le Quotidien du médecin*), ou les éloges prononcés à destination de sociétés médicales, où apparaissent des informations sur la carrière de ces expert·e·s, et les hiérarchies de prestige associées à ces carrières et aux institutions afférentes, par les médecins qui prononcent ces éloges. On y apprend, par exemple, quels types de publications constituent l'aboutissement d'une carrière médicale, ou quels types de postes occupés sont considérés comme prestigieux. Enfin, certaines données biographiques sont disponibles en ligne, dont la date de naissance de certain·e·s médecins (lorsqu'ils ont publié des livres, cette information est accessible sur le site de la BnF), leur date de thèse de médecine (la plupart des thèses universitaires étant conservées dans les universités où elles ont été soutenues, leurs références sont accessibles *via* le site du Sudoc), ou encore leur grade dans la hiérarchie médicale (indiqué notamment dans les articles publiés, celui-ci correspond au grade atteint au moment de la publication de l'article). Le *Journal Officiel de la République Française*⁴ publie également les nominations à différents grades hospitaliers (praticien·ne hospitalier·e, professeur·e d'université), même si cette source s'est révélée assez incomplète concernant la plupart des expert·e·s considéré·e·s. Au total, j'ai pu reconstituer vingt-neuf trajectoires d'expert·e·s médicaux·ales en contraception.

2. 10 entretiens biographiques et sociologiques ont été réalisés. Voir la liste en annexe B.

3. Bibliothèque universitaire d'Angers, Centre d'Archives du Féminisme : Fonds Simon, 17 AF ; Fonds Képès, 19 AF ; Bibliothèque interuniversitaire de santé, Université Paris Descartes : Fonds Dalsace-Vellay.

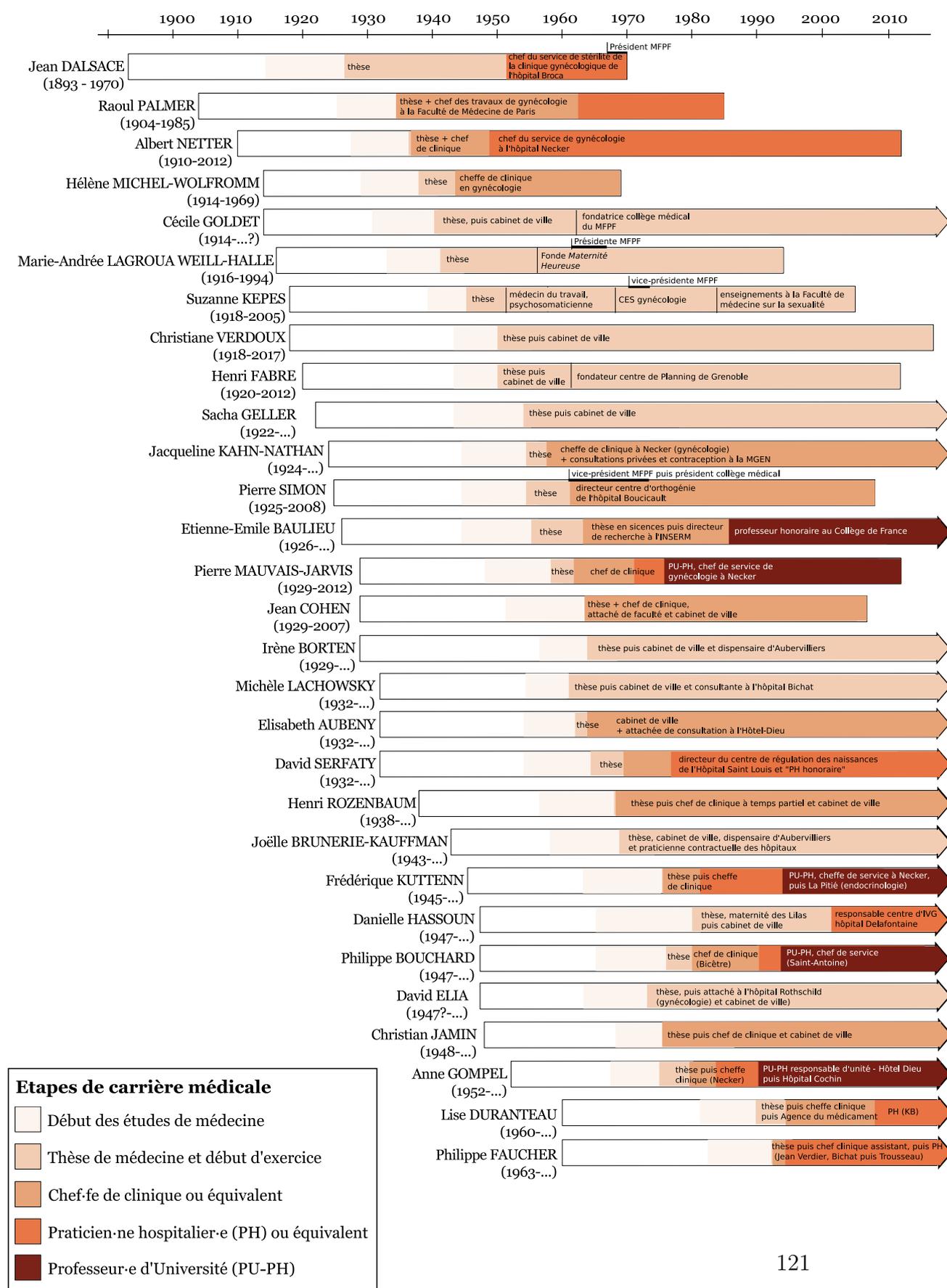
4. Accessible en ligne : <https://www.journal-officiel.gouv.fr/>.

La figure 3.1 synthétise les principales étapes de carrière médicale et hospitalière de ces expert·e·s, et permet de les situer en termes de génération. Les deuxième et troisième parties du chapitre se basent en outre sur l'analyse des contenus d'articles sur la contraception dans les revues médicales, afin de mettre en évidence la redéfinition du champ de la contraception, et la focalisation de plus en plus importante des expert·e·s sur les œstro-progestatifs de synthèse à mesure que le champ se professionnalise et que les savoirs se technicisent.

Cette vision du champ des expert·e·s ne prétend pas à l'exhaustivité. Elle s'appuie sur le recoupement de plusieurs matériaux portant sur différents espaces sociaux, favorisant ainsi la reconnaissance des actrices·teurs très visibles dans ces différents espaces, qui ont œuvré à vulgariser et à publier les savoirs sur la contraception, ou qui ont fait la démarche de rendre accessibles leurs archives. Les informations sur les expert·e·s qui n'ont pas répondu à mes sollicitations (voir méthodologie et refus de répondre, chapitre 1), ou qui étaient moins facilement accessibles rendent l'analyse de leur trajectoire moins complète et moins pertinente. Les acteurs·trices qui sont moins visibles ou qui ont peu publié sont également susceptibles d'avoir été omis·es de l'analyse. Cette analyse n'a, de fait, pas pour ambition d'identifier avec exactitude l'ensemble des expert·e·s en contraception sur la période, mais de retracer les dynamiques et les tensions entre acteurs·trices au sein de ce champ, leur évolution sur quatre décennies, et leur impact sur la manière de définir des normes en matière contraceptive.

Une fois mise en évidence la professionnalisation de cette expertise au prisme des trajectoires de celles et ceux qui ont œuvré à la légitimation de la contraception, nous verrons l'impact de cette professionnalisation sur la définition même de la contraception. Il s'agira dans cette troisième section de montrer que la légitimation d'une expertise très technicisée contribue à évincer la vision de la contraception initialement promue par les médecins fondateurs du MFPPF. En effet, les fondateurs du MFPPF promouvaient une contraception comme un ensemble de techniques à disposition des couples (à l'époque, la contraception était légitimée dans le cadre strictement conjugal), ayant chacune leurs avantages et leurs inconvénients. La vision promue par ces expert·e·s à partir de la fin des années 1980, est, elle, plus directement focalisée sur les hormones, témoignant d'un moindre intérêt, d'une moindre légitimité et d'un moindre prestige médical des autres produits contraceptifs.

FIGURE 3.1 – Trajectoires professionnelles et étapes de carrières des expert·e·s médicaux·ales en contraception, (1960-2000)



Sources : graphique établi à partir d'archives ou de données disponibles en ligne (BnF, Sudoc, *curriculi vitæ* publiés), recoupées avec les données récoltées en entretien.

3.1 D'une expertise militante à sa professionnalisation

3.1.1 L'avant-garde. Qui sont les expert·e·s en 1960 ?

Dans les années 1950, au moment où la prescription contraceptive est encore interdite, et où la contraception demeure illégitime dans l'espace public, même si les débats pour sa légalisation commencent à émerger (voir chapitre 2), peu d'individus se revendiquent, ou sont désignés, comme expert·e·s. Une avant-garde hospitalière se positionne néanmoins en faveur du contrôle des naissances et contre les ravages de l'avortement clandestin, tandis que les militantes de l'association *Maternité Heureuse*, et en premier lieu Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, participent à l'élaboration d'une forme d'expertise clinique et de terrain. Ainsi, les expert·e·s en 1960 sont celles et ceux déjà engagé·e·s depuis plusieurs années, voire plusieurs décennies, dans le combat en faveur de la contraception.

Du côté hospitalier, en effet, Jean Dalsace (1893-1970), fervent partisan du contrôle des naissances depuis les années 1930, gynécologue hospitalier et praticien spécialisé sur les questions de stérilité, ouvre en 1935 à Suresnes la première consultation de contraception en France, et reste, jusqu'en 1967 où il prend la suite de M.-A. Lagroua Weill-Hallé à la tête du MFPPF, publiquement engagé en faveur d'une révision de la loi de 1920. Médecin et chercheur reconnu en gynécologie⁵ et dans le champ de l'étude de la stérilité, il rejoint très tôt le MFPPF, publie et communique abondamment sur le contrôle des naissances, participe à des congrès internationaux sur le sujet, et s'intéresse à toutes les méthodes disponibles, y compris, dès les années 1930, à ce qu'il appelle la « stérilité volontaire » (méthodes de stérilisation masculine et féminine)⁶. Proche collaborateur considéré comme son successeur, Raoul Palmer (1904-1995) se spécialise en gynécologie dans le traitement des stérilités féminines. Chirurgien également très actif au sein de la Société française de Gynécologie, il perfectionne un certain nombre de techniques chirurgicales, notamment la coelioscopie, et demeure, comme Dalsace, un spécialiste formé à l'hôpital mais exerçant également en cabinet de ville⁷. Il se prononce également en faveur du contrôle des naissances, participant en 1961 à la campagne

5. Il participe à la Société française de Gynécologie dès sa création en 1931, où il y fait plusieurs présentations et prend part aux débats scientifiques.

6. « Éloge prononcé à la Société Nationale de gynécologie et d'Obstétrique (groupement de Paris) le 7 décembre 1970, par le Docteur Raoul Palmer », Bibliothèque interuniversitaire de Santé médecine (BIUM) de l'Université Paris Descartes, Fonds Dalsace-Vellay, Dalsace0.

7. G. Schlogel, 1996, « Raoul Palmer et l'aventure coelio-chirurgicale de 1940 à 1995 », Comité de lecture du 27 mai 1995 de la Société française d'Histoire de la Médecine, publié dans *Histoire des sciences médicales*, Tome XXX, n° 2, BIUM (Paris Descartes), Fonds Dalsace-Vellay, Dalsace 0

de presse en faveur de la contraception lancée dans *Le Monde*, ce qui lui vaut un premier blâme du Conseil de l'Ordre des médecins, réitéré en 1963. Les deux hospitaliers, également engagés dans la lutte contre l'avortement clandestin, fondent en 1969 l'Association nationale pour l'étude de l'avortement (ANEA), et restent tous deux engagés en faveur de la stérilisation volontaire pendant le reste de leur carrière. Bien que ces deux médecins aient fait des carrières hospitalières considérées comme « brillantes » selon leurs hommages dans la presse médicale, et qu'ils soient cités par d'autres expert·e·s des générations suivantes comme des « patrons », aucun d'entre eux n'obtient pourtant le titre de « Professeur », parachèvement d'une carrière médicale hospitalière. Par ailleurs, aucun des deux ne devient chef de service, alors qu'ils effectuent toute leur carrière dans le même hôpital (Hôpital Broca). Comme le souligne Joëlle Brunerie (née en 1943), ancienne gynécologue médicale et formée par Raoul Palmer :

« Mais parce que Palmer, et Dalsace, ils étaient assez reconnus quand même... »

- (...) Dalsace avait commencé avant la guerre à vouloir introduire la contraception. Donc c'étaient des gens bien, hein. Ils n'étaient pas Professeur d'Université. Dalsace, il était patron à Broca, mais il était pas – enfin bon. Il faut voir un petit peu les différences qu'il y avait à l'époque (...) c'était très pyramidal, le monde médical. (Joëlle Brunerie, ancienne gynécologue médicale, ancienne militante au MLAC et au GIS, entretien du 23 janvier 2017 à son domicile)

Ainsi, leur prestige dans la sphère médicale, qui ne les situe pas au sommet de la hiérarchie hospitalo-universitaire, leur permet néanmoins de légitimer en partie le combat en faveur du contrôle des naissances, et d'apporter une expertise médicale reconnue en gynécologie et en endocrinologie. Surtout, leur discours s'appuie sur la figure repoussoir des avortements clandestins, tragédie qui justifie leur engagement en faveur de la contraception.

À l'inverse de l'expertise fondée sur le prestige hospitalier, M.-A. Lagroua Weill-Hallé, gynécologue sensibilisée lors de sa formation aux ravages des avortements clandestins, mène depuis 1956 son entreprise militante au sein de l'association *Maternité Heureuse* aux côtés de Évelyne Sullerot et de Anne-Marie Dourlen-Rollier, respectivement sociologue et juriste. Au sein de cette association qui deviendra en 1961 le MFPPF⁸, Lagroua Weill-Hallé participe ainsi à l'élaboration d'une autre forme d'expertise : une expertise de terrain, acquise et transmise par les militant·e·s des mouvements nationaux et internationaux pour le Planning familial. De nombreuses médecins militantes de *Maternité Heureuse* puis du MFPPF sont

8. Pour une histoire détaillée du développement du MFPPF entre les années 1950 et les années 1960, se référer à Pavard (2012c, chapitre 2, p. 43-68).

ainsi allées se former en Angleterre, dans les cliniques mises en place par Marie Stopes, médecin et militante pour le *birth control* (Rusterholz, 2018).

Cette expertise est aussi une expertise clinique, et Lagroua Weill-Hallé est l'auteure des premières publications en France sur les aspects cliniques du recours à différentes méthodes contraceptives⁹. Ces savoirs cliniques et pratiques sur les contraceptifs, leur mode d'utilisation, et les moyens pour se les procurer, s'ils ne sont pas valorisés dans le champ médical, lui confèrent néanmoins une certaine légitimité dans la sphère médiatique et dans la sphère politique. Ainsi, Lagroua Weill-Hallé est régulièrement citée dans la presse pour son expertise sur les différentes méthodes. Elle fait également partie des expert·e·s auditionné·e·s par l'Assemblée nationale au titre des délibérations sur la loi Neuwirth¹⁰.

Autre figure intéressante de cette forme d'expertise militante, Suzanne Képès (1918-2005) incarne également la posture d'une médecin engagée dans le combat pour l'accès à la contraception, active dès les débuts de *Maternité heureuse*. Médecin du travail dans l'après-guerre, elle se spécialise d'abord en psychiatrie et en psychosomatique, puis en gynécologie, et devient experte en sexualité humaine, domaine alors délaissé de la médecine. Elle est très active dans l'importation d'une approche psychosomatique en médecine, notamment sous l'influence de Michael Balint, et appliquera cette approche psychosomatique en gynécologie et traitement des dysfonctions sexuelles. En 1947, elle découvre l'existence d'un Planning familial à Londres suite à une formation gratuite de l'IPPF. Elle diffuse alors illégalement les moyens de contraception qu'elle obtient à Londres de 1947 à 1955, en faisant régulièrement le voyage pour reconstituer son stock de capes cervicales et diaphragmes. Vers 1955, elle rencontre M.-A. Lagroua Weill-Hallé, et rejoint le mouvement *Maternité heureuse*. Co-fondatrice du MFPPF en 1960, elle rallie par l'intermédiaire de son mari trois prix Nobel à la cause du MFPPF. Elle participe avec Jean Cohen et Pierre Simon à l'édition de la revue *Contraception, fertilité, sexualité* à partir de 1968, et forme des conseillères familiales au sein du Planning. Vice-présidente du mouvement entre 1970 à 1973, elle est progressivement évincée de ses fonctions de responsable de la formation des conseillères, et quitte le Planning en 1973, comme beaucoup d'autres médecins, après la prise de pouvoir militante et l'élection de Simone Iff à la tête de l'association. Elle reste pendant

9. M.-A. Lagroua Weill-Hallé, 1959, *La Libre conception à l'étranger, étude clinique des méthodes anticonceptionnelles et recherches expérimentales*, Paris, Maloine ; 1964, *Contraception orale ou locale : expérience française sur 2,011 femmes, 1958-1961*, Paris, Maloine.

10. Rapport au nom de la commission spéciale chargée d'examiner la proposition de loi n° 1870 de M. Neuwirth et plusieurs de ses collègues tendant à modifier les articles 3 et 4 de la loi du 31 juillet 1920 (articles L 648 et L 649 du Code de la santé publique), concernant la prophylaxie anticonceptionnelle, par M. Neuwirth, député, annexe au procès-verbal de la séance du 1^{er} décembre 1966, BIUM Paris-Descartes, Fonds Dalsace-Vellay, Dalsace11.

longtemps l'une des références principales en matière de contraception et de sexualité.

Dans le contexte de l'illégitimité et de l'illégalité de la contraception (Garcia, 2011; Pavard, 2012c), les expert·e·s en contraception des années 1960 tirent donc leur expertise de deux sources. D'une part, cette expertise repose sur une tradition de gynécologie médicale et d'endocrinologie de la reproduction et du traitement des stérilités, déjà bien ancrée en France depuis les années 1930 (Löwy et Weisz, 2004). D'autre part, elle s'appuie sur les savoir faire glanés dans les cliniques anglaises, dans les missions de birth control à visée néo-malthusienne, envoyées dans les pays connaissant une forte croissance démographique (comme la Chine), et dans les congrès mondiaux des différentes organisations internationales, comme l'OMS, ou le *Population Council* ou encore dans les publications et interventions à des colloques scientifiques de chercheur·e·s américain·e·s lié·e·s de près ou de loin au développement des œstro-progestatifs. Ces deux formes de savoir faire et d'expertise constituent l'avant-garde militante de l'expertise en contraception, dans un milieu professionnel hostile au contrôle des naissances, à un moment où peu de personnes revendiquent publiquement leur militantisme en faveur de la contraception.

À partir de 1961-62, deux phénomènes sont notables. D'une part, la création du Collège médical du MFPPF (voir encadré 3.2) contribue à redéfinir l'expertise du MFPPF, et à mettre en valeur de nouveaux·elles expert·e·s au sein du Planning. D'autre part, la publicisation de la cause contraceptive et les débats autour de la légalisation de la contraception amènent certain·e·s détenteurs·trices d'une expertise scientifique sur la contraception à être de plus en plus sollicité·e·s comme expert·e·s dans les médias et les commissions gouvernementales, et ainsi à légitimer publiquement cette forme d'expertise.

3.1.2 1960-1970 : des expert·e·s militant·e·s qui promeuvent une diversité de méthodes

Du début des années 1960 à la parution des premiers décrets d'application de la loi Neuwirth régulant les conditions de prescription des contraceptifs oraux (1969), des méthodes barrières (1969) puis des DIU (1972)¹¹, la contraception demeure un objet illégitime, et sa prescription expose théoriquement les médecins à des sanctions de l'instance représentative de la profession, l'Ordre des médecins. Ainsi, le 24 janvier 1962 paraît un communiqué de l'Ordre national des médecins, qui affirme que « *le médecin n'a aucun rôle à jouer ni aucune responsabilité à assurer*

11. Voir chapitre 2.

dans l'application des moyens anticonceptionnels, dans les conseils au public, ou les démonstrations relatives à ces moyens. » (cité par S. Garcia, 2011, p. 82, et souvent repris dans les différents entretiens réalisés avec des expert·e·s actif·ves à cette époque). Comme le note S. Garcia, cette déclaration s'accompagne de menaces de « graves sanctions disciplinaires » à l'égard des médecins inscrit·e·s sur les listes des centres de Planning familial et acceptant de recevoir leur clientèle.

Ainsi, celles et ceux qui possèdent des savoirs, savoir faire et ressources en contraception déploient cette expertise dans un cadre militant (MFPPF), ou dans un cadre professionnel mais par militantisme (consultation d'orthogénie, de contraception à l'hôpital, et conseil en contraception dans le cadre des consultations privées), tout en ayant la menace de sanctions professionnelles qui pèsent sur eux. Raoul Palmer reçoit par exemple à deux reprises des blâmes du Conseil de l'Ordre, en 1961 et 1963, pour avoir défendu publiquement la contraception¹². Certains médecins craignent ces sanctions, comme le souligne Jacqueline Kahn-Nathan :

« Quand le président de l'Ordre des médecins se prononce contre la contraception, qu'est-ce que vous risquiez ?

- Oui, je pense qu'on risquait des sanctions ordinales. Enfin moi ça m'aurait embêtée si on m'avait suspendue pendant trois mois. (...)

- *Et à votre avis à quel moment la position de l'Ordre des médecins vis à vis de la contraception a changé ? Est-ce que c'est juste le changement légal qui a fait que une majorité de médecins a été d'accord, ou est-ce que...*

- Avant qu'il y ait le changement légal, il y a eu d'énormes articles partout, dans toute la presse, et petit à petit progressivement les médecins se sont sentis concernés. Mais pendant très longtemps les médecins se sont dit : "c'est défendu, on le fait pas." Et puis petit à petit, et les médias ont joué un grand rôle là dedans, qui étaient fondamentalement pour, en particulier les journaux féminins (...), et quand la loi est venue, alors ça a explosé, mais on en parlait, ça se faisait officiellement, tout le monde le disait, les stérilets ont été en vente, les pilules se sont... C'est venu plus petit à petit, ça a été une réflexion parce qu'on en a beaucoup parlé, c'était très à la mode à ce moment-là. Moi j'ai toujours pensé personnellement, que je ne risquerais pas de sanction juridique. Ils allaient pas me poursuivre, parce que c'étaient pas des gens à poursuivre, mais j'aurais très bien pu avoir trois mois d'interdiction d'exercer, ce qui m'aurait tout de même gênée. Embêtée, parce que c'est comme ça ce que je croutais. Mais j'ai pas pensé qu'on prenait un grand risque, mais ça c'est par rapport à la guerre. Moi j'avais tellement vécu la guerre comme un risque

12. G. Schlogel, « Raoul Palmer et l'aventure coelio-chirurgicale de 1940 à 1995 », Comité de lecture du 27 mai 1995 de la Société française d'Histoire de la Médecine, publié dans *Histoire des sciences médicales*, Tome XXX, n° 2, 1996, BIUM Paris-Descartes, Dalsace0.

quotidien, immédiat, et vital de tous les jours, que je pouvais pas, c'était dérisoire pour moi. . . Mais des autres dans les mêmes circonstances ne l'ont pas fait. Parce que je vois bien, beaucoup de mes collègues, qui ont dix ans de moins, là, qui n'ont pas pris du tout part à la lutte pour la contraception, parce qu'elles pensaient que c'était pas leur problème (...)! Et elles voulaient pas d'ennui... (...) La loi, en France en particulier, vient le plus souvent entériner un état de fait, et ne le précède pas. C'est parce que la contraception s'est répandue clandestinement que il y a eu la loi qui est venue entériner un état de fait. La loi vient *a posteriori*. La deuxième chose, c'est une phrase qui n'est pas de moi, elle est d'André Compte-Sponville, qui a dit : "la loi dit le permis et le défendu, elle ne dit pas le bien et le mal." Et ça faut bien se le mettre en tête, et moi je me le suis mis en tête, d'autant plus que j'étais absolument déjà de cet avis pour d'autres raisons personnelles, disons les raisons de la guerre. La loi dit le permis et le défendu, elle ne dit pas le bien et le mal. Et ça ça me semble fondamental. Et la loi vient *a posteriori*. (...) Et alors moi je pensais que la loi disait le permis et le défendu, pas le bien et le mal (...) et que c'est de la non assistance à personne en danger, et qu'on avait la clef et la serrure et qu'on ne devait pas mettre la clef dans la serrure, ça me semblait idiot. »

(Jacqueline Kahn-Nathan, gynécologue médicale, ancienne interne des hôpitaux de Paris, et spécialiste du DIU, entretien le 11 mars 2016)

De manière assez intéressante, elle rattache l'engagement militant de certain·e-s prescripteurs·trices en faveur de la contraception à l'expérience de la guerre, qui aurait fait relativiser le poids normatif de la loi, comme dessinant une frontière entre permis et interdit, clairement distincte de la frontière entre bien et mal, renvoyant ainsi à l'immoralité, selon elle, de la loi de 1920. B. Pavard note le « rôle des engagements préalables » d'une partie de ces médecins dans leur orientation vers l'illégalité de la cause contraceptive (Pavard, 2012c, p.47-49). En effet, la Seconde Guerre mondiale constitue pour la plupart des médecins qui acceptent de prescrire des contraceptifs malgré la loi de 1920 et la menace du conseil de l'Ordre, une forme de socialisation à des pratiques illégales, au nom d'une justice sociale, lorsque la loi paraît injuste. Une partie d'entre eux-elles est ainsi très tôt engagée dans la Résistance, et la plupart possède des dispositions militantes façonnées par une appartenance à des associations, des partis ou des organisations politiques. Comme le montre S. Garcia, ces dispositions, ainsi que leur position dominée dans le champ médical, conduisent ces médecins à mettre à distance la morale prônée par le Conseil national de l'Ordre des médecins, et à se lancer dans une entreprise de « délégitimation » de cette instance ordinale (Garcia, 2011, p. 76).

Au moment où les instances représentatives de la profession médicale nient le rôle des médecins dans la mise en œuvre du contrôle des naissances, les menacent

de sanctions, et leur dénie ainsi toute expertise, quelles instances reconnaissent quel·le·s expert·e·s ?

Dans la presse des années 1960, puis dans les commissions parlementaires ou ministérielles convoquées en vue de réviser la loi de 1920, deux types d'expertise sont mobilisés, qui prolongent les deux types d'expertise déjà existantes avant 1960 : une expertise hospitalière, le plus souvent technique et scientifique, et l'expertise des militant·e·s du MFPPF, davantage pragmatique, qui s'appuie aussi bien sur un savoir clinique sur les méthodes que sur une réflexion sociale sur la portée de leur utilisation. Ainsi, du côté de l'expertise hospitalière, dans la lignée de l'avant-garde constituée par Jean Dalsace et Raoul Palmer, le service de gynécologie médicale et d'endocrinologie d'Albert Netter devient le premier service hospitalier à proposer une consultation en contraception à partir de 1961, dirigée par Jacqueline Kahn-Nathan. Albert Netter (1910-2012), formé à la gynécologie et à l'endocrinologie, participe, avec René Musset, à achever le processus d'institutionnalisation de la gynécologie médicale en France, démarré à la fin du XIX^e siècle et qui s'accroît dans les années 1930¹³, en créant en 1949 le premier service hospitalier de gynécologie médicale à l'hôpital Necker à Paris¹⁴. Spécialisé dans le domaine de la fertilité féminine, puis masculine, il étudie de nombreux traitements hormonaux contre diverses affections gynécologiques, offrant des alternatives médicales à une spécialité alors dominée par les interventions chirurgicales. S'il s'engage en faveur de la contraception dans les années 1960, en proposant notamment à J. Kahn-Nathan d'ouvrir une consultation officielle de contraception à Necker¹⁵, son engagement demeure discret, et apparaît peu dans l'espace public, jusqu'à la loi Neuwirth. Cette expertise, souvent mobilisée dans la presse, principalement en référence aux contraceptifs oraux ou aux DIU, conforte une figure classique de l'expertise scientifique.

De la même manière, la commission commanditée à partir de 1965 par le ministre de la santé Raymond Marcellin, chargée d'étudier les impacts sur la santé des contraceptifs oraux (voir encadré 3.1), convoque treize experts : tous des hommes, médecins hospitaliers, ayant une forte reconnaissance scientifique dans chacun de leur domaine (cardiologie, cancérologie, endocrinologie, hématologie, pneumologie). Leur verdict, en mars 1966, affirmant que les contraceptifs oraux ne présentent pas de dangers avérés, et peuvent être prescrits dans la limite des contre-indications, même s'ils nécessitent une surveillance médicale, est mis en scène médiatiquement, renforçant la figure de l'expert médical (homme) arbitre des

13. Voir à ce sujet la thèse en cours d'Aurore Koechlin sur l'institutionnalisation de la gynécologie médicale en France.

14. Entretien avec Jacqueline Kahn-Nathan à son domicile, 11 mars 2016.

15. Entretien avec Jacqueline Kahn-Nathan à son domicile, 11 mars 2016.

risques de certains produits pour la santé publique. Parmi ces experts, on retrouve Albert Netter, mais également Étienne-Émile Baulieu (né en 1929), chercheur en biologie et en endocrinologie ayant initialement une formation médicale, qui a été formé et informé sur la contraception orale au contact de Gregory Pincus aux États-Unis. Comme il le souligne lui-même en entretien, cette rencontre l'aura convaincu de l'efficacité de la pilule œstro-progestative, et le fait qu'il mobilise la documentation scientifique de l'OMS lors des délibérations de la « commission pilule » ne sera sans doute pas étranger au verdict final de la commission, favorable à la contraception hormonale :

« C'est la commission commandée par Raymond Marcellin, c'est celle-là ?

- Oui c'est ça, bon ils ont fait une commission, ils m'ont mis dedans et c'était assez amusant parce que la première réunion, c'était sur la pilule (...), ils ont mis tous les gens qui sont susceptibles de donner la pilule et qui voient les complications, il y avait le type qui était spécialiste du poumon, du sang, des cancers, etc. (...) je crois qu'il y avait treize personnes, chiffre amusant... Et tous les types ont parlé, et en gros ils ont tous dit : "oh, c'est dangereux, on sait pas ce qui va se passer." Ça c'est en 1966. (...) Mais dans l'intervalle, le problème de la contraception s'était beaucoup développé, grâce aux Américains et à Pincus en particulier, et à l'organisation mondiale de la santé, à l'OMS, il y avait un comité dont la France ne faisait pas partie, parce que la France n'avait pas encore de loi Neuwirth, et d'autorisation de la contraception, donc y avait pas de représentant français officiel. Et moi ils m'ont nommé consultant, comme ça, scientifique, sans nationalité, même si évidemment je restais français. Et donc je participais à des réunions auxquelles eux n'avaient pas accès, qui étaient très intéressantes, j'allais à Genève très souvent, et donc quand ils ont fait le tour de table en France, ce que je vous disais, j'ai entendu tous ces hommes relativement connus, enfin dans le monde médical, cancérologues, toute une série de médecins, qui disaient, en gros, faut pas faire, attendons de voir ce qui se passe ailleurs, et voilà. Et j'ai dit : "écoutez, il y a déjà des documents, vous les connaissez pas, il y a des résultats, il y a des études... Si vous voulez, je vous demande pas de prendre une décision, mais de vous renseigner, et je vais vous procurer, parce que j'ai les documents internes à l'organisation mondiale de la santé, que je peux vous montrer..." Donc j'ai fait venir, et après c'est comme ça qu'il y a eu la Loi Neuwirth. . .

- *Oui. Mais parce qu'effectivement, cette commission dont vous parlez, elle a rendu un avis plutôt favorable. . .*

- Après ! Ayant lu tout ça, eux mêmes ont appris, et après ils ont dit voilà, on a appris des choses (...) Oui, c'était évident que ça marchait (...) Y avait même dans des pays arabes, comme par exemple en Tunisie, où la contraception donc, a été

très tôt, grâce à Bourguiba, proposée, et donc il y avait, c'était facile, et c'était convaincant, il y avait le résultat américain... C'est d'ailleurs curieux ce que les gens se renseignent peu (...) Ils ont un côté ignorance qui m'interrogeait, parce que les gens les plus connus ou les plus spécialisés au fond ne connaissaient pas. »
(Étienne-Émile Baulieu, chercheur en endocrinologie et biologie à l'Inserm, entretien du 16 mars 2016, à son bureau à l'hôpital du Kremlin-Bicêtre)

Ainsi, comme il le souligne, les personnalités reconnues ici comme des expert·e·s scientifiques spécialisé·e·s s'intéressent assez peu à la pilule, ou même à la contraception, à cette époque. Les expert·e·s reconnu·e·s dans le monde hospitalier qui s'y intéressent, comme Jean Dalsace, Raoul Palmer, Albert Netter, et, plus tard, Jacqueline Kahn-Nathan, le font par militantisme, souvent dans un cadre qui dépasse l'exercice de leur activité professionnelle. Ces hospitalier·e·s sont également les principaux·ales détenteurs·trices, en tant que gynécologues formé·e·s à l'endocrinologie pour la plupart, d'une expertise naissante sur les contraceptifs oraux. Henri Rozenbaum réalise ainsi, en 1968, la première thèse de médecine française sur la pilule¹⁶, qui nourrira ensuite largement le rapport de l'Inserm de 1971 sur les contraceptifs oraux¹⁷.

L'expertise revendiquée par les militant·e·s du MFPPF repose, elle, sur une connaissance plus pratique des méthodes moins centrée, dans les années 1960, sur la contraception hormonale. À l'instar des médecins de *Maternité Heureuse* à la fin des années 1950, de nombreuses jeunes militantes¹⁸ vont se former, au début des années 1960, à la prescription contraceptive dans les cliniques de Londres. Ainsi, comme le rappelle Élisabeth Aubeny, gynécologue médicale ayant milité pour la contraception puis pour l'avortement, et co-fondatrice, avec David Serfaty, de la Société européenne de contraception, les militantes étaient essentiellement formées à la prescription de diaphragmes, puis progressivement de pilules contraceptives :

« On a commencé par prescrire des diaphragmes, mais ça on était à Broca, je me souviens, avec Dalsace, qui a dit : "je m'en vais, je vais ouvrir un planning familial à Grenoble." On lui a dit : "qu'est-ce que c'est que ça ?" Il a dit : "on va prescrire des diaphragmes aux femmes, etc." On est restés bluffés parce que nous la médecine, c'était des maladies, c'était pas la contraception. Et puis alors les diaphragmes, on s'est dit que c'était pas mal parce que nous ont était de la génération avec Joëlle [Brunerie] où on a vu mourir les femmes d'avortement. Après

16. H. Rozenbaum, 1967, « La Responsabilité du médecin devant la contraception orale », thèse de doctorat en médecine.

17. Inserm, 1971, *Rapport à M. le Ministre de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale. Les contraceptifs oraux*, Paris, Éditions de l'Inserm.

18. Ce sont principalement des femmes qui vont se former dans les cliniques anglaises.

ENCADRÉ 3.1 – La « commission pilule » de 1965-66 commanditée par le ministre de la santé Raymond Marcellin

En 1965, face à la prise de position de François Mitterrand lors de l'élection présidentielle et à l'intensification du débat sur la régulation des naissances à l'Assemblée, où plusieurs projets de lois sont déposés, et dans la presse, le ministre de la santé publique Raymond Marcellin est chargé de former une commission de spécialistes pour étudier « les conséquences éventuelles sur la santé de l'absorption de produits anticonceptionnels », dans l'éventualité d'une libéralisation de la contraception (Pavard, 2012c, p. 71).

Cette commission, surnommée par la presse la « commission pilule », ou encore la « commission des 13 Sages », est formée de treize médecins et chercheurs spécialistes de différents domaines de la médecine, tous des hommes ayant acquis une certaine notoriété et reconnaissance dans leur domaine. Elle comprend ainsi : un obstétricien, un pédiatre, un néphrologue, deux cancérologues, un hématologue, deux biologistes (dont É.-É. Baulieu), un endocrinologue (A. Netter), un pharmacologue, un psychiatre, un embryologue, et un généticien.

Après plusieurs mois de délibérations, et en s'appuyant sur les principaux résultats des enquêtes épidémiologiques produites dans le monde anglo-saxon et par les instances de santé internationales comme l'OMS, la commission conclut le 23 mars 1966 à l'absence de contre-indications majeures à la prescription des contraceptifs œstro-progestatifs. Elle attire toutefois l'attention sur les modifications de facteurs sanguins pouvant favoriser les thromboses, ainsi que sur le risque hypothétique d'une action cancérogène. Elle émet des réserves à la prescription de ces produits pour les femmes diabétiques ou présentant des antécédents thrombo-emboliques, et conclut à l'absence de risque tératogène en l'état des connaissances. Elle reste mesurée également sur la prescription sur de très longues périodes dans un but de prévention chez des femmes non malades, et appelle à poursuivre les recherches cliniques, biologiques et statistiques (rapport publié dans *Le Monde* du 24 mars 1966).

Repris dans divers organes de presse, ce rapport constitue un moment important du débat sur la légalisation de la contraception en France, et n'est pas sans conséquence sur le déroulé des débats à l'Assemblée nationale autour du projet de loi déposé par Lucien Neuwirth. Ce « feu vert pour la pilule », comme le titre le magazine *Paris-Match* le 26 avril 1966, constitue une première étape vers le vote, en 1967, de la loi Neuwirth.

les autres ils ont pas vu, mais nous on a vu mourir des femmes. Donc on est allées s'initier à la contraception par les diaphragmes en Angleterre. Et je me souviens qu'en arrivant en Angleterre on a découvert le planning familial anglais qui est une institution extraordinaire et ils nous ont envoyé·e-s dans les différents centres pour apprendre à mettre les diaphragmes. Et dans un centre, on a vu des gens à qui on prescrivait des petites pilules. Alors on a dit : "qu'est-ce que c'est, ça ?", et parce que on en avait jamais entendu parlé, en France c'était pas arrivé jusque là, et ils nous ont dit : "c'est des pilules contraceptives" – "ah bon ?", "et c'est efficace à 99 %". Ouaah ! Avec des collègues, on est resté·e-s bluffé·e-s, en croyant pas que c'était possible. Et c'est, en plus ils nous ont dit : "c'est dissocié de l'acte sexuel". On est restés bluffé·e-s, en disant mais comment ça se fait que nous on n'ait rien du tout. Donc c'est les Anglais qui ont tout – les Anglo-saxons qui ont mis ça au point, et nous on, je me souviens, les premières pilules qu'on a commencé à prescrire, elles étaient tolérées, 150 gamma d'œstrogènes, vous vous rendez-compte ? (...) Je peux pas vous dire la date exacte. 1965-66. Et on les prescrivait pour les règles douloureuses. Et nous on était très réticents, parce que les œstrogènes, on en avait peur. Mais les femmes nous forçaient la main, nous ont forcé la main. »

(Élisabeth Aubeny, gynécologue médicale, co-fondatrice de l'Association française de contraception, entretien du 16 février 2017 à son domicile)

La création du Collège médical du Planning familial, en 1962, en réponse à la déclaration de l'Ordre national des médecins (voir encadré 3.2), vient brouiller cette distinction nette entre expertise hospitalière fondée sur la connaissance théorique des effets des méthodes et sur les enquêtes épidémiologiques internationales, et l'expertise de terrain des membres du MFPPF fondée sur une formation clinique aux méthodes contraceptives et à leur prescription. En effet, en associant les luttes pour l'accès à la contraception à un combat des médecins pour la santé des femmes, la mobilisation des médecins du Collège médical va notamment contribuer à conférer à la contraception une certaine « respectabilité » (Pavard, 2012c), réussissant même le « coup de force symbolique » d'enrayer au sein de la communauté médicale l'illégitimité de l'intervention des médecins en matière contraceptive (Garcia, 2007). Ces médecins, exerçant pour la plupart en libéral et donnant pour certain·e-s des vacances à l'hôpital, revendiquent une expertise spécialisée, pratique et théorique, sur les différentes méthodes contraceptives, et parviennent à s'imposer comme les principaux·ales expert·e-s sur la contraception, dans l'espace médiatique, mais aussi, dans une certaine mesure, dans l'espace politique. Ainsi, Pierre Simon, en tant que président du Collège médical du MFPPF, et Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, en tant que présidente du MFPPF, seront tou·te-s deux entendu·e-s par la commission parlementaire chargée d'examiner la proposition de loi Neuwirth au titre de leur

ENCADRÉ 3.2 – Le Collège médical du Planning familial (1962-1973)

Créée en 1962 sous l'appellation « Collège médical pour l'étude et le contrôle de la fertilité et la lutte contre l'avortement » (*Revue trimestrielle du MFPPF*, mars 1962, n° 20, p. 2), cette instance du MFPPF est formée par les gynécologues et obstétriciens du mouvement. Initialement fondé pour prémunir ces médecins contre les sanctions du Conseil de l'Ordre des médecins adressées individuellement aux membres du Planning, le Collège médical du Planning se constitue, selon S. Garcia (2007), comme instance concurrente du Conseil de l'Ordre des médecins et conteste le monopole de l'éthique médicale – catholique et conservatrice – exercé par celui-ci.

Plusieurs commissions sont chargées d'étudier les aspects médico-sociaux touchant à la contraception et à la pratique médicale ainsi qu'aux produits contraceptifs eux-mêmes (commission d'histologie, commission de biologie, commission de déontologie, commission de psychosomatique et sexologie). En plus de ces commissions, le Collège médical a créé un Bureau, qui se réunit chaque semaine et répertorie les caractéristiques et activités des médecins du MFPPF.

Parmi les missions que se donnent les médecins de ce Collège figurent : la lutte contre l'avortement, la lutte contre la stérilité, la lutte contre les troubles psycho-somatiques liés à l'avortement provoqué ou au déséquilibre sexuel du couple hanté par la crainte de la grossesse. Le Collège affirme également la nécessité d'une information sexuelle dès l'adolescence, et propose de définir les lignes directrices d'une instruction des couples pour leur permettre « une vie harmonieuse à l'abri des troubles psycho-affectifs et matériels », et « se tient en dehors de toute idéologie malthusienne, eugéniste, politique, anti-religieuse » (L. Weill-Hallé, *Revue trimestrielle du MFPPF*, mars 1962, n° 20, p. 19). En plus de l'élaboration d'une expertise en matière psycho-sexuelle et la production d'une information scientifique sur les différentes méthodes contraceptives, le Collège médical édicte les bonnes pratiques en matière d'utilisation et de pose des contraceptifs, parvient grâce aux réseaux de ses membres à fournir le MFPPF en produits contraceptifs, et est plus largement chargé de la formation des médecins, de l'organisation de conférences, et de la diffusion d'informations médicales sur la contraception.

Le Collège médical revêt une importance grandissante au sein du Planning, dont il absorbe une grande partie des fonds. Il est pensé par ses membres comme l'instance permettant de légitimer scientifiquement l'entreprise militante du MFPPF, et réalise, selon S. Garcia, le « coup de force symbolique » d'imposer la nécessité d'une médicalisation de la contraception, et de proposer une définition de la médecine concurrente à celle prônée par le Conseil de l'Ordre. Cette nouvelle définition confère à la médecine une mission préventive et non plus exclusivement curative (Garcia, 2007). Il parvient également à s'imposer en France comme l'instance ayant le monopole de l'expertise médicale et scientifique en matière contraceptive, le reste du corps médical se désintéressant de ces questions. Il se dote pour cela d'une revue d'information spécialisée à destination des médecins, créée en 1968 et dirigée par Jean Cohen : la revue *Fertilité, orthogénie*, qui devient par la suite *Contraception, fertilité, sexualité*. Le Collège médical perdure jusqu'en 1973, date à laquelle la frange non-médicale du MFPPF, majoritaire et devenue favorable à une libéralisation de l'avortement, élit Simone Iff, hôtesse d'accueil, à la tête de l'association. Suite à cette prise de pouvoir qu'ils et elles perçoivent comme une éviction des expert-e-s médicaux par les militantes, les médecins du Collège médical quittent le Planning. Le Collège médical est dissout peu de temps après.

expertise médicale et sociale sur la contraception¹⁹.

De plus, les médecins du Collège médical du Planning revendiquent une expertise en contraception dans un pays où les médecins ne sont pas formé·e·s à ce domaine et où l'objet demeure scientifiquement illégitime, et peuvent mettre en avant différentes ressources et capitaux pour faire valoir leur expertise. D'une part, des capitaux militants, liés au rattachement à des réseaux nationaux (réseau national du MFPPF, franc-maçonnerie pour Pierre Simon) ou internationaux (IPPF dans le cas de M.-A. Lagroua Weill-Hallé, de P. Simon, et de J. Cohen, cliniques anglaises pour les militant·e·s du MFPPF).

Elles et ils peuvent également faire valoir des savoirs spécialisés, basés sur la maîtrise des publications existantes sur les différentes méthodes, sur le fait d'assister à des colloques de recherche spécialisés sur la contraception (Congrès mondiale du contrôle des naissances à Singapour en 1963, colloque mondial sur la contraception à Paris la même année, colloque sur le DIU aux États-Unis)²⁰, sur des formations pratiques sur la prescription des méthodes dans les cliniques anglaises²¹, ou encore sur des enquêtes qu'ils·elles ont eux·elles-mêmes réalisées, que ce soit sur les pratiques contraceptives ou sur les risques cliniques associés aux méthodes²². Plusieurs de ces expert·e·s ont également une expérience internationale des problématiques de contrôle des naissances, ayant la plupart du temps fait des voyages à l'étranger, et ont une vision globale de ces thématiques, et souvent une bonne connaissance du recours contraceptif des autres pays, dans une optique qui est celle de l'IPPF.

Enfin, ils peuvent faire valoir des ressources matérielles que n'ont pas d'autres expert·e·s ou d'autres médecins, notamment un accès à certaines méthodes non produites en France (spermicides, DIU, diaphragmes), ou qui ne peuvent pas y faire l'objet d'une prescription contraceptive (pilules œstro-progestatives). J. Kahn-Nathan raconte ainsi, dans le cas du DIU, son approvisionnement privilégié auprès d'une fondation américaine (chapitre 2). Par ses contacts aux États-Unis, P. Simon possède aussi un approvisionnement privilégié en DIU en plastique. De nombreuses autres expertes racontent comment elles importaient diaphragmes et spermicides d'Angleterre, en les dissimulant dans leurs affaires et en essayant d'échapper aux

19. Assemblée Nationale, 1966, Rapport au nom de la Commission spéciale chargée d'examiner la proposition de loi de M. L. Neuwirth et plusieurs de ses collègues tendant à modifier les articles 3 et 4 de la loi du 31-07-1920 (n° 2203), Paris, Imprimerie Nationale.

20. Ces deux colloques apparaissent dans les archives de Pierre Simon, BU d'Angers, CAF, 17 AF 37.

21. É. Aubeny et J. Kahn-Nathan mentionnent en entretien avoir participé à ces formations.

22. Lagroua Weill-Hallé réalise une enquête sur le diaphragme et les contraceptifs oraux ; J. Kahn-Nathan sur le DIU ; H. Rozenbaum sur la pilule ; Pierre Simon sur les contraceptifs oraux et le DIU.

douanes²³. Dans le cas des contraceptifs oraux, outre les produits disponibles en France pour d'autres indications que la contraception mais parfois prescrits comme contraceptifs, certain·e·s expert·e·s ont des relations privilégiées avec des laboratoires pharmaceutiques pour tester de nouveaux produits (J. Cohen, P. Simon, H. Rozenbaum)²⁴, et ont ainsi un accès privilégié aux essais cliniques réalisés sur telle ou telle molécule, ainsi qu'aux produits eux-mêmes.

Ces trois types de ressources (capitaux militants et réseaux, savoirs spécialisés, ressources matérielles) confèrent à ces médecins leur expertise, puisqu'ils sont les seul·e·s à conjuguer la connaissance théorique sur les méthodes (et donc connaître les débats de spécialistes sur les effets secondaires et l'efficacité, notamment), et une connaissance pratique sur leur prescription, ou leurs effets secondaires observés cliniquement. On peut en outre qualifier ces médecins d'« expert·e·s militant·e·s », dans la mesure où la contraception ne constitue pas, dans les années 1960, le cœur de leur activité professionnelle (elle le deviendra par la suite pour certain·e·s), mais au contraire le résultat d'une activité militante, et où leur légitimité professionnelle ne leur est pas conférée par leur degré d'expertise en contraception. Cette notion d'« expertise militante » peut paraître ambivalente, dans la mesure où ces médecins revendiquent justement une expertise professionnelle sur la contraception reposant sur des savoirs médicaux spécialisés. Le terme permet toutefois de rendre compte du fait que cette expertise n'a pas été acquise au titre de leur formation professionnelle, dans le cadre de l'exercice de leur profession, mais résulte au contraire de formations dans des cadres militants extérieurs à leur sphère professionnelle hostile, jusqu'à la fin des années 1960 en France, au contrôle des naissances.

Cette frange militante du corps médical parvient progressivement à imposer l'idée que la contraception doit être médicalisée, c'est-à-dire non seulement que la prescription contraceptive doit faire partie du champ d'intervention de la médecine, mais également que le passage par un·e médecin doit devenir nécessaire pour avoir accès à une contraception. En d'autres termes, ces expert·e·s militant·e·s parviennent à imposer l'idée que le·la médecin est seul·e à avoir la légitimité suffisante pour prescrire des contraceptifs. En effet, s'appuyant sur une crainte concernant la prescription des contraceptifs oraux, que ce soit au sein des structures de l'État ou dans la communauté médicale, ou encore dans l'opinion publique, la loi Neuwirth est finalement votée à la condition que la prescription contraceptive demeure le monopole des médecins. Cela se traduit, en 1966, par un revirement de la position publique de l'Ordre des médecins sur la contraception, qui se prononce

23. Entretien du 11 mars 2016 avec J. Kahn-Nathan ; archives de S. Képès, CAF (BU d'Angers), Fonds Képès : 19 AF ; voir aussi l'article de C. Rusterholz (2019).

24. Entretien avec H. Rozenbaum du 10 septembre 2016.

en faveur d'une médicalisation surveillée de la contraception : « *c'est au médecin consulté et à lui seul*²⁵ *qu'il peut appartenir de conseiller le mode de contraception qui lui paraîtra le mieux adapté à chaque cas, et notamment de nature à ne pas faire courir le risque de contre-indications fâcheuses* »²⁶. Cette position s'aligne sur la vision de la contraception défendue par les médecins du Collège médical du MFPP, et tranche avec le tabou et la politique de non-intervention qui régnait jusqu'alors dans les milieux médicaux.

La libéralisation de la prescription contraceptive, et le rattachement explicite de la contraception aux prérogatives des médecins par la loi Neuwirth finissent donc d'institutionnaliser un nouveau champ de la médecine, centré non pas sur la prise en charge d'une pathologie, mais sur des questions de conseil, de prévention, et sur le bien-être des personnes venant consulter pour une contraception. L'émergence de la gynécologie médicale (voir chapitre 4) permet de soutenir cette évolution. La contraception comme objet d'étude et comme domaine médical sort de l'illégitimité première associée à sa clandestinité et à son caractère tabou, pour faire de plus en plus l'objet de formations, de publications, et d'évènements scientifiques à destination des médecins. Au moment où la contraception devient une prérogative médicale, ces expert·e·s viennent donc combler un manque d'expertise médicale institutionnalisée sur la question du contrôle des naissances, comme le souligne Joëlle Brunerie (née en 1943) :

« La loi Neuwirth, après beaucoup beaucoup de débats, a été votée, mais il fallait encore la mettre en place. Ça a été la même chose pour l'avortement, c'est-à-dire que c'était interdit, donc il y avait rien, il y avait pas de formation, les médecins s'en foutaient complètement, et après on leur dit : "c'est permis". Mais un, ils étaient pas formé·e·s, deux, ils savaient pas comment, quel service allait le faire, qui allait prendre ça en charge... C'était un peu méprisable, c'était pas de la médecine de haute gamme, hein... Donc quand même, là, il faut reconnaître aux gens comme Netter, Jacqueline Kahn-Nathan, Henri Rozenbaum, tout ça c'est des gens qui ont organisé des congrès, qui ont formé les médecins, qui ont fait des consultations, et c'étaient des gens de base, ils étaient pas agrégés, c'étaient pas des gens qui avaient des services (...) enfin c'étaient des gens qui étaient à l'hôpital, mais c'était pas des grands patrons, à part Netter, je crois, il y en avait pas vraiment beaucoup qui se mettaient à ça... Comme l'avortement après d'ailleurs. »

(Joëlle Brunerie, ancienne gynécologue médicale, ancienne militante au MLAC et au GIS, entretien du 23 janvier 2017 à son domicile.)

25. Je souligne.

26. cité dans *Le Monde* du 19 novembre 1966.

Ce témoignage rend compte à la fois du vide de formation de la communauté médicale française en matière contraceptive, et de l'illégitimité de la contraception comme objet scientifique dans le monde médical, au moment du vote de la loi Neuwirth. Ces expert·e·s militant·e·s, relativement en marge du prestige de la profession, deviennent alors les principales références sur la prise en charge médicale du contrôle des naissances. Outre une expertise auprès des laboratoires, pour tester cliniquement de nouveaux produits, ces médecins assurent les formations médicales en matière contraceptive, grâce au soutien financier des laboratoires pharmaceutiques, comme l'explique Henri Rozenbaum :

« J'étais évidemment au planning familial. Je n'ai pas fait partie des fondateurs parce que j'étais encore trop jeune, il a été fondé avant, mais j'ai quand même été vice-président de la section parisienne. J'ai fait partie du comité directeur pendant quelques années, et voilà, j'étais quand même très actif dans ce domaine-là. Et le planning familial avait à cette époque ouvert un centre... un dispensaire, dans le Quartier latin (...), et j'y donnais des consultations de contraception. Pour la petite histoire aussi, la contraception évidemment n'était pas enseignée en faculté, je passais mon temps à droite à gauche à faire des conférences d'information pour les médecins sur la contraception.

- *Du coup c'était dans quel cadre ?*

- Alors c'était essentiellement dans le cadre d'une part, il y avait un laboratoire, évidemment ils y avaient intérêt parce qu'ils commercialisaient une pilule, la première pilule qui a été commercialisée en France, à l'époque elle s'appelait Clincomar-Byla. (...) Et ils avaient en sous-sol une salle de conférence, et je faisais salle comble à chaque fois que je faisais mes cours sur la contraception. Et puis à part ça, il y avait des structures d'enseignement post-universitaire mais qui le plus souvent étaient privées, c'est-à-dire que ça dépendait d'associations de médecins locaux, qui se faisaient à chaque fois subventionner par un laboratoire pour prendre en charge les frais. Les conférences je les faisais à titre gracieux, mais les frais de déplacement de voyage d'hôtel, si c'était loin etc... »

(Henri Rozenbaum, gynécologue médical, ancien membre du Collège médical du Planning familial, spécialiste des contraceptifs oraux et des traitements de la ménopause, entretien du 10 septembre 2016 à son domicile)

Outre ces formations médicales, elles et ils publient les premiers travaux en France sur la contraception. En 1968, paraît pour la première fois la revue médicale spécialisée *Fertilité, Orthogénie*, fondée par Jean Cohen, et qui deviendra par la suite *Contraception, fertilité, sexualité*. Cette revue publiée chaque trimestre s'appuie sur les interventions scientifiques lors de journées d'études sur la contraception,

organisées chaque année, à partir de 1968, autour du 11 novembre. Plusieurs de nos interviewé·e·s mentionnent ces journées d'études et cette publication comme étant la « grande messe » de la contraception, à un moment où les formations en contraception sont encore peu développées et où les arènes de débat scientifique sur les différentes méthodes et sur la prescription sont très réduites, du moins en France. Les deux extraits suivants, de la part d'expert·e·s en contraception de générations plus récentes que les expert·e·s du Collège médical du Planning, témoignent de l'importance de ce congrès et de la publication afférente, et de sa légitimité comme revue spécialisée dans la sphère médicale :

« Quand j'étais jeune et que j'avais pas d'argent, mon rêve c'était que l'industrie pharmaceutique me donne la possibilité d'accéder aux congrès, et en particulier celui-là. Et effectivement à l'époque il y avait une grand messe, qui s'appelait "Les journées du 11 novembre", qui était organisée par Jean Cohen, qui avait lieu tous les ans, au week-end du 11 novembre, et après ça s'est diffusé, c'est-à-dire qu'il a été le pionnier dans ce domaine (...) Mais oui, ça a été très important, il avait fait deux revues, il avait fait une revue qui s'appelait *Fertilité, Contraception, Sexualité, FCS*, qui maintenant est devenue *GOF, Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, et puis il avait aussi fait – c'est le premier aussi qui avait fait un journal de vulgarisation, qui s'appelait, je crois, c'était *Gyn Obs*, qui était une petite revue qui elle était faite pour, j'allais dire le niveau... (...) Donc il y avait les spécialistes de bon niveau qui lisaient *CFS*, et puis après il y avait ceux qui lisaient... et puis les derniers ils lisent Pif le chien. »

(Christian Jamin, gynécologue médical et endocrinologue en cabinet de ville, formateur en contraception, entretien du 16 février 2016 à son cabinet médical.)

« *Et du coup en tant que gynécologue médicale, dans cette décennie 1970, j'imagine que vous avez eu aussi un rôle important à jouer dans cette diffusion, en termes de diffusion des connaissances sur les contraceptifs...*

- Oui, oui, réunion au niveau... on allait un peu partout, aussi bien à Paris... aider à la construction de plannings provinciaux, faire en même temps tous les ans les grandes journées de contraception fertilité... c'était une grande messe, où vraiment, c'était... là, c'était justement, il y avait quand même un début de recherche clinique. »

(Irène Borten, ancienne gynécologue médicale, ancienne militante du MLAC, entretien du 22 mars 2016 à son domicile)

La revue fondée par J. Cohen s'impose donc au cours des années 1970 comme l'outil de référence pour la formation des médecins sur la contraception, et le congrès

associé à la revue, comme le lieu le plus important des débats des spécialistes français sur la contraception, avec une aura scientifique importante qui est évoquée dans ces deux extraits. Si l'expertise en contraception était d'abord centrée sur le diaphragme, dans une moindre mesure sur le préservatif, et a progressivement opéré un glissement vers les contraceptifs oraux et les dispositifs intra-utérins, c'est notamment au travers de cette publication, et de l'effort de ces expert·e-s pour faire de l'étude des contraceptifs un champ d'investigation scientifique reconnu au sein de la sphère médicale. Cette entreprise de légitimation scientifique de la contraception passe alors par l'adoption du registre technique propre à la sphère médicale et valorisé en son sein, à savoir des publications scientifiques, réalisées à partir d'observations cliniques et basées sur l'administration de tel ou tel produit.

À partir du moment où la prescription contraceptive devient légale, l'activité de ces expert·e-s évolue : de militant·e-s souhaitant sortir d'une situation de semi-clandestinité, ou du moins d'un certain flou légal autour de la contraception, ils deviennent, pour certain·e-s, de véritables professionnel·le-s de la contraception. Formateurs·trices, organisateurs·trices de congrès, expert·e-s interviewé·e-s dans la presse, mais également premier·e-s prescripteurs·trices ou conseiller·e-s pour des instances gouvernementales, ces médecins connaissent des reconversions de leur trajectoire professionnelle. Comme le montre la section suivante, l'évolution de ces trajectoires témoigne d'une forme de professionnalisation de l'expertise en contraception, renforcée par l'arrivée de nouvelles générations d'expert·e-s, durant les années 1970.

3.1.3 1970-1980 : les débuts d'une professionnalisation de l'expertise en contraception

La période de mise en place de la loi Neuwirth, entre sa ratification fin 1967 et la parution des derniers décrets d'application en 1972, constitue une période importante où l'expertise médicale en contraception s'institutionnalise, la loi précisant la nécessaire prise en charge de la prescription contraceptive par les médecins. Comme nous l'avons vu précédemment, ces expert·e-s médicaux·ales deviennent donc à la fois formateurs·trices et expert·e-s sur les aspects scientifiques et biomédicaux des contraceptifs.

On observe alors de nombreux·ses « expert·e-s militant·e-s » adopter des stratégies de conversion de leur capital d'expertise et de reconversion professionnelle, en occupant et revendiquant de nouveaux espaces institutionnels. Outre la création de revues scientifiques dédiées à la contraception (relayant les débats sur l'innocuité des différents contraceptifs, les modalités de prescription en fonction des caractéris-

tiques des patientes, et des questions d'éthique médicale), ces médecins sont aussi, au tournant des années 1970, auteur·e-s de nombreux traités scientifiques et de livres de vulgarisation sur la contraception²⁷, et ce en parallèle de leur pratique en libéral.

Au-delà des auditions pour le vote de la loi Neuwirth, certain·e-s de ces médecins demeurent experte·s en contraception dans des commissions gouvernementales. H. Rozenbaum est ainsi sollicité comme expert sur les contraceptifs oraux dans le cadre d'un rapport Inserm commandé par le ministre de la santé en 1970, rendu en 1971²⁸. P. Simon devient expert en sexualité et contraception et fonde en 1973 l'Institut de formation, de recherche et d'études sur la sexualité et la planification familiale (IFRES). Il fait également partie, à partir de 1974, du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, institué la même année par la loi Veil sur la régulation des naissances, et est régulièrement sollicité comme expert en contraception et en sexualité dans des commissions gouvernementales. J. Kahn-Nathan poursuit une carrière à l'hôpital en même temps qu'elle continue ses consultations à la MGEN et en cabinet de ville, et publie de nombreux livres de vulgarisation sur la contraception et l'éducation sexuelle. H. Rozenbaum devient, en parallèle de sa carrière en libéral et de vacations qu'il réalise à l'hôpital de 1968 à 1974, expert auprès de différents laboratoires, et publie de très nombreux livres de vulgarisation ou de formation sur la contraception, et, plus largement, sur la gynécologie médicale et les hormones dites sexuelles (dont les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause). Il est également co-rédacteur en chef, avec Jean Cohen, de *Contraception, fertilité, sexualité*, avant de fonder sa propre revue spécialisée, *Hormones, reproduction, métabolisme*. Aussi bien hommes que femmes, principalement ancien·ne-s membres du Collège médical du Planning Familial, opèrent cette conversion de leur capital militant en expertise reconnue dans les sphères médicale, scientifique, et politique. Lagroua Weill-Hallé quitte le Planning en 1967 et ouvre un centre d'orthogénie (qui diffère des centres de planning familial, puisqu'il s'agit de médecine libérale et non plus d'un exercice

27. M.-A. Lagroua Weill-Hallé, 1967, *La Contraception et les Français*, Paris, Maloine ; 1968, *La prescription contraceptive*, Paris, Maloine ; A. Netter, H. Rozenbaum, 1968, *Les Progestatifs de synthèse : Classification ; indications thérapeutiques ; application à la régulation des naissances*, Paris, Sotep ; P. Simon, J.-P. Goirann A. F. Guttmacher, 1968, *Précis de contraception*, Paris, Masson ; J. Kahn-Nathan, H. Rozenbaum, 1969, *La contraception : hier, aujourd'hui, demain*, Paris, L'Expansion scientifique française ; H. Rozenbaum, 1971, *La Contraception*, Paris ; J. Kahn-Nathan, L. Neuwirth, 1973, *La contraception en 10 leçons*, Paris, Hachette littérature ; A. Netter, H. Rozenbaum, J. Kahn-Nathan, 1975, *La contraception : principes et applications pratiques pour le généraliste et le gynécologue*, Paris, J.B. Baillière ; J. Cohen, B. Achard, 1978, *ABC des techniques de planification familiale : contraception, stérilisations, interruption volontaire de grossesse*, Paris.

28. Inserm, 1971, cité plus haut.

dans un cadre associatif). Jean Cohen, outre le congrès et la revue qu'il dirige, publie également des ouvrages sur la contraception à destination des médecins et du grand public.

Ainsi, lorsque l'on s'intéresse au registre de légitimation de ces expert·e·s dans la presse, au cours des années 1960 et à la fin des années 1970, on se rend compte que la légitimité accordée à leur expertise se base non plus sur un ancrage militant, mais sur des espaces plus légitimes²⁹. Lorsque ces expert·e·s sont cité·e·s dans la presse au titre de leur savoirs en contraception, on n'observe plus aucune mention de leur appartenance présente ou passée au Planning : les articles précisent désormais qu'ils ou elles sont praticien·ne·s en libéral, qu'ils ou elles ont un rattachement hospitalier, qu'ils sont directeurs de revue ou qu'elles et ils sont auteur·e·s de livres, ou encore membres de commissions spécialisées. Alors que certain·e·s avaient pu disposer d'une reconnaissance institutionnelle en dehors de leur expertise en contraception, ici, ils et elles commencent à être reconnu·e·s comme expert·e·s au sein de l'ensemble de la profession, et sont considéré·e·s comme légitimes à parler d'un domaine de la médecine – la contraception – qui commence à devenir un domaine à part entière de la profession médicale.

Ce tournant professionnel des médecins du MFPPF est concomitant et parallèle au tournant militant qui a lieu au sein du MFPPF, consacré en 1973 par l'élection de Simone Iff – une non-médecin – à la tête de l'association. De fait, après cette « prise de pouvoir par les militantes » du MFPPF, évoquée par certain·e·s enquêté·e·s de manière assez amère, de nombreux médecins quittent le Planning, et le Collège médical est rapidement dissout.

À partir des années 1970 et avec la professionnalisation de ce champ, on assiste à une technicisation de plus en plus grande du savoir sur la contraception. À titre d'exemple, si l'on regarde les articles publiés dans la revue *Contraception, fertilité, sexualité*, entre 1968 à 1980, on passe d'articles plutôt centrés sur un objectif de vulgarisation des avantages et inconvénients de chaque méthode, comportant également des aspects sociaux, moraux ou psychologiques³⁰, à des articles plus longs évaluant les risques et les contre-indications des méthodes (principalement

29. Cette affirmation repose sur l'analyse du corpus de presse précédemment présentée au chapitre 2. L'analyse des articles mentionnant le terme de « pilule contraceptive » dans *Le Monde* permet de voir l'évolution des titres associés à ces expert·e·s interrogé·e·s ou cité·e·s.

30. S. Képès, « Perspectives psychosomatiques de la contraception », *Fertilité*, vol. 1, n° 1, avril 1968 ; Dr H. Michel Wolfrom, dr J.-M. Alby, « Compréhension intellectuelle et compréhension émotionnelle des cas par le praticien », *Fertilité*, vol. 1, n° 2, juillet-septembre 1968 ; Collectif, « Le médecin face à la contraception et à ses conséquences psycho-affectives », *Fertilité, orthogénie*, vol. 1, n° 4, octobre 1969 ; H. Rozenbaum, « Indications respectives des différents contraceptifs oraux », *Fertilité, orthogénie*, vol. 1, n° 2, avril 1969 ; D. Winaver, « La pilule sans prescription ? », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 3, n° 3, mai 1975.

médicales), et qui citent des enquêtes épidémiologiques à l'appui³¹. Cette évolution reflète sans doute le fait que la revue de Jean Cohen, émanation initiale du Collège médical du MFPPF avec les commissions créées en son sein (encadré 3.2), ne dépend plus du MFPPF à partir de 1973. On peut ainsi penser que les directeurs et contributeurs·trices de la revue ambitionnent d'en faire une revue scientifique à part entière, et non plus seulement une revue de vulgarisation morale et médicale sur diverses thématiques touchant au contrôle des naissances.

Parallèlement, dans le journal *Le Monde*, sont de plus en plus mobilisés des experts³² hospitaliers sur chaque effet secondaire de la pilule et chaque risque potentiel : les experts en hyperlipidémie et hypertension sur les risques cardio-vasculaires et thromboemboliques de la pilule, ou encore des spécialistes en endocrinologie, sur les hormones de synthèse et leurs éventuels effets à long terme (risque de cancer longtemps redouté sur ce type de pilules). Élément significatif de cette évolution, on voit apparaître dans le corpus de presse fin des années 1970 de plus en plus de « professeurs » cités comme expert·e-s, et de moins en moins de « docteurs »³³. Enfin, on observe dans ce corpus à partir du début des années 1970, et cette tendance s'accroît à la fin de la décennie, une référence de plus en plus systématique à des rattachements hospitaliers quand les médecins sont sollicités en tant qu'expert·e-s sur des articles traitant de contraception.

Dans les années 1970, en parallèle de l'institutionnalisation de la gynécologie médicale (voir chapitre 4), une partie des expert·e-s se reconvertissent également vers les questions de sexualité. P. Simon réalise ainsi la première grande enquête sur les comportements sexuels en France, qu'il inscrit dans la lignée de l'enquête Kinsey aux États-Unis³⁴. J. Kahn-Nathan s'engage sur l'éducation sexuelle aux côtés de Christiane Verdoux et Jean Cohen³⁵. Suzanne Képès se spécialise sur les

31. C. Couard, B. Lefebvre, P. Pichancourt, « Surdité et contraception orale », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 5, né 7, octobre 1977 ;

32. Moins souvent, des expertes. Voir suite du chapitre à ce sujet.

33. L'analyse des 428 articles du *Monde* portant sur la « pilule contraceptive » et sur le « stérilet » révèle que l'on passe de 63 % de « docteur » parmi les médecins mentionnée-s entre 1960 et 1970, à 55 % entre 1970 et 1980, et à 45 % entre 1980 et 1990.   l'inverse, on passe sur les mêmes périodes de 37 % de « professeurs » parmi les médecins mentionnée-s dans les années 1960 à respectivement 45 % dans les années 1970, puis 55 % dans les années 1980. Cette proportion s'inverse à nouveau dans les années 1990 (69 % de « docteurs » et 31 % de « professeurs »), mais les articles sur cette période ne portent quasiment pas sur des débats sur l'innocuité des contraceptifs oraux ou des DIU, et la mention de médecins est beaucoup moins fréquente sur cette période que sur les trois décennies qui pr c dent. L'analyse portait sur la mention de 77 « docteurs » et de 63 « professeurs » entre 1960 et 2000. Notons qu'il ne s'agit pas des mêmes personnes qui auraient avancé dans leur carrière, mais bien d'acteurs·trices différentes aux titres hospitaliers plus prestigieux.

34. Dr P. Simon, J. Gondonneau, L. Mironer, A.-M. Dourlen-Rollier, 1972, *Rapport sur le comportement sexuel des Français*, René Julliard, Pierre Charron.

35. J. Kahn-Nathan, G. Tordjman, S. Masse, G. Sarfati, C. Verdoux, 1970, *Le Sexe en questions :*

questions de psychosomatique de la sexualité et prône la prise en compte de la parole des femmes lors des consultations de gynécologie et d'orthogénie, aux côtés d'Hélène Michel-Wolfromm. Ces deux médecins, pionnières de la prise en compte de la sexualité des patientes au cours des consultations de gynécologie, auront une influence importante sur toute une génération de gynécologues médicales, comme l'évoque notamment Irène Borten dans son essai sur la gynécologie médicale³⁶.

La contraception apparaît ainsi de plus en plus centrale dans l'exercice professionnel de ces médecins, et de moins en moins comme un acte militant. Les perspectives militantes se reconstituent autour du combat pour la légalisation de l'avortement et pour l'avortement libre, qui s'incarne dans les structures militantes féministes, comme le MLAC ou le MLF, ou même certains centres de Planning (Ruault, 2017). Mais comme je l'analyserai plus en détails au chapitre 9, ces mouvements, même s'ils prônent l'information en contraception et la disponibilité des méthodes, ou encore leur prise en charge par la Sécurité sociale, se centrent principalement sur la question de l'avortement. Les générations d'expert·e·s en contraception qui commencent à exercer dans ces années-là racontent bien comment leur parcours, pendant leur formation, était marqué par ces débats sur la légalisation de l'avortement et la lutte contre les tabous de l'avortement clandestin et ses ravages, plus que par les questions de contraception à proprement parler³⁷.

Les années 1980 voient le déclin de l'intérêt de ces professionnel·le·s pour les questions techniques liées aux méthodes contraceptives, qui coïncide avec une période où le marché contraceptif compte peu d'innovations et se centre principalement sur certaines molécules œstro-progestatives (voir chapitre 6), en lien avec la technicisation croissante de cette expertise.

3.1.4 1980-2000 : consécration hospitalière de l'expertise, déclin de l'intérêt scientifique pour la contraception, et reconversions professionnelles

À partir des années 1980, deux mouvements marquent l'évolution de l'expertise en contraception : d'une part, la réorientation des expert·e·s précédemment évoqué·e·s vers d'autres questions que la contraception ; et d'autre part, la focalisation

une expérience d'éducation sexuelle dans la région parisienne, Paris, Denoël-Gonthier ; J. Kahn-Nathan, G. Tordjman, C. Verdoux, J. Cohen, 1973, *Encyclopédie de la vie sexuelle : de la physiologie à la psychologie, tomes 1 à 4*, Paris, Hachette jeunesse.

36. I. Borten-Krivine, 2004, *Médecin de femmes : ce qu'entendent les gynécologues*, Paris, Albin Michel.

37. Entretiens avec Danielle Hassoun (8 février 2016), Joëlle Brunerie (23 janvier 2017), et Élisabeth Aubeny (16 février 2017).

exclusive des expert·e·s sur la contraception hormonale et sur les hormones plus généralement.

Le premier mouvement voit ainsi les pionner·e·s militant·e·s de l'expertise en contraception se reconvertir, au cours des années 1980, vers d'autres champs scientifiques et médicaux³⁸. Certain·e·s, comme Jean Cohen, se reconvertissent dans le traitement des stérilités et les fécondations *in vitro* qui se développent à cette époque. Jean Belaïsch, spécialisé en endocrinologie, auteur des premiers articles sur la contraception masculine (notamment hormonale), se reconvertit également, à partir des années 1980, dans le traitement des stérilités, puis dans les traitements hormonaux de l'endométriase. Tandis que É.-É. Baulieu poursuit l'étude biochimique et clinique des antihormones, menant à la mise au point du RU 486 permettant l'IVG médicamenteuse, É. Aubeny fait de l'accès à ce produit l'un de ses principaux combats, suivi, à la fin des années 1990, de la lutte pour la mise sur le marché en France d'une pilule du lendemain, accessible sans ordonnance et gratuite pour les mineures. Comme l'indiquent plusieurs de nos enquêté·e·s, cette reconversion résulte en partie d'une perte de l'intérêt militant et scientifique associé au champ de la contraception à partir du milieu des années 1970. Irène Borten note ainsi que le champ de la procréation médicalement assistée et les recherches biomédicales sur les traitements de la stérilité sont rapidement devenus le nouveau domaine d'intérêt des gynécologues médicales·aux et de la recherche hospitalière dans le champ de la reproduction³⁹. Les articles publiés dans *Contraception, fertilité, sexualité* entre 1980 et 2000 témoignent de ce déclin d'intérêt pour la contraception, alors même que le terme reste premier dans le titre de la revue. On observe en effet la progressive marginalisation des articles sur la contraception dans la revue, par rapport aux thématiques de traitements des affections gynécologiques, des traitements de la ménopause, de l'infertilité ou des infections sexuellement transmissibles (surtout à partir de la fin des années 1980).

L'autre mouvement voit les expert·e·s en contraception se focaliser de plus en plus nettement sur la contraception hormonale féminine en particulier, et sur les hormones sexuelles plus généralement. Parmi les expert·e·s militant·e·s, H. Rozenbaum fait partie des pionnier·e·s de la contraception hormonale en France, et est un bon exemple de cette focalisation de plus en plus nette sur les hormones. En plus de la thèse qu'il a faite sur la contraception orale, il est expert auprès de différents laboratoires pharmaceutiques au cours des années 1970, et est l'un des expert·e·s sur les différentes pilules mises sur le marché pendant cette décennie. Il

38. Cette conversion n'est en fait, pour certain·e·s d'entre eux ou elles, qu'un retour à leurs intérêts intellectuels initiaux. C'est le cas de Henri Rozenbaum, déjà intéressé en 1968 par les traitements de l'infertilité.

39. Entretien du 22 mars 2016 à son domicile.

est d'ailleurs l'un des premiers promoteurs en France des pilules microdosées⁴⁰. À la fin des années 1970, il s'oriente également vers les traitements hormonaux de la ménopause, et fonde en 1979 l'Association française pour l'étude de la ménopause. Au même moment, Pierre Mauvais-Jarvis (1929-2012), hospitalier qui succède à A. Netter à la tête du service de gynécologie de l'hôpital Necker, développe à partir du milieu des années 1970 une école scientifique centrée sur l'endocrinologie de la reproduction et l'administration de traitements progestatifs pour traiter un certain nombre de pathologies féminines, ou même comme traitement préventif du cancer du sein (Löwy et Weisz, 2004). Cette école a eu un impact important sur l'endocrinologie et la gynécologie médicale françaises, conduisant à légitimer massivement la prescription de traitements hormonaux à base de progestatifs, notamment pour soulager certains symptômes de la ménopause ou périménopause, ainsi que leur emploi comme contraceptif chez des femmes de plus de 40 ans. Ce champ d'étude en pleine expansion à la fin des années 1970 et pendant les années 1980 est ainsi légitimé par le prestige de son chef de file, professeur d'université, et par les carrières médicales prestigieuses de ses proches collaborateurs·trices.

Se développe ainsi en France une école de gynécologie médicale formée à l'endocrinologie, dont est issue la plupart des expert·e·s en contraception visibles au cours des années 1980. Qu'ils ou elles exercent ensuite à l'hôpital (Frédérique Kuttenn, Anne Gompel) ou en libéral (David Serfaty, David Élia, Christian Jamin), ces expert·e·s en contraception sont donc issu·e·s d'une école médicale hospitalière qui place les hormones (et notamment les œstrogènes et progestatifs) au cœur de la prise en charge gynécologique des femmes, tradition initiée dès les années 1930 par Albert Netter (Löwy et Weisz, 2004, p. 2612).

Le prestige scientifique et médical associé au développement de thérapeutiques hormonales contribue à renforcer le clivage, chez les praticien·ne·s hospitalier·e·s ou en libéral impliqué·e·s dans la recherche en endocrinologie, entre des méthodes contraceptives présentant un intérêt scientifique, en termes de recherche (méthodes hormonales), et des méthodes archaïques ou sans intérêt pour la recherche médicale (méthodes non hormonales). On note ainsi, au cours de la décennie 1980 puis 1990, un déclin de l'intérêt des expert·e·s pour les méthodes contraceptives qui ne sont pas à la pointe de la recherche endocrinologique, qui se traduit directement dans la revue *Contraception, fertilité, sexualité*, par une rarification des articles sur les méthodes contraceptives autres que les méthodes hormonales. Christian Jamin, gynécologue médical et endocrinologue en cabinet de ville, formateur en gynécologie et contraception, évoque ce déclin d'intérêt, notamment pour le DIU :

40. Entretien avec Henri Rozenbaum, à son domicile, 10 septembre 2016.

« C'est-à-dire que devant un état de fait qu'était la diffusion de la pilule, les chercheurs ont, les hospitaliers se sont intéressés à la pilule, et comme en France le stérilet à l'époque représentait très peu, moins de 10 % de la contraception. Et puis bon le stérilet c'est quand même pas fou sur le plan de la recherche. Un stérilet c'est un morceau de cuivre, bon, c'est un truc, ça a été inventé par les Égyptiens avec des cailloux dans les utérus de chamelles, donc c'est quand même resté très longtemps ça, le stérilet. C'est-à-dire que c'est quand même un truc assez basique, qui ne s'est pas développé. Parce que des gens – vous avez cité Pierre Mauvais-Jarvis, ça a été un de mes maîtres – mais d'autres, c'étaient des gens qui réfléchissaient, c'étaient des intellectuels, des chercheurs, et donc s'ils se sont intéressés à quelque chose, c'était là où il y avait quelque chose à chercher, c'est-à-dire la contraception hormonale, qui en fait se développait en parallèle avec une compréhension des mécanismes hormonaux. Donc il y avait un creuset intellectuel d'endocrinologie autour de la pilule qu'on avait pas autour des autres méthodes. Et donc je ne vois pas ce qui pouvait intéresser un hospitalier dans le stérilet. »

(Christian Jamin, gynécologue médical et endocrinologue en cabinet de ville, formateur en contraception, entretien du 16 février 2016 à son cabinet médical.)

Selon C. Jamin, le déclin d'intérêt pour les autres méthodes que les méthodes hormonales en France résulteraient d'un déclin d'intérêt des grandes figures hospitalières – comme Mauvais-Jarvis – pour des domaines médicaux considérés comme dépassés à partir du milieu des années 1970. Une méthode trop simple comme le DIU ne serait selon ses dires pas digne de l'intérêt d'un « hospitalier » dont les travaux se centrent sur la compréhension des mécanismes hormonaux. Ainsi alors même que le niveau de prestige des expert·e·s en contraception des années 1980 à 2000 semble augmenter par rapport aux décennies précédentes, comptant plus d'expert·e·s hospitalier·e·s et davantage de personnes passées par l'internat, et ayant exercé à l'hôpital au début ou tout au long de leur carrière, le gain de prestige de l'expertise en contraception semble se traduire par une vision de la contraception centrée sur les hormones, et plus généralement par une marginalisation des thématiques contraceptives dans l'ensemble des champs de recherches de ces médecins.

Finalement, les années 1960 à 2000 voient une progressive professionnalisation de l'expertise en contraception, qui passe d'un vivier de militant·e·s cherchant à faire évoluer la législation en vigueur et les représentations d'une profession médicale plutôt conservatrice et opposée au contrôle des naissances, à un champ relativement institutionnalisé, doté d'infrastructures lui conférant une légitimité dans la sphère médicale et scientifique, comme des revues spécialisées, des congrès réunissant régulièrement des spécialistes sur le sujet, et des expert·e·s médicaux·ales

ayant des postes hospitalier·e·s ou formé·e·s à l'hôpital. Si l'expertise en contraception peut être qualifiée, à partir des années 1980, de « professionnalisée », cette professionnalisation se traduit notamment par une focalisation de plus en plus grande de ces expert·e·s sur les hormones, et un moindre intérêt pour les méthodes contraceptives non hormonales. La section suivante explore davantage la structure de ce champ des expert·e·s en contraception, afin de montrer les tensions qui le structurent, et qui mènent à la promotion de visions concurrentes de la contraception.

3.2 Le champ des expert·e·s : quelles ressources pour quel·le·s acteurs·trices ?

3.2.1 Penser le champ des expert·e·s

Penser l'expertise en contraception en termes de champ permet de penser plusieurs dynamiques structurantes de cette expertise, et de mieux comprendre les logiques qui prévalent à la légitimation d'une méthode contraceptive plutôt qu'une autre. Premièrement, une analyse en termes de champ amène à considérer cet espace en termes de champ de luttes, ou « champ de forces » (Bourdieu, 1980, pp. 72-75) : la lutte symbolique pour la définition de l'expertise et de son contenu d'une part, et la lutte pour l'accès aux ressources et à la légitimité parmi les expert·e·s mais aussi parmi les prescripteurs·trices d'autre part. Deuxièmement, ce type d'analyse permet de mettre l'accent sur les tensions structurantes entre acteurs·trices du champ, plutôt que de les considérer comme une entité homogène poursuivant un but unique. L'analyse bourdieusienne conduit également à s'interroger sur les différents capitaux mobilisés par les acteurs·trices au sein de ce champ, pour parvenir à asseoir leur légitimité, et à mettre en lien la mobilisation de ces capitaux avec leurs caractéristiques sociales et professionnelles. Ce type d'analyse amène enfin à s'interroger sur quel·le·s acteurs·trices sont centraux·ales, c'est-à-dire lesquels peuvent mobiliser le plus de ressources et de capitaux pour faire valoir leur vision de l'expertise. Il faut également prendre en compte, dans le cas qui nous intéresse, la dynamique de constitution et de recomposition de ce champ, entre les années 1960 et les années 2000.

Dans les entretiens réalisés avec des expert·e·s en contraception, trois points de tension revenaient fréquemment dans le discours, et amenaient les personnes interrogées à se positionner par rapport à, ou par distinction vis-à-vis d'autres acteurs·trices : la proximité avec les laboratoires pharmaceutiques ; le fait de se considérer comme militant·e (éventuellement comme militant·e féministe) ; et le fait

de revendiquer une forme de prestige liée à la carrière hospitalière ou au contraire le fait de s'en distinguer. Ces trois dimensions varient évidemment avec la période temporelle et la génération d'appartenance des expert·e·s que l'on considère, et les trois précédentes dimensions gagnent à intégrer cette dynamique temporelle.

Premièrement, la revendication d'une proximité ou au contraire d'une indépendance par rapport à l'industrie est structurante du discours de ces expert·e·s en contraception. Certain·e·s reconnaissent et revendiquent volontiers leur proximité avec l'industrie. Dans les premières générations d'expert·e·s, notamment parmi celles et ceux que j'ai appelé·e·s les « expert·e·s militant·e·s », la proximité avec les industries pharmaceutiques est revendiquée à un moment où les produits contraceptifs ne sont pas facilement accessibles, et où les industries sont les premières à pourvoir les centres de Planning familial. En outre, concernant les produits en pleine phase d'innovation, des partenariats étroits se développent entre ces expert·e·s et certaines firmes pour tester les produits, leur efficacité, leur innocuité, ainsi que leurs effets secondaires. P. Simon teste ainsi certaines crèmes spermicides, puis des DIU et des pilules œstro-progestatives⁴¹. H. Rozenbaum est en lien avec plusieurs laboratoires pour tester différentes pilules contraceptives, notamment les produits microdosés⁴². Les deux médecins sont d'ailleurs experts cliniciens auprès du ministère de la santé, c'est-à-dire qu'ils défendent des dossiers pour des produits afin que le ministère édite des autorisations de mise sur le marché. Ce sont également les industries qui sont pourvoyeuses de ressources pour la réalisation de formations (mise à disposition de lieux de réunion), ou la participation à des congrès. Plusieurs enquêté·e·s mentionnent des cadeaux ou la participation aux frais de voyages offerts par des industries pharmaceutiques (voir à ce sujet le chapitre 7).

Une fois que l'expertise en contraception est davantage professionnalisée et institutionnalisée, la proximité ou la distance vis-à-vis des industries pharmaceutiques devient un facteur réellement distinctif. Danielle Hassoun, gynécologue de ville et formatrice en contraception, mentionne à plusieurs reprises au cours de notre entretien cette dépendance de certain·e·s expert·e·s vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, et revendique au contraire une indépendance, notamment dans les cycles de formation auxquels elle participe⁴³. Christian Jamin, à l'inverse, revendique à plusieurs reprises son étroite collaboration avec des laboratoires pharmaceutiques,

41. Lettre du docteur F. Lecoq des laboratoires Endopancre à l'attention de Pierre Simon à propos du Lyndiol, 29 mars 1963 ; Lettre du docteur G. Portos du laboratoire Bézal, à propos des incidents sur les contraceptifs oraux publiés dans le *British Medical Journal*, Paris, le 14 décembre 1964, CAF, Fonds Simon, 17 AF 5.

42. Entretien avec Henri Rozenbaum, à son domicile, 10 septembre 2016.

43. Entretien avec Danielle Hassoun, à son domicile, 8 février 2016.

qui permet selon lui d'accéder à des ressources scientifiques autrement inaccessibles, notamment à des abonnements à des revues, ou à des recherches innovantes⁴⁴. Ce clivage apparaît relativement structurant de la profession médicale elle-même, et renvoie à de nombreux enjeux de carrière, de revendication d'une indépendance scientifique, mais aussi à des enjeux matériels et financiers.

Le rapport au militantisme et la justification de l'engagement pour la contraception constituent le deuxième axe structurant du champ de l'expertise en contraception. Là encore, la dimension temporelle fait grandement varier le militantisme revendiqué, notamment en lien avec les combats jugés primordiaux à chaque époque. Lorsque la contraception est illégale et illégitime aux yeux de l'Ordre des médecins, le fait de se positionner en faveur du contrôle des naissances est déjà perçu comme une forme de militantisme. À ce titre, l'avant-garde de la contraception et les médecins du Collège médical du Planning peuvent être considéré·e·s comme des militant·e·s pour l'accès à la contraception. Plusieurs d'entre eux et elles justifient d'ailleurs leur engagement par la nécessité de lutter contre les ravages de l'avortement clandestin, dont ils-elles découvrent les conséquences dans les salles d'urgences où arrivent – et parfois meurent – les femmes ayant des complications des suites d'un avortement provoqué. Un certain nombre d'entre eux et elles, comme nous l'avons vu dans la section précédente, justifient cet engagement par leur expérience de la guerre, qui aurait relativisé le poids normatif de la loi. J. Kahn-Nathan souligne toutefois que certain·e·s expert·e·s comme Palmer ou Dalsace, s'intéressent à la contraception « comme la prévention des avortements », alors qu'elle-même s'y intéresse « par féminisme, comme la nécessité d'une contraception pour que les femmes puissent développer un métier, une carrière et faire ce qu'elles [veulent] »⁴⁵. É. Aubeny reprend cette distinction, en disant que ce qui intéressait les militantes, et notamment les militantes du MFPPF, c'était outre la contraception, une méthode qui soit aux mains des femmes et indépendante de la volonté du mari⁴⁶.

Au-delà de cette première prise de position, l'engagement dans des mouvements militants pour l'accès à l'avortement ou dans des mouvements féministes, ou également le fait de militer pour un accès plus large et gratuit aux différentes méthodes de contraception constituent des dynamiques clivantes de ce champ. Comme l'ont montré plusieurs travaux (Zancarini-Fournel, 2003; Garcia, 2005; Pavard, 2009b), un certain nombre de médecins du MFPPF, et notamment ceux et celles du Collège médical, se placent en porte-à-faux des mouvements féministes qui militent pour l'avortement libre et gratuit, comme le MLAC ou dans une certaine

44. Entretien avec Christian Jamin, à son cabinet médical, 16 février 2016.

45. Entretien avec Jacqueline Kahn-Nathan, à son domicile, le 11 mars 2016.

46. Entretien avec Élisabeth Aubeny, à son domicile, le 16 février 2017.

mesure le MLF. La scission entre expert·e·s médicaux et militantes au sein du MFPPF en 1973 porte également sur ce point : face à des militantes qui réorientent l'ordre du jour du MFPPF vers un avortement libre et gratuit, les médecins du Collège médical voient leur position hostile à l'avortement libre marginalisée. Davantage favorable à une extension de l'avortement thérapeutique pour raisons socio-psychologiques qu'à une libéralisation totale de l'avortement, une partie de ces médecins s'engage dans l'ANEA. Ainsi, l'engagement dans les mouvements militants féministes ou gauchistes comme le MLAC, le Groupe information santé (GIS), ou d'autres mouvements politiques, distingue des personnes comme Irène Borten, Joëlle Brunerie ou Danielle Hassoun de personnalités qui se disent opposées aux revendications du MLAC ou du MLF, comme H. Rozenbaum ou J. Cohen. Une autre manifestation de cela est la mise à distance, dans le discours des expert·e·s, de certains mouvements féministes des années 1970 jugés trop radicaux, comme le MLF (Pavard, 2009b)⁴⁷.

Le dernier axe structurant de ce champ est la manière de se positionner vis-à-vis de la hiérarchie hospitalière et du fonctionnement de la profession médicale. Si la référence à (et parfois la déférence envers) la hiérarchie hospitalière transparaît dans le discours de certain·e·s expert·e·s, d'autres au contraire s'en distancient ou la critiquent. Plusieurs enquêté·e·s, lorsqu'ils ou elles parlent des « pères » de la contraception en France ou de la gynécologie médicale, ou de ceux qui ont été leurs maîtres, Jean Dalsace, Raoul Palmer, ou encore Albert Netter, soulignent qu'il ne s'agissait pas de personnalités au sommet de la hiérarchie médicale, et que la contraception s'est principalement développée en marge de la profession médicale et de son prestige. De fait, cette hiérarchie hospitalo-universitaire place en haut de l'échelle les professeur·e·s d'université ayant des services à l'hôpital, et au contraire accorde une moindre légitimité aux praticien·ne·s de ville. Cette dichotomie entre prestige hospitalier et moindre prestige en cabinet de ville est toutefois susceptible d'être contestée, comme le montrent les propos de Christian Jamin :

« Alors du côté clinique, quand j'ai quitté les hôpitaux je me suis installé en ville, et donc en tant que gynécologue et par rapport à ma compétence et par rapport à tous les gens que j'avais croisés dans ma vie hospitalière, naturellement

47. É. Aubeny exprime par exemple la distance de l'Association nationale des centres d'IVG et de contraception (ANCIC), réseau interprofessionnel chargé de coordonner les centres d'orthogénie qui réalisent des avortements en France après 1975, d'avec les « militant[·e·s] tous azimuts » représenté·e·s par le MLAC ou le MLF (entretien du 16 février 2017 à son domicile). C. Jamin exprime quant à lui sa distance d'avec des positions « idéologiques » qui seraient tenues par le Planning familial, et évoque la même distance de son ancien mentor Jean Cohen d'avec « le dogmatisme politico-gauche » de certains mouvements. J'interprète ces propos comme une marque de distance avec le tournant féministe du MFPPF après 1973, et, *a fortiori*, d'avec les positions tenues par le MLAC ou l'association Choisir sur l'avortement.

je suis devenu, en ville, un des spécialistes de la contraception, et comme je fais partie d'une race assez rare, qui a existé et qui existe moins, qui était que en ville on trouvait des spécialistes qui pouvaient rivaliser en termes de compétences et de connaissances avec des hospitaliers. Parce que on a une vision différente qui est plus pratique, que des gens qui voient des patients sélectionnés avec des rendez-vous à six mois. »

(Christian Jamin, entretien du 16 février 2016 à son cabinet médical)

Cette hiérarchie est d'autant plus susceptible d'être contestée que les personnes considérées constituent des leaders d'opinion ou sont en liens étroits avec l'industrie pharmaceutique. En effet, dans la mesure où les industries fournissent des ressources matérielles et intellectuelles pouvant permettre aux expert·e·s de poursuivre des recherches, éventuellement de publier sur ces recherches, elles confèrent aux expert·e·s des outils de légitimation dans le champ médical et scientifique. Le fait de s'intéresser à ce registre de légitimation de l'expertise en contraception est particulièrement intéressant, car cela permet de voir que le champ de cette expertise ne recoupe pas totalement le champ médical ou le champ scientifique, mais que l'expertise en contraception possède en partie ses propres dynamiques. Cette référence ou distanciation vis-à-vis des hiérarchies médicales renvoie à une dynamique paradoxale de l'institutionnalisation de cette expertise. En effet, au niveau des capitaux qui structurent le champ, l'effacement de la revendication du militantisme pour revendiquer une légitimité de professionnel·le·s dans le champ médical et dans le champ scientifique marque historiquement l'institutionnalisation de ce champ. D'un espace militant semi-clandestin, ce champ est progressivement devenu un espace professionnalisé institué et pouvant faire valoir des capitaux dans d'autres espaces institués, comme les sphères de décision politique, la sphère éditoriale, ou encore la sphère médiatique. Mais d'un autre côté, les expert·e·s en contraception sont confronté·e·s à des formes de relégation de leur expertise au rang de petite médecine ou médecine peu prestigieuse. Ainsi, pour maintenir leur position dans la hiérarchie médicale et scientifique, ces expert·e·s doivent étendre leur champ d'expertise, comme le montrent les dynamiques de reconversion des expert·e·s vers les traitements de la stérilité ou les traitements de la ménopause.

Par ailleurs, même si les expert·e·s installé·e·s en cabinet de ville font référence, à l'instar de Christian Jamin, à la légitimité scientifique et médicale des praticien·ne·s de ville, elles et ils soulignent néanmoins avoir été formé·e·s à l'hôpital, et donc avoir suivi un cursus universitaire aussi prestigieux que les expert·e·s hospitalier·e·s. Tout en contestant la hiérarchie de prestige entre exercice à l'hôpital et en cabinet de ville, ils et elles la convoquent lorsqu'il s'agit de légitimer le fondement de leur expertise, qui passe par la qualité de leur formation, leur permettant de se

distinguer, par exemple, des spécialistes qui ne sont pas passé·e·s par l'internat (voir chapitre 4).

Finalement, le champ de l'expertise en contraception est structuré par trois dimensions : la proximité ou distance aux industries pharmaceutiques, la revendication d'une posture militante et la proximité ou distance avec les mouvements féministes, et enfin la proximité ou distance avec les hiérarchies et les registres de légitimation établis au sein des champs médical et scientifique. Ainsi, le champ de l'expertise en contraception apparaît proche de, mais ne se confond pas avec le champ médical, structuré par la hiérarchie hospitalo-universitaire et où différentes spécialités médicales font valoir leur légitimité. D'autres formes d'expertise pourraient être considérées comme faisant partie de ce champ, mais elles restent toutefois marginales : expertise juridique (A.-M. Dourlen-Rollier), sociologique (É. Sullerot) ou démographique (H. Leridon). Ces formes d'expertise ont une place dans le façonnement des discours et représentations associé·e·s aux méthodes contraceptives, mais elle n'ont jamais la même légitimité dans l'espace public ou scientifique que l'expertise médicale, et ont parfois une moindre légitimité dans l'espace médiatique. Et lorsqu'il s'agit de former les prescripteurs·trices au conseil en contraception, le prestige médical demeure le point de référence principal. Cette structuration du champ a un impact sur la distribution des ressources entre les différent·e·s acteurs·trices, notamment en termes de genre, et sur la légitimité qui leur est accordée. Ainsi, une quatrième dimension du champ est l'aspect genré du champ de l'expertise en contraception. Je l'aborde distinctivement des autres, car elle apparaît moins directement dans le discours des acteurs·trices étudiées, mais elle révèle toutefois des rapports de pouvoir qui sont présents quel que soit le degré d'institutionnalisation du champ.

3.2.2 Un champ genré

Trois phénomènes dénotent de rapports de pouvoir de genre au sein du champ de l'expertise en contraception : la professionnalisation d'une spécialité médicale exécutante qui reste en dehors des processus de légitimation de la profession médicale, les gynécologues médicales ; des formes d'invisibilisation de l'expertise des femmes dans l'espace médical, politique et médiatique ; le progressif désintérêt scientifique pour les questions contraceptives à mesure que plus de femmes accèdent à des carrières hospitalo-universitaires.

La technicisation des savoirs sur la contraception a des conséquences directes sur le genre de l'expertise, en valorisant des titres hospitaliers initialement plus accessibles aux hommes, ou en jouant sur des registres de légitimité et de légitimi-

mation défavorables aux femmes. La gynécologie médicale connaît un phénomène d'expansion dans les années 1960 (Guyard 2008, Ruault 2015), complémentaire de l'institutionnalisation hospitalière de la contraception (voir chapitre 4)⁴⁸. L'expertise clinique et la prescription contraceptive, initialement développées par les médecins du Planning, devient la prérogative des cabinets privés de gynécologie médicale à partir du début des années 1970. De fait, les médecins libérales·aux qui exercent dans cette spécialité sont pour certain·e·s d'ancien·ne·s médecins du Planning, ou ont été formé·e·s par le Planning à la contraception, et ont par ailleurs été formé·e·s à l'hôpital au cours de leur spécialisation. Elles et ils se revendiquent ainsi de cette double expertise pour capter une patientèle de plus en plus informée par les médias sur – et en demande de – nouvelles méthodes contraceptives.

Or, cette spécialité, et contrairement aux spécialités hospitalières, est majoritairement investie par des femmes (à l'instar d'autres branches comme la pédiatrie), ce qui se traduit par une très forte féminisation des prescriptrices de contraception. Dans une profession médicale essentiellement masculine, ce bastion hautement féminisé se voit accorder de manière structurelle une moindre reconnaissance scientifique et un moindre prestige. Notamment, cette spécialisation n'est pas instituée en spécialité hospitalière dans laquelle on s'oriente après avoir réussi le concours de l'internat. Il s'agit en fait d'une spécialisation, réalisée à la suite d'un diplôme de trois ans nommé le certificat d'études spécialisées (CES), et pour laquelle il n'est pas nécessaire d'avoir réussi le concours de l'internat. La plupart des expert·e·s que nous avons interrogé·e·s souligne ce manque de légitimité de la spécialité, dans laquelle certaines femmes s'orientent par défaut, parce qu'à l'époque, très peu de femmes passent l'internat et la plupart s'orientent en gynécologie médicale ou pédiatrie. Les experts hommes qui sont formés à la gynécologie médicale, soulignent, eux, que cette orientation résulte d'une vocation, voire d'un militantisme pour la cause des femmes, mais tous ont également suivi des formations universitaires – parfois dans le cadre de l'internat – en endocrinologie ou en chirurgie, ce qui rend la reconversion ultérieure vers l'hôpital plus facile à envisager que lorsque l'on dispose « seulement » du CES de gynécologie médicale.

Cette division voit donc se développer une hiérarchie structurelle dans l'expertise en contraception, entre des gynécologues médicales, initialement plutôt jeunes, principalement en libéral, et moins bien reconnues en termes de prestige, en charge de la seule prescription contraceptive déconsidérée en termes scientifiques, et une caste d'hospitaliers – hommes pour la plupart – formés à la gynécologie et

48. Aurore Koechlin montre dans sa thèse en cours sur l'institutionnalisation de la gynécologie médicale en France qu'il s'agit en fait d'un deuxième moment d'expansion et d'institutionnalisation de la gynécologie médicale en France, la première ayant eu lieu dans les années 1930 avec l'invention de l'organo-thérapie et le développement des hormones de synthèse et des sulfamides.

à l'endocrinologie, et qui se revendiquent comme experts détenteurs du savoir scientifique. De fait, jusqu'aux années 1980 et avant une relative féminisation de la médecine hospitalière, les départements de gynécologie en France restent dirigés par des hommes. Les années 1980 à 2000 voient une relative féminisation des postes les plus prestigieux (chef·fe de clinique, chef·fe de service puis professeur·e hospitalier·e). Des formes de division similaires entre une expertise clinique et pratique et expertise scientifique se retrouvent d'ailleurs dans les articles publiés dans les revues médicales spécialisées sur la contraception, jusqu'aux années 1980 du moins : les expertes femmes sont davantage spécialisées sur la psychosomatique et la sexualité, ou l'éducation sexuelle à destination des enfants et adolescents, tandis que les hommes experts sont davantage spécialisés sur l'endocrinologie, la biochimie, et les savoirs « techniques » et épidémiologiques.

À ces rapports de pouvoir au sein de la profession (sur laquelle nous revenons plus en détails dans le chapitre 4) font écho des rapports de pouvoir dans l'espace public et médiatique. Dans les articles du journal *Le Monde* portant sur la contraception, on observe, en termes quantitatifs d'abord, une moindre représentation des femmes comme expertes médicales : ainsi parmi un peu plus de 150 médecins mentionnés dans les articles du *Monde* sur la contraception pour apporter un crédit « scientifique » à tel ou tel argument en faveur ou contre les différents contraceptifs, on compte moins d'une dizaine de femmes. Dès lors qu'il s'agit de rassurer le monde médical sur l'innocuité de la pilule, c'est à des experts hommes que l'on renvoie : Albert Netter, Raoul Palmer, Jean Dalsace sont parmi les figures qui reviennent le plus fréquemment dans les colonnes du quotidien, notamment durant la période de polémique autour des contraceptifs oraux à la fin des années 1960. Cette représentation des experts hommes fait écho à la stratégie du Planning de gain en respectabilité du combat pour la contraception par la sollicitation de médecins hommes reconnus et titrés (Garcia, 2011; Pavard, 2012c). Mais ça n'est pas la seule explication d'une moindre visibilité médiatique des femmes expertes, puisque parmi la génération d'expert·e·s formé·e·s au militantisme par le Planning et qui ont contribué à donner une légitimité sociale et médicale à la contraception, on trouve aussi bien des hommes que des femmes, ce qui ne se traduit pas nécessairement au niveau médiatique. De fait, dans la revue *Contraception, fertilité, sexualité*, la mixité du Collège médical du MFPPF se traduit dans la mixité des publications par ces expert·e·s médicaux en contraception. Pourtant, ce sont principalement les hommes du Collège médical qui sont présentés comme experts dans l'espace médiatique ou sollicités comme tels dans l'espace politique.

Si par exemple la figure de « Mme » (pas toujours appelée « docteur », contrairement à ses homologues masculins systématiquement désignés par leur titre)

Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé est sans cesse mobilisée, c'est toujours pour ses activités militantes (directrice de l'association, a ouvert des centres d'orthogénie), jamais comme experte sur la contraception. À l'inverse, Jean Cohen et Pierre Simon, membres du Planning, sont dépeints comme experts. Jean Cohen, est mentionné comme directeur de revue médicale spécialisée et organisateur des journées d'études annuelles sur la contraception, et on précise de Pierre Simon qu'il est directeur du Collège médical du MFPPF, jamais qu'il est vice-président de l'association. L'accent est donc mis, à l'inverse de ce qui se passe pour Lagroua Weill-Hallé, sur leur profil d'experts médicaux plutôt que sur leur militantisme.

Un autre exemple est emblématique de cette construction médiatique du genre de l'expertise, lorsque l'on compare la manière dont Henri Rozenbaum et Jacqueline Kahn-Nathan sont mentionnés dans les articles du *Monde*. Si H. Rozenbaum est explicitement mentionné, et à plusieurs reprises, comme « expert » sur les pilules, J. Kahn-Nathan ne fait que « parle[r] » des stérilets, son statut d'experte n'étant pas mis en avant dans les termes employés, alors qu'elle est l'une des pionnières de la pose du DIU en France qu'elle est celle qui a la plus grande expérience clinique et scientifique de cette méthode. Son avis sur les différentes méthodes est souvent mentionné, mais jamais légitimé par un statut scientifique ou hospitalier. Le fait qu'elle soit cheffe de clinique dans le service d'Albert Netter et qu'elle ait ouvert la première consultation de contraception à l'hôpital en France – avant même que la contraception ne soit « légalisée » par la loi Neuwirth – n'est jamais mentionné dans le journal du *Monde*. Cela tranche avec le portrait qui est fait de H. Rozenbaum, dont on précise lui qu'il est dans le « service de gynécologie de l'hôpital Necker » et qu'il a « fait une enquête sur les effets secondaires des contraceptifs hormonaux », notamment dans un article où les deux médecins sont mentionnés⁴⁹. Alors même que ces deux expert·e·s ont une trajectoire hospitalière d'un prestige comparable au regard des critères de la profession, notamment en termes de formation, de publications ou de postes occupés à l'hôpital, le traitement médiatique qui en est fait n'en rend pas forcément compte.

Les exemples les plus flagrants de ce double standard médiatique sont ceux qui nient aux intéressées leur statut de docteur : « Madame » Suzanne Képès (qui est en fait, gynécologue médicale, première gynécologue à importer la psychosomatique dans la pratique clinique, et première sexologue française) est citée dans un article du 23 juin 1975 sur les résistances à la contraception, pour parler des résistances psychologiques des femmes à la contraception selon leur milieu social (une expertise non présentée comme clinique), tandis que le « docteur » Rozenbaum, lui, est cité pour s'exprimer sur le manque de formation des médecins en contraception. On

49. « Une enquête française sur les effets secondaires de la pilule », *Le Monde*, 17 juillet 1974.

trouve ainsi plusieurs exemples d'experts hommes renvoyés au monde de l'hôpital ou de la recherche et de femmes renvoyées soit à leur engagement associatif, soit à une pratique médicale qui ne fait pas figure d'expertise scientifique.

Ce traitement différencié des experts et des expertes dans l'espace médiatique trouve un écho dans la sphère politique, où ce sont principalement des hommes qui sont sollicités comme experts dès lors qu'il s'agit de légiférer sur la contraception. Ainsi, parmi les personnes faisant partie de la « commission pilule » commanditée en 1965 par le ministre de la santé pour évaluer les risques sur la santé des contraceptifs oraux, on trouve exclusivement des hommes, évoqués dans la presse sous la figure des « 13 sages » se prononçant en faveur des contraceptifs oraux. De même, parmi les 30 personnes auditionnées en 1966 pour préparer le projet de la loi Neuwirth, on trouve 14 médecins, preuve s'il en est de l'importance de l'expertise médicale dans le débat sur la contraception. Mais parmi ces 14 médecins auditionnés, on trouve seulement 2 femmes, dont une seule mentionnée comme « docteur » (et 4 femmes auditionnées en tout parmi les 30). Enfin, le rapport sur les contraceptifs oraux commandité par l'Inserm sera, lui, publié par un homme (H. Rozenbaum). On observe donc, sur une revendication initialement portée par des femmes et sur des objets à destination d'elles, que l'expertise légitime dans l'espace médiatique et politique est celle des hommes.

Ces logiques genrées d'une expertise professionnelle qui semble tenir les femmes à l'écart à partir des années 1970 peuvent sembler paradoxales, dans la mesure où c'est la période même où l'expertise des femmes en tant que femmes est reconnue et valorisée dans l'espace militant (notamment dans les luttes pour l'accès à l'avortement et les nombreux mouvements locaux qui en résultent). Cette légitimité de « femmes » comme expertes militantes, qui a joué un rôle important dans le champ de la contraception en 1950 et 1960 en France, n'est finalement pas directement convertible dans le champ de l'expertise scientifique, qui valorise moins l'expérience (en tant que femme ou même expérience clinique) que les savoirs techniques et la position dans la hiérarchie hospitalo-universitaire. À mesure que l'expertise en contraception se professionnalise, elle adopte de plus en plus les codes du champ scientifique, et ce faisant, conduit à évincer en partie le prestige de la première génération de femmes médecins investies dans ce champ. Toutefois, l'institutionnalisation de l'expertise en contraception s'inscrit dans un processus plus large qui est celui de la féminisation de la profession médicale, entre les années 1960 et les années 2000, qui se traduit par la féminisation partielle des échelons les plus élevés de la hiérarchie hospitalo-universitaire. Dans cette perspective, on voit à partir des années 1980 l'expertise hospitalière en contraception se féminiser (voir figure 3.1). Cette féminisation coïncide toutefois avec le déclin de l'intérêt pour la

contraception comme objet d'étude scientifique et médical, de sorte que la maîtrise de cette expertise ne suffit plus à conférer un capital symbolique important aux expert·e·s, qui se reportent sur d'autres domaines d'investigation scientifique.

Ces différentes dimensions – les rapports sociaux de sexe, la proximité avec les industries pharmaceutiques, la revendication d'une posture militante, et enfin les rapports hiérarchiques propres à la profession médicale – sont structurantes du champ de l'expertise en contraception. Ces lignes de fracture expliquent des positionnements différents par rapport aux méthodes, mais permettent aussi de comprendre les tensions qui structurent les discours normatifs produits par les expert·e·s. La dernière section de ce chapitre s'intéresse aux discours produits par les expert·e·s sur les différentes méthodes, en faisant le lien avec leur positionnement dans le champ de l'expertise en contraception.

3.3 Une légitimité croissante de la contraception au détriment de la diversité des méthodes promues

À plusieurs reprises dans la presse médicale et généraliste, des médecins sollicité·e·s comme expert·e·s en contraception définissent les critères d'une « bonne » contraception, souvent alignés sur les critères définis par l'IPPF : efficacité, innocuité, acceptabilité, et, selon les expert·e·s, réversibilité (des désaccords entre expert·e·s portent sur ce dernier point)⁵⁰. Les hiérarchies établies entre les méthodes et les normes produites sur chacune d'elles le sont à l'aune de ces différents critères, et évoluent à mesure que les innovations technologiques propres à une méthode la rendent plus efficace, plus sûre, ou mieux acceptée. Cette section retrace l'évolution de ces critères, et leurs liens avec les tensions qui structurent le champ de l'expertise en contraception. L'appréciation de ces critères évolue également en fonction des représentations qu'ont les médecins des diverses catégories de femmes et à leur sexualité (ce point sera traité plus en détails dans le chapitre 7).

Au début des années 1960, la technique promue par celles et ceux qui constituent l'avant-garde de l'expertise en contraception est principalement le diaphragme. C'est à l'époque la méthode mise à disposition dans les cliniques anglaises, relativement accessible, et qui apparaît plus efficace que l'absence de contraception. Les deux extraits suivants révèlent également deux enjeux liés à la recommandation de cette méthode :

50. J. Belaïsch, « La nullipare », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 1, n° 1, septembre 1973.

« *J'ai vu que le diaphragme dont on parlait beaucoup dans les années 1960-70 a complètement disparu. . .*

- Oh oui, vous savez c'était, heureusement qu'il est rentré en désuétude celui-là, parce que quand moi je voyais arriver à mon cabinet une femme qui voulait un diaphragme, c'était un peu le cauchemar. On avait tout un jeu de diaphragme de tailles différentes, il fallait essayer un peu comme chez le tailleur la taille qui convient. Apprendre à la femme à le mettre et à l'enlever, ce qui n'avait rien d'évident parce que beaucoup de femmes n'avaient même pas. . . n'avait aucune connaissance de leur anatomie... j'avais fait un bouquin grand public qui s'appelait *Gynécologie pratique*, je commençais par un chapitre d'anatomie ! Donc, c'était pas très drôle. Et alors en plus, il fallait y ajouter un spermicide parce que le diaphragme seul n'était pas assez efficace. Non il fait partie maintenant des méthodes complètement désuètes. »

(Henri Rozenbaum, gynécologue médical, ancien membre du Collège médical du Planning familial, spécialiste des contraceptifs oraux et des traitements de la ménopause, entretien du 10 septembre 2016 à son domicile.)

« *Pourquoi à ce moment-là le préservatif n'a-t-il pas été plus utilisé que ça, en France ?*

- Il était sur le marché depuis très longtemps. (...) Et bien c'est lié à l'acte sexuel. C'était lié à la volonté des hommes. Et il faut le mettre au dernier moment. (...) Le préservatif ça existe depuis très longtemps, ça nous a jamais beaucoup intéressé, parce qu'on en a vu les échecs, nous. Quand on est arrivés sur le marché de la gynécologie, les femmes qui se faisaient avorter, il y avait des préservatifs tant qu'elles voulaient, hein.

- *Oui oui d'accord.*

- Ce qui nous a passionné c'est que c'étaient les femmes qui décidaient, et qui prenaient la responsabilité. Tandis que les préservatifs on avait vu les échecs. Et on continue à voir les échecs. . . (...) Donc ça nous passionnait pas du tout. Ce qui nous passionnait, c'était quelque chose qui dépendait des femmes, qui était pas lié à l'acte sexuel, et qu'elles avaient envie d'avoir. (...) Les préservatifs, ça existe depuis très très longtemps, ça les empêchait pas d'avorter, ça les empêchait pas de faire des fausses couches très compliquées, bon ça nous intéressait pas, nous de prescrire ça. (...) Et les diaphragmes moyennement, parce que c'était difficile à mettre. Et les échecs étaient assez nombreux. Bon. Mais c'était les femmes qui en disposaient. La seule chose qui nous intéressait avec les diaphragmes, c'était que c'étaient les femmes qui décidaient.

(Élisabeth Aubeny, gynécologue médicale, co-fondatrice de l'Association française de contraception, entretien du 16 février 2017 à son domicile)

Bien que les deux médecins mettent l'accent sur la désuétude du diaphragme et sur le fait qu'il soit compliqué à recommander aux femmes, pour des raisons de simplicité de prescription et de pose ou parce qu'il et elle jugent la méthode inefficace, É. Aubeny souligne toutefois qu'elle avait l'avantage, par rapport au préservatif, d'être une méthode à la disposition des femmes. Ainsi, alors que le premier renvoie à des aspects techniques de la méthode, la seconde met l'accent sur l'un des avantages de la méthode, en termes féministes : à savoir qu'elle modifie, contrairement aux méthodes précédemment à disposition, les rapports de pouvoir hommes-femmes dans le recours contraceptif. L'extrait de É. Aubeny note également la mauvaise presse du préservatif, alors également disponible, et qui ne tombait pas à l'époque sous le coup de la loi de 1920. Plusieurs entretiens, outre celui-ci, soulignent la mauvaise image du préservatif, associé aux maladies vénériennes et à la prostitution, mais également jugé peu sûr et peu pratique, et donc relativement peu utilisé, mais surtout peu recommandé par les expert·e·s et médecins, malgré sa disponibilité. Il est également considéré, d'un point de vue féministe, comme ne remettant pas en cause les rapports de domination au sein du couple, car requérant la coopération du partenaire masculin pour son usage. Cette mauvaise presse du préservatif et l'apport en termes d'autonomie des femmes du diaphragme semblent expliquer que cette dernière soit la méthode principalement promue par le MFPPF à cette époque, et notamment par Lagroua Weill-Hallé.

À partir du début des années 1960, l'expertise en contraception se reconfigure plus particulièrement autour des deux méthodes qui nécessitent des connaissances médicales relativement « nouvelles », la pilule œstro-progestative et le DIU en plastique. Outre la nécessité, plus tard instituée par la loi Neuwirth, de passer par un médecin pour obtenir l'un ou l'autre de ces produits, il s'agit de techniques pour lesquelles les médecins ont un relatif monopole de l'expertise scientifique. Dans les années 1960, alors que peu de formations existent sur la contraception, et que plusieurs débats publics ont cours sur l'innocuité de ces nouvelles méthodes, les médecins du Planning et certain·e·s hospitalier·e·s concentrent les savoirs. Ce phénomène est renforcé par le fait que certain·e·s de ces médecins ont une activité de conseil auprès de l'industrie, et sont ainsi identifié·e·s comme expert·e·s en recherche clinique ou en pharmacovigilance⁵¹. Notons toutefois que si la pilule œstro-progestative et le DIU en plastique occupent de plus en plus de place dans le discours des expert·e·s, celui-ci tend à présenter la diversité des méthodes disponibles, leurs avantages et leur inconvénients. Ainsi, on trouve en 1969 dans la revue *Fertilité, orthogénie* un article de Jean Cohen à l'attention des médecins, sur la recommandation contraceptive :

51. Comme c'est le cas de P. Simon, J. Cohen, J. Kahn-Nathan et H. Rozenbaum.

« La consultation de contraception n'est pas une consultation courante, la femme vient demander un conseil et non pas un traitement.(...) La femme doit quitter le cabinet médical, son choix fait. Pour pouvoir la renseigner, le médecin doit connaître tous les moyens contraceptifs et leurs contre-indications. (...) La consultation doit être longue. Elle débute par un interrogatoire au cours duquel le médecin doit comprendre les motivations, mais surtout ne pas les juger. Il doit apprécier le type de vie sexuelle, et le désir éventuel d'une nouvelle maternité. L'examen gynécologique et général va permettre de réunir les éléments du choix : existe-t-il des indications médicales à la contraception ? Y a-t-il des contre-indications à certaines méthodes ? Pour aider la femme à choisir, on peut lui présenter le tableau suivant :

	TEMPÉRATURE	CONDOM	DIAPHRAGME	PILULE	STÉRILET
	femme : chaque matin avant lever	homme : avant rapport après érection	femme : 2 h. avant rapport garder 8 h.	femme : 21-22 jours par mois	femme : 1 fois pour toute
EFFICACITÉ	85 à 97 %	92 %	95 %	99,9 %	95 %
ENNUI	0	0	0	pois céphalées troubles digestifs troubles veineux troubles cutanés 20 %	hémorragies douleurs 10 %
COMMODITÉ	—	±	±	++	++
ABANDON % de femmes le conservant après 1 an	>	>	30 %	50 %	70 %

» 52

Si la pilule est bien présentée comme la méthode la plus efficace, quasiment efficace à 100 %, il s'agit également de la méthode avec le plus « d'ennuis » mentionnés (troubles divers dans 20 % des cas), et un fort taux d'abandon, d'une personne sur deux après un an. Le DIU est présenté comme ayant la même efficacité que le diaphragme, et quasiment la même efficacité que les autres méthodes (si bien utilisées), mais davantage d'inconvénients ou de risques, et un taux d'abandon très élevé (plus de deux tiers des femmes après un an). Si la pilule apparaît ainsi comme la « meilleure » méthode du point de vue de l'efficacité, elle n'est pas présentée ici comme la meilleure du point de vue du confort et de l'acceptabilité par les femmes. Et si le DIU est également une méthode innovante présentant l'avantage de la simplicité, elle n'apparaît ni sans inconvénient ni parfaitement efficace. L'article précise également que toutes les méthodes doivent être présentées aux consultantes en contraception afin de les aider à choisir la méthode qui leur convient le mieux, donc que la consultation en contraception a pour but de délivrer une information exhaustive sur les différentes méthodes.

52. « Choix d'une méthode », Dr Jean Cohen, *Fertilité, Orthogénie*, vol. 1 n° 1, p. 31.

Ce tableau, à destination des praticiens, fait directement écho à un tableau projeté à la télévision le 20 décembre 1966, lors d'une émission de Ménie Grégoire sur la contraception⁵³ :

CE TABLEAU EXPLIQUE LES AVANTAGES ET LES INCONVENIENTS DES METHODES DE CONTRACEPTION : 15 MILLIONS DE TELESPECTATEURS ONT PU LE LIRE SUR LEUR ECRAN.

	EFFICACITE	TROUBLES PHYSIOLOGIQUES	INTERFERENCE PSYCHOLOGIQUE	RESPONSABILITE
PILULE	★ ★ ★	★ ★	•	F ET M
CONDOM	★ ★	•	★ ★	H
DIAPHRAGME	★ ★	•	★	F ET M
METHODE THERMIQUE	★ ★	•	•	F ET M
RETRAIT	★	•	★	H
OGINO + TEMPERATURE	★	•	•	F ET M
SPERMICIDES	?	•	?	F
OGINO	?	•	•	F
DOUCHE	•	•	★	F
D.I.U. (Dispositif Intra-Utérin)	★ ★	?	•	M

COMMENT LIRE CE TABLEAU :

COLONNE « EFFICACITE » : le nombre d'étoiles indique l'efficacité de chaque méthode (3 étoiles : très bien, 2 étoiles : bien, 1 étoile : assez bien). Le point d'interrogation : parfois efficace, parfois non. Le point : efficacité nulle.

COLONNE « TROUBLES PHYSIOLOGIQUES » : les étoiles : possibilité de troubles, selon les sujets. Point : aucun trouble. Point

d'interrogation : des accidents peuvent parfois se produire.

COLONNE « INTERFERENCE PSYCHOLOGIQUE » : chaque méthode est analysée selon les perturbations qu'elle peut apporter dans la qualité des rapports. Etoiles : perturbations ; point : pas d'interférence ; point d'interrogation : plus ou moins.

COLONNE « RESPONSABILITE » : H : c'est l'homme qui applique la méthode. F : c'est la femme. M : il faut l'intervention du médecin.

Ce tableau, qui présentait, même avant le vote de la loi Neuwirth, les différentes méthodes contraceptives et leurs inconvénients, met l'accent à la fois sur l'efficacité supérieure de la pilule, mais également sur les troubles physiologiques qui lui sont associés, à l'inverse des autres méthodes, qui ne présentent que d'éventuelles « interférence[s] psychologique[s] » (perturbation de la qualité des rapports). À la fin des années 1960, la contraception est donc présentée aux médecins comme au grand public comme une panoplie de diverses méthodes à disposition des femmes ou des couples. Les deux tableaux permettent d'envisager que la responsabilité contraceptive et le choix d'une méthode reposent, de plus en plus, sur les femmes (pilule, diaphragme, méthode thermique, spermicides, ogino et douche), et de moins en moins sur les hommes (retrait et condom). C'est progressivement le duo femme-médecin qui vient remplacer le couple homme-femme dans le choix d'une méthode.

Notons par ailleurs que les techniques de stérilisation masculine et féminine sont exclues de la panoplie des méthodes contraceptives proposées par ces expert.e.s. C'est le cas dans les deux documents présentés ci-dessus. En outre, dans l'introduction de leur manuel sur *La contraception*, publié en 1966, les médecins J. Dalsace et R. Palmer définissent la contraception comme « l'utilisation de tous procédés destinés à empêcher de façon temporaire et réversible la fécondation (...) Toutes les autres méthodes de limitation des naissances, qu'il s'agisse de l'avortement,

53. Article (journal inconnu) relatant l'émission TV de Ménie Grégoire du 20 décembre 1966, à 22h sur la contraception, p. 23, Fonds Dalsace, Dalsace 4.2., Bibliothèque interuniversitaire de Santé-Médecine, Université Paris Descartes.

que nous considérons comme un fléau social, ou de la stérilisation, qui s'oppose définitivement à la conception, n'ont pas droit de cité dans ce livre. »⁵⁴. La même année, P. Simon exclut également la stérilisation de son livre sur *Le contrôle des naissances*⁵⁵. Ces exemples témoignent de l'exclusion des méthodes de contraception définitives, qui perdure de manière durable dans le discours des expert·e·s ainsi que dans les pratiques contraceptives en France (Ventola, 2017)⁵⁶.

Avec la professionnalisation du champ de l'expertise en contraception dans les années 1970, l'intérêt accordé aux différentes méthodes contraceptives évolue. Le phénomène le plus notable, déjà relevé plus haut, est la technicisation des savoirs sur la contraception qui évince progressivement les méthodes et les savoirs jugés trop simples ou trop peu dignes d'intérêt scientifiquement. Dans *Contraception, fertilité, sexualité*, les articles présentant l'ensemble des méthodes sont peu à peu remplacés par des articles plus spécialisés, se focalisant soit sur les pilules et leurs diverses modalités de prescription⁵⁷, soit sur les DIU, en plastique, puis au cuivre, et hormonaux à partir de 1979⁵⁸, soit sur des méthodes en cours de développement⁵⁹, ou sur des méthodes jugées illégitimes en France (techniques de stérilisation⁶⁰).

54. J. Dalsace, R. Palmer, 1966, *La contraception*, Paris, Presses universitaires de France.

55. P. Simon, 1966, *Le contrôle des naissances. Histoire - philosophie - morale*, Paris, Petite bibliothèque Payot.

56. C. Ventola montre par ailleurs dans sa thèse que même si ces méthodes ne font l'objet d'aucun encadrement juridique jusqu'en 2001, leur utilisation est souvent renvoyée à une jurisprudence datant de 1935 et ayant conduit à la condamnation pour « mutilation volontaire » de personnes ayant réalisé des vasectomies. Ces techniques ne sont donc utilisées qu'à titre exceptionnel et à visée préventive, pour des femmes chez qui la grossesse est contre-indiquée pour des raisons de santé.

57. H. Rozenbaum, « Intérêt des faibles dosages en contraception orale », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 1, n° 1, septembre 1973 ; D. Winaver, « La pilule sans prescription ? », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 3, n° 3, mai 1975 ; C. Chouard, B. Lefebvre, P. Pichancourt, « Surdité et contraception orale », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 5, n° 7, octobre 1977 ; C. Schebat, C. Talbot, « Plaidoyer pour la contraception orale dans le post-partum immédiat », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 5, n° 7, octobre 1977 ; D. Serfaty, G. Rancurel, G. Cathelineau, M. Haskeles, « Accident vasculaire cérébral au cours d'un traitement par progestatif seul (à propos de deux cas) », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 7, n° 9, septembre 1979.

58. J. Kahn-Nathan, « Les nouveaux stérilets », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 1, n° 1, septembre 1973 ; P. Thocaven, « Expérience de 1174 DIU en pratique omni-praticienne », et G. Tranie, « Etude rétrospective et comparée entre 300 Gravigardes et 300 ML Cu 250, posés par un même praticien dans un cabinet gynécologique de ville », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 7, n° 9, septembre 1979 ; V. Bruno, F. Dondero, M. Moro, M. Cerasard, L. Carema, « Test de pénétration du sperme in vitro et tests post-coïtaux chez des femmes fertiles portant divers types de DIU bio-actifs (Cu et Progestérone) », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 14, n° 2, février 1986.

59. « Actualité de la contraception », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 3, n° 3, mai 1975.

60. A. Audebert, « Contraception masculine. Méthodes actuelles et perspectives », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 1, n° 1, septembre 1973 ; R. Palmer, A. Audebert, P. Bourgeois, A.-M. Dourlen-Rollier, I. Lubell, R. Schoysman, « La stérilisation », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 3, n° 1, janvier 1975.

Si un court article mentionne en 1972 les « méthodes physiques de contraception » (diaphragmes, capes cervicales, préservatifs et spermicides), c'est surtout pour signaler qu'elles constituent une bonne alternative en cas de contre-indication aux œstro-progestatifs ou au DIU⁶¹. Le diaphragme, au cours des années 1970, disparaît progressivement des articles de la revue, de même que les méthodes d'auto-observation ou que le retrait. L'édito d'un numéro de 1982 résume bien ce changement :

« Cher Confrère,

Sur quels critères doit on choisir une pilule plus ou moins dosée en progestatifs, préférer une contraception séquentielle à une contraception continue, choisir un modèle particulier de stérilet ? Contraception - Fertilité - Sexualité répond à ces questions et vous apporte six fois par an les informations les plus documentées. »⁶²

Toutefois, la tendance centrale de la revue dans les années 1980, qui reflète l'évolution du champ des expert·e·s, est la marginalisation des articles sur la contraception, au profit des articles sur la fertilité et la sexualité. Si au début des années 1980, les numéros présentent autant d'articles sur la contraception que sur la fertilité, à partir de 1986-87, il n'y a plus dans chaque numéro qu'un seul article sur la contraception (voir aucun dans certains numéros des années 1990), sur une quinzaine d'articles, contre cinq à huit pour la fertilité, et entre trois et cinq pour la sexualité. Dans cette revue historique du Collège médical du Planning familial, où la contraception demeure première dans le titre de la revue, les thématiques contraceptives sont progressivement marginalisées, au profit de champs d'étude jugés plus dynamiques et plus porteurs, comme les méthodes de procréation médicalement assistée, les traitements de la stérilité, ou les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. Ceci fait directement écho aux reconversions des expert·e·s en contraception évoquées dans la première section de ce chapitre. Mais parmi les articles qui parlent de contraception, la tendance à la focalisation sur les méthodes médicales de contraception jugées par les expert·e·s comme les plus efficaces se renforce au cours des années 1980, avec des articles centrés sur le DIU⁶³, ou sur les nouvelles pilules et leurs modalités

61. C. Verdoux, « Les méthodes physiques de contraception », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 4, n° 4, octobre 1972.

62. Comité de rédaction, *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 10, n° 4, avril 1982.

63. A. J. Audebert, « Aspects techniques de la contraception endo-utérine dans les cas difficiles », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 14, n° 4, avril 1986 ; H. Leridon, L. Toulemon, J. Cohen, « L'usage du stérilet en France (1976-1985) », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 14, n° 5, mai 1986 ; R. Merchant, A. R. Kannappan, « Notre expérience complémentaire du MCC », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 14, n° 5, mai 1986 ; A. J. M. Audebert, « L'ombrelle 250 :

de prescription⁶⁴. On observe de plus une importance croissante de la place accordée aux méthodes hormonales, par rapport à l'ensemble des méthodes, dans les colonnes de la revue. Outre la description des nouvelles pilules et l'arrivée, à partir de 1979, des DIU hormonaux, les articles évoquent le développement d'une contraception vaginale à diffusion locale d'hormones (préfiguration des anneaux hormonaux), ou encore le développement du RU 486 (dit « pilule abortive »), et la contraception du lendemain (ou « contraception hormonale post-coïtale »)⁶⁵. On trouve un seul article sur l'arrivée d'un nouveau produit dans la contraception locale, le chlorure de benzalkonium, supposé plus efficace que les générations précédentes de spermicides⁶⁶. Les années 1980 marquent également le triomphe progressif de la médecine des preuves (« *evidence based medicine* ») dans la revue. Les articles se réfèrent de plus en plus à des enquêtes épidémiologiques avec une méthodologie statistique clairement énoncée, ou à l'étude de l'effet d'un produit sur une catégorie spécifique d'utilisatrices, ou encore à la question des catégories d'utilisatrices « à risque » (femmes âgées, femmes jeunes, utilisatrices de tabac, diabétiques), pour lesquelles la prescription contraceptive s'avère plus complexe que pour les catégories supposées normales. Plus concrètement, il s'agit de catégories pour lesquelles la prescription de pilules œstro-progestatives ne convient pas, et auxquelles les médecins doivent proposer des alternatives.

À partir du début des années 1990, et jusqu'à la fin de la décennie, les articles sur la contraception, encore plus rares que dans les années 1980 dans la revue, sont davantage centrés sur les œstro-progestatifs, et notamment sur les pilules dites de « nouvelles générations »⁶⁷. On note dans cette décennie la raréfaction des articles traitant du DIU, évolution notable par rapport à la décennie précédente.

un nouveau dispositif intra-utérin contraceptif », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 14, n° 10, octobre 1986 ; B. I. Sheppard, J. Bonnar, « Effet des dispositifs intra-utérins sur l'endomètre », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 15, n° 11, novembre 1987.

64. O. Ylikorkala, J. Puolakka, L. Viinikka, « Les contraceptifs oraux à base d'estrogènes réduisent la production de la prostacycline », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 9, n° 9, septembre 1981 ; S. Franceschi, C. La Vecchia, F. Parazzini, R. Talamini, « Etude épidémiologique sur la relation des contraceptifs oraux avec les maladies bénignes du sein », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 14, n° 2, février 1986 ; H. Rozenbaum, « La contraception par progestatifs de synthèse purs du groupe norprégnane, nouvelle voie d'avenir ? », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 14, n° 6, juin 1986 ; C. Péliissier, A. Basdevant, J. Conard, M. Egloff, T. Husson, T. T. Guyenne, « Contraception progestative par l'acétate de chlormadinone chez les femmes à risque vasculaire : (étude gynéco-endocrinienne, métabolique et vasculaire), *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 15, n° 1, janvier 1987.

65. U. Colombo, G. Zuliani, R. Molla, F. Santini, M. A. Santarone, G. Benzi, « Danazol : nouvelle méthode de contraception hormonale post-coïtale », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 14, n° 2, février 1986.

66. P. Langlois, M. Hamon, M. C. Guelfi, « Contraception vaginale et tensioactifs », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 9, n° 9, septembre 1981.

67. C. Quereux, « Pilules estroprogestatives », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 23, n° 6, juin 1995.

Cette périodisation des articles de la revue, d'abord exposant l'ensemble des méthodes dans les années 1970, puis se recentrant sur les pilules et les DIU, et les autres méthodes hormonales de contraception ou de contragestion dans les années 1980, pour enfin se centrer principalement sur les pilules œstro-progestatives de nouvelles générations dans les années 1990, se retrouve dans l'évolution des publicités pour des contraceptifs dans ces mêmes revues. Je traite ultérieurement de cette homologie structurale entre monde de l'industrie pharmaceutique et monde de la prescription (chapitre 7), mais retenons que dans les deux cas il s'agit d'une forme d'hypertechnicisation du savoir : de savoirs généraux sur les méthodes, on passe à des articles très pointus sur un produit spécifique, avec tests cliniques et références biographiques à l'appui.

Se dessine progressivement, au fil de ces articles de cette revue, une centralité de la pilule, comme méthode contraceptive de premier choix, et une marginalisation des autres méthodes contraceptives, dont on trouve un écho dans les propos des expert·e·s recueillis en entretien. Si de nombreux articles traitent du DIU, de sa prescription et de ses évolutions techniques (notamment du fait que l'efficacité des nouveaux DIU en cuivre, puis hormonaux, se rapproche de celle des pilules œstro-progestatives), la vision normative promue par les expert·e·s la maintient au rang de méthode secondaire par rapport à la pilule, notamment chez les femmes nullipares (femmes n'ayant pas eu d'enfant). Dès les années 1970, les dispositifs en plastique apparaissent comme moins efficaces que la pilule, et présentant de nombreux risques, comme le risque d'infection ou de perforation utérine⁶⁸. Si l'efficacité théorique des DIU qui arrivent sur le marché à partir de 1973 se rapproche de celle des pilules (notamment pour les dispositifs au cuivre)⁶⁹, certaines craintes et représentations négatives associées à ce moyen contraceptif perdurent, faisant du DIU une méthode de seconde intention par rapport aux œstro-progestatifs. C'est notamment chez les nullipares que les craintes vis-à-vis de cette méthode se focalisent, alors même que certains articles à la fin des années 1970 et dans les années 1980 s'appuient sur les enquêtes épidémiologiques pour mettre en évidence l'absence de surrisque d'infection chez les jeunes femmes et femmes nullipares⁷⁰.

68. J. Cohen, « Choix d'une méthode », *Fertilité, Orthogénie*, vol. 1 n° 1.

69. J. Kahn-Nathan, « Les nouveaux stérilets », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 1, n° 1, septembre 1973 ; G. Tranie, « Etude rétrospective et comparée entre 300 Gravigardes et 300 ML Cu 250, posés par un même praticien dans un cabinet gynécologique de ville », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 7, n° 9, septembre 1979.

70. P. Thocaven, « Expérience de 1174 DIU en pratique omni-praticienne », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 7, n° 9, septembre 1979, R. Merchant, A. R. Kannappan, « Notre expérience complémentaire du MCC », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 14, n° 5, mai 1986, A. J. M. Audebert, « L'ombrelle 250 : un nouveau dispositif intra-utérin contraceptif », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 14, n° 10, octobre 1986, H. Léridon, « Motifs de satisfaction et d'insatisfaction dans l'utilisation des méthodes contraceptives », *Contraception, fertilité, sexualité*,

Nos entretiens avec les expert·e·s témoignent également de ces inquiétudes dans les milieux médicaux, qui perdurent pendant plusieurs décennies et font des DIU des méthodes de seconde intention, dans le cas de contre-indications à la contraception orale, comme l'explique Jacqueline Kahn-Nathan :

« Et du coup quand sont arrivés les stérilets un peu plus efficaces on va dire, stérilet en cuivre et stérilet hormonal, vous les prescriviez à tout type de femmes, ou c'était plutôt réservé à... ?

- Au début, on n'a pas mis de stérilet aux nullipares dans la crainte d'avoir des infections. Et puis il y a eu un travail américain, je crois, qui a montré que y avait pas plus d'infections, que en réalité, que les infections qui avaient été publiées sur stérilet, les infections salpingiennes, qui sont graves parce qu'elle aboutissent à des stérilités. Heureusement aujourd'hui il y a la fécondation in vitro, mais elle existait pas à ce moment-là. On s'est rendu compte que on pouvait avec un stérilet réveiller une infection antérieure, mais qu'on ne la créait pas, si la stérilisation était bien faite. Et il y a eu des publications nombreuses qui ont montré qu'on pouvait mettre des stérilets aux nullipares. Mais au début, moi-même je n'en ai pas mis aux filles qui n'avaient pas eu d'enfants, voulant préserver la fonction. (...) Puis après il y a eu des publications multiples, qui ont montré que c'était pas plus dangereux. À condition qu'on soit sur·e, c'est-à-dire qu'on ait fait un bon toucher vaginal et qu'on soit sur·e que la fille ait pas des antécédents de... Mais ça a tellement diminué les salpingites, maintenant... (...) Si y a une femme qui a eu cinq enfants et fait une salpingite, vous pleurerez pas. Si y a une fille de 18 ans qui se trouve stérile... Surtout que maintenant elle n'est plus stérile, mais elle l'était à ce moment-là. (...) Je pensais que c'était très bien [le stérilet], que pour que la contraception soit bien intégrée, ça allait de soi, puis le jour où on en veut plus on l'enlève et puis pof. Mais ça c'est, c'est le choix des femmes, et peut-être des médecins. Les médecins ont eu un peu peur du stérilet. Or finalement, moi j'en ai posé en quantité, je sais pas si j'en ai pas posé mille, j'avais publié sur 250 et 500 puis après j'ai plus publié, mais les accidents infectieux ont été rarissimes. Et toujours en fait chez des femmes qui avaient dans leurs antécédents une histoire salpingienne. Les histoires salpingiennes étaient très très fréquentes, elles sont beaucoup moins fréquentes aujourd'hui, et les grossesses extra-utérines ont diminué pour autant. (...) Oui, y a aussi autre chose. Une pilule, si y a pas d'oubli, c'est du 100 %, ce qui en matière médicale est tout à fait exceptionnel, car il y a peu de médicaments qui marchent à 100 %. Le stérilet y a toujours un pourcentage de grossesses, stérilet en place, qui est d'environ 1 %. C'est tout de même un pourcentage d'échec que les gens ne veulent pas assumer. Il

y a une différence, qui a peut-être motivé les femmes. »

(Jacqueline Kahn-Nathan, gynécologue médicale, ancienne interne des hôpitaux de Paris, et spécialiste du DIU, entretien le 11 mars 2016.)

On retrouve ici les enjeux précédemment évoqués pouvant limiter la recommandation de cette méthode par les médecins : peur de l'infection, crainte de provoquer une stérilité chez des nullipares, appréhension d'une méthode qui nécessite la maîtrise d'un geste technique spécialisé, et efficacité moindre associée à la méthode. Il est intéressant de noter dans ces propos la forte prégnance du discours nataliste, que l'on retrouve également chez H. Rozenbaum :

« Quelle était la perception du stérilet dans les années 1960 puis dans les années 1970, puis 1980 ?

- Alors déjà pour commencer vous savez que stérilet c'est un terme purement français. C'est "dispositif intra-utérin", *intra-uterine device*. Et au départ ça a choqué pas mal de médecins, outre le fait que c'était un contraceptif, le fait qu'on mettait un corps étranger dans l'utérus et que ça pouvait être une source d'infection éventuelle. Alors ça été une crainte réelle d'un certain nombre de médecins, d'où les mises en garde, de faire attention de ne pas poser en cas d'infection ou même d'antécédent d'infection, etc. Donc il a été perçu... et ne pas le mettre chez une nullipare, parce que si elle a une infection elle pourra plus avoir d'enfants. Donc il y a eu au départ une crainte. (...) Alors, il y avait d'une part les nullipares, ça je vous l'ai dit, mais également beaucoup de médecins se disaient qu'une jeune femme qui a un enfant ou même deux enfants en voudra peut-être d'autres par la suite, donc là aussi il y avait une petite restriction à cause du risque théorique d'infection. Et puis, il y a eu aussi un autre événement, c'est que quand on a commencé à parler du risque de phlébite chez les femmes sous pilule, ce risque apparaissait surtout à partir d'un certain âge, donc à partir de cet âge-là, le stérilet apparaissait comme nettement préférable à la pilule, du moins aux yeux de pas mal de médecins.

- *Et du coup c'est comme ça que s'est construite un peu l'idée que on prescrit la pilule jusqu'à un certain âge et qu'ensuite prescrit le stérilet...*

- Oui.

- *D'accord. Et j'imagine qu'il y avait quand même des femmes jeunes qui venaient et qui étaient en demande de stérilet, qui... qui supportaient pas la pilule, ou...*

- Bien sûr. Moi je le posais sans restriction, bon à l'époque où on disait "pas chez les nullipares", je le posais sans restriction en tout cas chez une femme qui avait déjà fait un avortement. En me disant qu'il y avait pas de commune mesure entre les risques d'un avortement, et le risque du stérilet. Sans compter que techniquement parlant, c'est déjà plus facile parce que avec un avortement le col a déjà été un peu

dilaté. »

(Henri Rozenbaum, gynécologue médical, ancien membre du Collège médical du Planning familial, spécialiste des contraceptifs oraux et des traitements de la ménopause, entretien du 10 septembre 2016 à son domicile)

Dans la littérature spécialisée sur la contraception, émerge également, au cours des années 1970 et 1980, une restriction sur la prescription des œstro-progestatifs à des femmes de plus de 40 ans⁷¹, puis à des femmes de plus de 35 ans⁷², qui semblent favoriser la recommandation du DIU pour ces catégories d'âge, et contribuer à la mise en place de la norme contraceptive française, et notamment de l'utilisation de la pilule comme contraception d'espacement, et du DIU comme contraception d'arrêt (voir chapitre 2). Danielle Hassoun évoque également l'importance d'un raisonnement basé sur l'*evidence based medicine* pour la remise au goût du jour de cette méthode :

« C'était comme une évidence de prescrire la pilule et rien d'autre. Vous savez, c'était relativement limité dans la mesure où le stérilet il était pas question de le mettre à une fille qui avait pas eu d'enfant. . .

- Mais ça c'était déjà "vrai" en quelque sorte. . . ?

- Ben c'était la règle. N'oubliez pas un truc, c'est que nous n'avions pas à l'époque l'*evidence-based medicine*. L'*evidence-based medicine*, qui a dû démarrer dans les années 1970, je me souviens plus du nom du type qui avait démarré ça, qui date des années 1970, ne s'est diffusée que dans les années 1990. Comme d'habitude il a fallu 20 ans. Donc si vous voulez on parlait du principe que c'est une espèce d'extrapolation qui était la chose suivante : on ne met pas un corps étranger dans l'utérus car il y a un risque infectieux. L'utérus doit rester stérile, si j'ose dire. (...) Donc du coup, ça nous traversait même pas l'esprit. Et moi j'ai retravaillé sur le stérilet là dernièrement, ça fait très longtemps que je pose des stérilets y compris à des nullipares. J'ai repris la littérature, en fait les premiers articles disant qu'on pouvait poser des stérilets, qu'il y avait pas de risques supplémentaires, datent de 92. Mais très franchement personne ne les connaissait jusqu'à il y a très peu de temps. »

(Danielle Hassoun, gynécologue de ville médicale, mais formée en gynécologie obstétrique, entretien à son domicile le 8 février 2016.)

71. C. Verdoux, « La contraception après 40 ans », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 7, n° 11, p. 826-8.

72. C. R. Kay, 1982, « Progestogens and arterial disease—Evidence from the Royal College of General Practitioners' study », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 142, p. 762-65.

Anne Gompel, professeure (PU-PH) de gynéco-endocrinologie à l'Hôpital Cochin à Paris, évoque également lors de notre entretien l'hypothèse que le DIU cristallise des craintes car il représente l'introduction d'un corps étranger dans l'utérus, et apparaîtrait de ce point de vue plus traumatique que la pilule, aussi bien au moment de la pose qu'après⁷³. Au final, si de nombreux·euses expert·e·s n'excluent pas *a priori* la recommandation du DIU, sa prescription demeure circonscrite aux femmes ayant déjà eu des enfants, ou aux femmes pour lesquelles les contraceptifs oraux sont contre-indiqués, et non comme une alternative à la pilule à proposer à toutes les femmes.

En ce qui concerne les méthodes barrières (diaphragmes et préservatifs), elles sont progressivement marginalisées dans les travaux publiés par les expert·e·s. Outre la faible innovation affectant ces méthodes, déjà évoquée dans la première section de ce chapitre, et qui contribue à en faire des méthodes de moindre intérêt scientifique, elles sont marginalisées pour leur moindre efficacité théorique vis-à-vis des pilules ou des DIU. L'augmentation du recours au préservatif à partir de la fin des années 1980 et dans les années 1990 ne constitue pas véritablement cette méthode en alternative à la pilule, puisque les deux méthodes sont souvent recommandées conjointement, l'une à visée contraceptive, et l'autre à visée préventive, comme l'indique Danielle Hassoun :

« En tout cas ce qui est sûr c'est qu'on a continué à prescrire [la pilule] comme ça très fort, moi la première, et que même les années 90 qui sont les années sida, où l'on a vu réapparaître et revendre le préservatif qu'on avait honni dans les années 70-80 parce que c'était pas bien pour la vie sexuelle, c'était frustrant etc. Quand on s'est mis à être obligé·e·s de le revendre, et ben on a continué à prescrire la pilule. Puisqu'on n'avait pas confiance dans le préservatif, voilà. Je pense qu'on n'avait pas confiance dans le préservatif. Alors que c'est un moyen de contraception, s'il est bien utilisé, qui est pas mauvais. »

(Danielle Hassoun, gynécologue de ville médicale, mais formée en gynécologie obstétrique, entretien à son domicile le 8 février 2016.)

En ce qui concerne les autres méthodes hormonales, notamment l'implant et les injections qui apparaissent dans les années 1980, elles sont marquées d'une forte illégitimité auprès du corps médical français, qui perdure encore aujourd'hui, comme l'indiquent les propos d'H. Rozenbaum et de J. Kahn-Nathan :

« *Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de poser des implants, de les recommander... ?*

- Non. Non, heu... pour deux raisons : la première c'est que ça m'enquiquinait sur

73. Entretien avec Anne Gompel, réalisé le 23 novembre 2017 à son bureau.

le plan technique. C'est déjà un petit geste chirurgical, ceci dit il est pas difficile. Mais la deuxième c'est que j'avais surnommé l'implant "le contraceptif vétérinaire". L'idée qu'on puisse mettre un implant et qu'ensuite on soit obligé d'aller à la pêche pour le rechercher si la femme change d'avis etc. c'était une idée qui me choquait, et qui continue à me choquer. Le stérilet on peut le retirer à tout moment. On tire sur le fil. L'implant c'est déjà un peu plus difficile. De même que j'ai été opposé aux injections tous les trois mois, parce que en cas d'effets secondaires on était obligé d'attendre que le produit se résorbe pendant trois mois.

- *Mais du coup vous prescrivez des nouveaux produits hormonaux comme le patch ou l'anneau... ?*

- Ah oui alors là oui parce que c'est parfaitement réversible et instantanément. »

(Henri Rozenbaum, gynécologue médical, ancien membre du Collège médical du Planning familial, spécialiste des contraceptifs oraux et des traitements de la ménopause, entretien du 10 septembre 2016 à son domicile.)

« *Et l'implant contraceptif, il a pas eu de... ?*

- Alors l'implant contraceptif a ses indications propres, tous les incontrôlables, la fille qui est débile, qui couche avec n'importe qui n'importe où, n'importe comment, qui prend sa pilule un jour et qui le prend pas le lendemain, l'implant il est là pour trois mois, vous êtes tranquilles pendant trois mois. C'est plus sûr si vous voulez, pour certaines filles qui sont inéducables, qui sont incapables d'une rigueur. Et puis pour d'autres qui le voulaient, alors ça a des indications qui ne sont pas énormes, mais ça a des indications particulières, parce qu'il y a des filles, elle prendront leur pilule un jour, elles sont incapables de savoir si elles l'ont pris le lendemain ou pas, et les quelques accidents, les quelques grossesses sous pilules c'est des oublis, hein.

- *Et du coup, vous en posez des fois des implants contraceptifs... ?*

- Heu, j'ai dû en poser quelques uns au début, mais peu. C'était assez facile, y'avait un truc on glissait l'implant, on glissait sous la peau, comme une piqûre, là on le mettait là. Puis y a des gens qui sont pas contrôlables, et qui sont ceux qui doivent avoir une contraception, parce que ce sont souvent des gens instables, irréguliers, qui ont des problèmes psychologiques, et là on est tranquilles pendant un certain temps. »

(Jacqueline Kahn-Nathan, gynécologue médicale, ancienne interne des hôpitaux de Paris, et spécialiste du DIU, entretien le 11 mars 2016.)

Comme l'ont bien montré les travaux d'Hélène Bretin sur les contraceptifs injectables et sur les implants, les professionnel·le·s de santé réservent ces contraceptifs pour des cas particuliers d'usagères, nécessitant une contraception à caractère quasi-coercitif, jugées inaptes à prendre une pilule contraceptive, ou encore dans

une situation sociale trop précaire pour pouvoir prendre la pilule rigoureusement (Bretin, 1992, 2004). Les propos de ces deux expert·e·s en contraception traduisent bien ici cette opinion largement répandue dans le corps médical français, et qui fait des implants et injections hormonales des méthodes non de seconde, mais de troisième intention. Les méthodes hormonales plus récentes, comme les anneaux ou les patchs, si elles bénéficient d'une meilleure image, demeurent néanmoins limitées, car non remboursées par la Sécurité sociale.

Ces visions normatives élaborées autour des méthodes dépendent toutefois du positionnement dans le champ de l'expertise. Le phénomène le plus marquant est la propension des expert·e·s les plus proches de l'industrie pharmaceutique à adopter et assumer une posture pilulocentrique, selon laquelle la pilule œstro-progestative aurait une supériorité intrinsèque sur les autres méthodes et devrait donc être recommandée en priorité. À l'inverse, une relative distance vis-à-vis des industries pharmaceutiques amène les expert·e·s en question à considérer davantage l'ensemble des méthodes comme une panoplie à disposition des femmes, et ainsi à recommander ou poser davantage de DIU, et à porter davantage attention à la demande des femmes, attitude également adoptée par les expert·e·s qui revendiquent une posture féministe.

Effectivement, la revendication d'une posture féministe amène à valoriser certaines méthodes à la disposition des femmes (voir les propos de É. Aubeny au début de cette section), comme le diaphragme, les pilules, éventuellement les DIU, parce qu'elles semblent offrir davantage d'autonomie aux femmes au sein du couple et de pouvoir de décision sur leur corps. Cela conduit à valoriser non seulement l'efficacité de la méthode, mais à porter davantage d'attention à son acceptabilité. À l'inverse, une posture plus éloignée des courants féministes amène certain·e·s expert·e·s à mettre à distance la notion de choix des femmes, et à lui préférer l'idée d'orienter les personnes vers la méthode qui correspond le mieux, selon le ou la praticien·ne, aux caractéristiques et au mode de vie des consultantes. Cette vision n'est toutefois pas exempte de paternalisme (Jaunait, 2003; Ventola, 2017).

Enfin, la proximité avec la hiérarchie hospitalière et avec les départements hospitaliers de gynécologie-endocrinologie, mais surtout le fait d'avoir une formation poussée en endocrinologie, amène une partie des expert·e·s à se positionner nettement en faveur de la prescription de contraceptifs oraux, qu'il s'agisse des œstro-progestatifs ou seulement des progestatifs. A. Gompel décrit ainsi en entretien l'utilisation des progestatifs pour les femmes qui ont des contre-indications à la pilule œstro-progestative classique, comme un trait distinctif de la gynécologie médicale française, davantage formée que dans les autres pays à la prise en charge

hormonale des femmes⁷⁴. Cette maîtrise revendiquée de molécules hormonales dont ne disposent pas nécessairement les autres pays ou que ne prescrivent pas tous les praticiens, amène à centrer en partie la prescription contraceptive sur la prescription de contraception orale, sous ses différentes déclinaisons de dosages, et ainsi à tenter de réconcilier le critère de l'efficacité avec le critère de l'acceptabilité. À l'inverse, une relative distance vis-à-vis du monde hospitalo-universitaire amène à valoriser d'autres méthodes, de premier abord moins efficaces (comme les méthodes barrières), mais choisies par les femmes, et ainsi à privilégier l'acceptabilité de la méthode par rapport à l'efficacité.

Finalement, ce chapitre a permis de retracer comment la centralité de la pilule s'est progressivement mise en place dans le discours normatif des expert·e·s sur les méthodes, et ce conjointement avec l'institutionnalisation du champ des expert·e·s en contraception, et la professionnalisation de cette expertise, à partir de la fin des années 1960 et des années 1970. Cette expertise se centre principalement, à mesure que le champ gagne en légitimité sociale et professionnelle et que la contraception décline en intérêt scientifique, sur les méthodes hormonales de contraception, et particulièrement sur les contraceptifs oraux. Les autres méthodes sont reléguées par une partie de ces expert·e·s au rang de méthodes de seconde intention, présentant une moindre efficacité théorique ou une moins acceptabilité. Le chapitre suivant s'intéresse à une dynamique parallèle, et non moins importante dans l'institutionnalisation de la contraception, à savoir le rôle de la spécialité de gynécologie médicale française dans la diffusion de la contraception, notamment des pilules contraceptives, et conjointement dans la biomédicalisation croissante du corps des femmes.

74. Entretien avec Anne Gompel, PU-PH au département de gynéco-endocrinologie à l'hôpital Cochin, le 23 novembre 2017 à son bureau.

Chapitre 4

Gynécologues médicales et (bio)médicalisation de la contraception en France

Dans la plupart des pays occidentaux, la gynécologie médicale n'est pas séparée de l'ensemble de la spécialité de gynécologie, qui comprend également la gynécologie chirurgicale et l'obstétrique. En France, la gynécologie médicale s'est développée dans les années 1930 sous l'impulsion d'hospitaliers endocrinologues, notamment Albert Netter (Löwy et Weisz, 2004; Weisz, 2006)¹. Ilana Löwy et George Weisz décrivent l'histoire de cette spécialisation (Löwy et Weisz, 2004). La gynécologie chirurgicale était en France, depuis le XIX^e siècle, séparée de l'obstétrique. Contrairement à ce que l'on observe dans d'autres pays européens (Allemagne, Grande-Bretagne), les gynécologues français-es ont conservé une identité professionnelle distincte des obstétricien-ne-s, notamment dans les établissements prestigieux qu'étaient les grands hôpitaux parisiens. L'arrivée des hormones et le développement de l'endocrinologie dans les années 1930 modifient cette dynamique professionnelle, avec le développement d'une prise en charge médicale des femmes, en particulier grâce aux nouvelles molécules hormonales mises sur le marché. Pourtant, à la fin des années 1940, seule la gynécologie obstétrique est reconnue comme spécialité médicale, tandis que trois autres domaines sont reconnus comme *compétences*, qui peuvent être pratiquées à part entière ou en combinaison d'une pratique généraliste : la gynécologie chirurgicale, la gynécologie médicale, et l'obstétrique. Bien que seule la gynécologie obstétrique a réellement le statut de spécialité médicale et demeure l'option la plus prestigieuse, les quatre orientations sont perçues comme des spé-

1. Voir également la thèse en cours de Aurore Koechlin sur le développement de la gynécologie médicale en France et sur l'exercice contemporain de cette spécialisation.

cialités médicales (Löwy et Weisz, 2004, p. 2612). Comme I. Löwy et G. Weisz l'indiquent : « *résultant de ce réalignement, la Société de Gynécologie devint de plus en plus associée à la gynécologie "médicale". Les articles sur la chirurgie devinrent moins fréquents. La rhétorique professionnelle mettait l'accent sur la séparation de ce champ de la chirurgie "mutilante"; l'idéal devint la "conservation" des organes reproducteurs (Marcel, 1948). L'hystérectomie fut désignée comme une "castration", un traitement de dernier recours (...) L'endocrinologie était le centre de cette nouvelle identité médicale, et les gynécologues expérimentèrent avec les hormones pour traiter une grande variété de conditions.* »²

Si des pressions venant des gynécologues obstétricien·ne·s, dominant·e·s dans les institutions médicales prestigieuses, existent pour supprimer la spécialité de gynécologie médicale, celle-ci continue de se développer, sous l'égide d'Albert Netter qui dirige le service de gynécologie médicale de l'hôpital Necker à Paris. De nombreux partenariats sont développés entre industries et praticien·ne·s pour tester de nouveaux produits hormonaux. En 1955 est créé le CES de gynécologie médicale, qui participe à l'institutionnalisation de cette spécialisation comme spécialité médicale. Pierre Mauvais-Jarvis, le successeur de Netter à la tête du service de gynécologie de Necker, accentue encore davantage l'expertise endocrinologique de la gynécologie médicale, notamment en développant des thérapies hormonales sur mesure pour un certain nombre de pathologies féminines, et pour traiter les troubles de la ménopause et de la périménopause. Du côté des praticien·ne·s de ville, une partie de la spécialité revendique également, à partir des années 1960, l'influence des conceptions psychanalytiques et de la psychosomatique dans la prise en charge des femmes. En particulier, des figures comme Hélène Michel-Wolfromm et Suzanne Képès participent à importer ces conceptions dans les consultations de gynécologie. Elles contribuent notamment à introduire la sexologie dans la formation de la spécialité, et à développer l'écoute des femmes comme faisant partie de leur prise en charge médicale (Garcia, 2011, p. 94-124)³.

2. « As a result of this realignment, the Society of Gynecology became increasingly identified with "medical" gynaecology. Articles on surgery became less frequent. Professional rhetoric emphasized the increasing separation of the field from "mutilating" surgery; the ideal became the "conservation" of reproductive organs (Marcel, 1948). Hysterectomy began to be referred to as "castration", a treatment of last resort (...) Endocrinology was at the centre of this new medical identity, and gynaecologists experimented with hormones in treating a wide variety of conditions. », Löwy et Weisz (2004, p. 2612), ma traduction.

3. La sociologue Sandrine Garcia analyse cette référence à la psychanalyse des gynécologues médicales engagé·e·s dans le MFPPF comme une tentative d'établir une nouvelle morale médicale proche des conceptions de la bourgeoisie moderniste, laïque et progressiste de l'époque. Selon cette conception, une certaine hygiène mentale et une meilleure prise en compte du désir des mères, favorisée par l'utilisation de méthodes contraceptives permettant d'avoir des enfants quand les femmes le souhaitent, contribueraient ainsi au bonheur de l'enfant.

Sous la pression des gynécologues obstétricien·ne·s et des pouvoirs publics, la spécialité est supprimée en 1984, lors d'une réforme de l'internat de médecine, au nom de l'harmonisation des spécialités à l'échelle européenne. À la fin des années 1990, face à la raréfaction du nombre de gynécologues médicales·aux, des mobilisations professionnelles importantes prennent place pour le rétablissement de cette spécialité, qui est partiellement rétablie en 2004 avec la (re)création du Diplôme d'études spécialisées (DES) de gynécologie médicale (Guyard, 2008).

Cette spécialisation a deux caractéristiques structurelles, qui persistent de son institutionnalisation dans les années 1950 jusqu'à aujourd'hui : elle est très féminisée, et est principalement exercée en cabinet de ville. Il s'agit également d'une spécialisation où la prescription contraceptive occupe une place centrale. Plusieurs des expert·e·s interviewé·e·s évoquent l'idée d'un « rattrapage », dans les années 1960, du retard pris par la France par rapport aux autres pays en matière de régulation des naissances, du fait de la loi de 1920 et des politiques natalistes interdisant la diffusion de l'information et la prescription de contraceptifs. Selon eux et elles, ce rattrapage s'expliquerait grâce à la présence de cette spécialisation dédiée à la prescription contraceptive, et formée à l'endocrinologie.

Les travaux sur la prise en charge médicale de la contraception suggèrent en effet qu'en France, ce sont principalement les gynécologues médicales·aux qui prennent en charge la prescription contraceptive. Nathalie Bajos et ses collègues indiquent qu'en 2000, selon les résultats de l'enquête Cocon, 69 % des femmes sont suivies par un·e gynécologue pour leur santé sexuelle et reproductive (comprenant la contraception), 19 % par un·e généraliste, et 12 % par aucun·e médecin en particulier (Bajos *et al.*, 2004, p. 492). Elles et ils précisent également que des disparités sociales existent dans le fait de consulter un·e gynécologue, les cadres et professions intellectuelles supérieures étant 85 % à le faire, contre 77 % chez les professions intermédiaires, 71 % chez les employées, et moins de 60 % chez les ouvrières et inactives. Il s'agit également d'une spécialité principalement exercée en ville, la prise en charge gynécologique se faisant plus fréquemment par les généralistes dans les zones rurales (Sarradon-Eck, 2010).

Par ailleurs, la gynécologie en libéral est principalement le fait de gynécologues médicale·aux, ou de gynécologues formé·e·s à l'obstétrique mais ayant une prise en charge principalement médicale des femmes, et donc se rapprochant davantage d'un exercice comme gynécologue médical·e⁴. Si les généralistes ont également un rôle dans la prescription contraceptive, la spécialité de gynécologie médicale semble plus

4. À l'instar de Danielle Hassoun, formée comme gynécologue obstétricienne, mais indiquant lors de notre entretien qu'elle exerce principalement comme gynécologue médicale en cabinet de ville. Entretien du 8 février 2016.

déterminante dans l'établissement de normes de prescription, de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, et dans la qualification ou disqualification de certaines méthodes contraceptives. Comme nous l'avons vu précédemment, cela semblait déjà être le cas dans les années 1960 et 1970, les gynécologues médicales·aux ayant eu un rôle important dans le développement du planning familial en France, et dans la production de l'expertise contraceptive (chapitre 3).

Ce chapitre vise à analyser l'importance de cette spécialisation dans la diffusion des méthodes médicales de contraception, principalement le DIU et la pilule, et plus précisément dans le processus de (bio)médicalisation⁵ de la contraception. Le terme de « médicalisation » désigne, selon le sociologue P. Conrad, le fait de définir un problème social en termes médicaux, et d'apporter une solution médicale à des problèmes sociaux (Conrad, 2007). Pierre Aiach et ses collègues (Aiach et Delanoë, 1998) élargissent le terme pour désigner l'expansion du domaine médical, l'extension du champ de compétences de la médecine, et l'abaissement du seuil de perception des troubles de la santé et de maladie dans la population. Elle peut également être définie, à l'instar de Didier Fassin dans ce même ouvrage, comme « *la redéfinition d'un problème existant en problème médical, ou le fait de conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes.* » (Aiach et Delanoë, 1998, p. 5-6). Il s'agit donc ici de pallier ce qui est défini, en termes médicaux, comme des défaillances biologiques.

Le terme de « biomédicalisation » renvoie à un phénomène qui correspond, à partir des années 1970, à l'extension du domaine de la biomédecine au-delà de la gestion des maladies, vers la prévention du risque et le déploiement (« *enhancement* ») des capacités du corps (Clarke *et al.*, 2010). Cette extension du domaine de la biomédecine s'inscrit dans un contexte de nouveau rôle des marchés pharmaceutiques, d'une conceptualisation accrue des produits et des maladies en termes de risques pour la santé, et d'une montée de l'activisme des patient·e·s qui fournit une expertise critique dans la sphère publique (Gaudillière, 2018). En se référant à ce paradigme, Jean-Paul Gaudillière affirme que les hormones sexuelles sont devenues simultanément des technologies de gestion du risque, et des technologies elles-mêmes risquées⁶. Ces technologies correspondraient alors non plus seulement au traitement de problèmes sociaux (médicalisation), mais à des « *lifestyle drugs* » (Watkins, 2012), vendues comme des produits améliorant le corps, au-delà de leur effet contraceptif (biomédicalisation).

5. J'emploie le terme conjugué de (bio)médicalisation lorsque je désigne le double processus de médicalisation et de biomédicalisation. Voir définitions ci-après.

6. « *Sex hormones have become simultaneously technologies of risk management and risky technologies* » (Gaudillière, 2018, p. 534).

Ce chapitre interroge à la fois le rôle du développement de la gynécologie médicale dans la (bio)médicalisation de la contraception, et l'impact du développement de nouvelles techniques contraceptives dans les années 1950 et 1960 sur l'institutionnalisation de cette spécialité en France. Je cherche également à analyser les effets de cette double dynamique – (bio)médicalisation de la contraception par les gynécologues médicales·aux et institutionnalisation de la gynécologie médicale grâce à l'arrivée de nouvelles méthodes contraceptives qui légitiment son existence – sur la manière de concevoir la contraception et ses usager·e·s. Le chapitre explore l'hypothèse que la médicalisation de la contraception, concomitante de la consécration de la gynécologie médicale en France, a plus généralement favorisé la (bio)médicalisation du corps des femmes, notamment des femmes saines. *In fine*, il s'agit d'analyser comment ce processus a pu déboucher sur la naturalisation de la responsabilité contraceptive, reposant essentiellement sur les femmes.

Pour cela, ce chapitre s'appuie sur trois types de sources. En premier lieu, les travaux historiques et sociologiques sur la gynécologie médicale en France, et plus largement sur l'organisation de la gynécologie comme spécialité dans d'autres pays. Ces travaux permettent de proposer une lecture du développement de la spécialisation en France, et des enjeux afférents à cette mise en place et à son maintien durant quatre décennies. Deuxièmement, les entretiens réalisés avec les expert·e·s en contraception, dont une grande partie exercent comme gynécologue médical·e, en cabinet de ville ou à l'hôpital. Une part conséquente de mon guide d'entretien portait sur l'histoire de la gynécologie médicale, sa mise en place, son évolution, et les enjeux actuels du maintien de cette spécialisation. Ces entretiens sont enfin complétés par la lecture de quelques ouvrages publiés par des expert·e·s en contraception sur la gynécologie médicale. Ces livres ne sont pas nombreux, mais fourmillent d'informations intéressantes sur l'identité professionnelle des membres de cette spécialité.

Après avoir analysé dans une première partie l'idée que la France aurait, grâce à la gynécologie médicale, « rattrapé son retard » en matière contraceptive, notamment par rapport aux pays anglo-saxons, j'essaye de montrer comment les gynécologues médicales·aux ont établi leur légitimité et leur raison d'être en s'appuyant sur un discours de médicalisation de la contraception. Dans un troisième temps, j'étudie comment l'établissement de cette spécialité a contribué à une (bio)médicalisation du corps des femmes et une naturalisation de la responsabilité contraceptive.

4.1 Le « rattrapage » de la France en matière de contraception « grâce » aux gynécologues médicales·aux ?

La médicalisation de la contraception, dans sa composante de prise en charge médicale du problème social du contrôle des naissances, apparaît plus tardivement en France qu'en Angleterre (années 1950-60 contre 1920-30 en Angleterre) (Rusterholz, 2017b). Le développement du mouvement pour le planning familial en France s'appuie très largement sur l'exemple du mouvement anglais, et sur les théories développées par Margaret Sanger aux États-Unis (Pavard, 2012a). En France, les gynécologues médicales du MFPF participent activement, au côté des obstétriciens ou chirurgiens gynécologues⁷, à la diffusion des techniques contraceptives (Garcia, 2011), et aux transferts de technologies et de savoir-faire entre l'Angleterre et la France (Rusterholz, 2019). C'est ce que certain·e·s acteurs·trices qualifient de « rattrapage » du retard de la France en matière contraceptive. On peut alors s'interroger sur les spécificités d'une spécialisation n'ayant pas d'équivalent ailleurs qu'en France sur ce « rattrapage ».

4.1.1 Le Planning familial, ou l'importation d'un modèle d'inspiration anglo-saxonne en France

Dans son travail sur les transferts de savoirs entre l'Angleterre et la France en matière contraceptive, l'historienne Caroline Rusterholz montre l'importance du modèle anglais dans le développement du mouvement français pour le planning familial (Rusterholz, 2019). Pourtant, dans les années 1930, les médecins français·es, et particulièrement les femmes médecins, s'inscrivent plutôt dans une optique familialiste et nataliste en porte-à-faux avec la perspective proposée par les médecins anglaises de médicaliser la contraception et de la rendre accessible aux femmes (Rusterholz, 2018). Les militantes pour le *birth control* telles que Marie Stopes ou Helena Wright sont en effet très actives, à partir des années 1920, dans la revendication d'une expertise médicale spécifique sur la contraception, légitimée par leur expérience médicale dans les cliniques de *birth control* qu'elles ont contribué à développer en Angleterre. Elles parviennent ainsi, en revendiquant cette expertise médicale et scientifique, à imposer dans les espaces nationaux et internationaux dédiés (conférences, revues) leur lecture du problème du contrôle des naissances et des réponses à y apporter. À des collègues masculins qui posent

7. Il s'agit quasi exclusivement d'hommes, d'où l'absence d'écriture inclusive.

le problème essentiellement du point de vue moral, politique ou démographique, et avec une référence très présente aux mouvements néo-malthusiens, ces femmes médecins opposent une lecture du problème en termes technique, clinique, et scientifique. Dans leurs interventions à ces congrès nationaux et internationaux, elles prônent la nécessité de s'intéresser à l'efficacité des méthodes contraceptives et aux conditions concrètes de leur prescription, à leur accessibilité pour les usager·e·s et particulièrement pour les femmes, et aux inconvénients et effets secondaires liés à leur usage. Elles sont également pionnières dans la mobilisation de données statistiques, réalisées à partir de l'observation systématique de cas cliniques, comme mode de savoir scientifique et comme légitimation de leur expertise. À certains collègues qui cherchent à légitimer leur expertise sur un savoir-faire clinique non commensurable, elles opposent des séries statistiques qui seules permettent d'avoir un avis impartial sur les méthodes, en observant leurs taux d'efficacité, et les inconvénients ou avantages rapportés par les utilisatrices·eurs.

Comme C. Rusterholz le montre dans le cas du Gräfenberg Ring (un modèle de DIU développé en Allemagne dans les années 1910), cette forme d'expertise scientifique revendiquée par des femmes médecins est progressivement reconnue et légitimée au cours des années 1930 (Rusterholz, 2017b). À partir de l'analyse des débats dans les conférences internationales sur le contrôle des naissances qui ont lieu entre 1920 et 1935, elle montre également que les femmes médecins anglaises engagées dans les mouvements de *birth control* prônent dès les années 1920 une médicalisation de la contraception, qui doit passer selon elles par un monopole des médecins sur la prescription contraceptive, et par l'établissement de la contraception comme champ d'étude de la médecine (Rusterholz, 2018). Ces militantes défendent également l'idée que la contraception devrait être prescrite par des femmes et pour les femmes. Les quelques rares médecins françaises qui interviennent dans ces congrès dans les années 1920 et 1930 ne s'expriment au contraire ni en faveur de la médicalisation de la contraception, ni pour la féminisation de sa prescription⁸. Le développement d'une spécialité féminisée prenant en charge la contraception prônée par les médecins anglaises dès les années 1920 ne trouvera d'écho en France qu'une génération plus tard, dans les années 1950 et 1960.

C. Rusterholz montre en outre que les femmes médecins anglaises engagées dans le mouvement de *birth control* préconisent de plus en plus, dans les années 1930, le recours aux capes cervicales et aux crèmes spermicides (Rusterholz, 2018). Entre les années 1930 et les années 1950 s'opère toutefois un glissement sémantique dans

8. L'historienne lie le décalage entre médecins anglaises et médecins françaises qui participent à ces congrès aux restrictions de la loi de 1920 en France, mais également à l'absence d'égalité civique et de droits politiques, qui distingue les Françaises des Anglaises à cette époque.

leurs revendications : du « *birth control* », ou l'idée d'une limitation des naissances pour enrayer la croissance de la population mondiale dans une perspective néo-Malthusienne, on passe progressivement à l'idée de « *family planning* », ou la revendication d'un droit des couples et des femmes à planifier la taille de leur famille et la temporalité des grossesses⁹. En deux décennies, le mouvement de *birth control* d'inspiration néo-Malthusienne s'est ainsi reconverti en un courant plutôt familialiste centré sur l'affirmation des droits reproductifs des personnes.

Ces différents arguments sont repris quasiment à l'identique par les militantes de *Maternité Heureuse* dans les années 1950, et par Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé dans ses discours à l'Académie des sciences morales et politiques (Pavard, 2012a; Rusterholz, 2018). Ce qui deviendra rapidement le Mouvement français pour le Planning familial s'inspire en effet très fortement du mouvement anglais (Pavard, 2012a; Rusterholz, 2019). De nombreuses·eux médecins du MFPPF sont allé·e·s se former dans les cliniques anglaises, rapportant à la fois savoir-faire et matières premières (notamment le matériel pour prescrire des diaphragmes). Mais au-delà de ces transferts technologiques et scientifiques, c'est véritablement la vision du planning familial telle qu'elle a été définie par ces médecins anglaises militantes du contrôle des naissances qui a été importée en France entre les années 1950 et 1970 (Pavard, 2012a). Les militantes françaises promeuvent notamment une contraception¹⁰ devant être accessible aux femmes mariées, pour espacer leurs grossesses, en privilégiant le choix des femmes mais en mettant l'accent sur la nécessaire médicalisation de la contraception. Le seul élément qui n'est pas repris tel quel par les militantes françaises est la préconisation d'Helena Wright que la contraception demeure aux mains des femmes médecins, du fait de savoir-faire spécifiques par rapport à leurs collègues masculins. De fait, si l'association *Maternité Heureuse* est portée par des femmes (médecins ou non), le MFPPF est, lui, un mouvement beaucoup plus mixte (Pavard, 2012c, p. 53-54). Plus mixte encore, voire plus masculin, est son Collège médical, laissant entrevoir que les médecins qui importent ce modèle de planning familial à l'anglaise ne revendiquent pas spécifiquement une appartenance de genre pour justifier leur expertise en matière de régulation des naissances. Toutefois, des formes de ségrégation de genre entre spécialités médicales se développent, et s'incarnent progressivement de plus en

9. Ce mouvement s'adresse toutefois exclusivement aux femmes blanches de classes moyennes ou supérieures, et mariées. En effet, les années 1930 à 1950 correspondent parallèlement au déploiement du mouvement néo-Malthusien à l'échelle mondiale, à destination de pays ou de régions à forte croissance démographique.

10. Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé n'utilise que rarement le terme de « contraception » dans ses interventions orales ou ses écrits, et lui préfère largement le terme de « régulation des naissances ». Comme l'a montré B. Pavard (2012c), cela fait partie de la stratégie de la *Maternité heureuse* pour rendre respectable le combat pour l'accès aux méthodes de contrôle des naissances.

plus, dans la spécialité française de gynécologie médicale.

4.1.2 Le rôle des gynécologues médicales aux du MFPF dans la diffusion de la contraception en France

C. Rusterholz indique que dès son discours à l'Académie des sciences morales et politiques en 1955, M.-A. Lagroua Weill-Hallé exprimait la nécessité de rattraper le retard de la France en matière contraceptive (Rusterholz, 2019). Plusieurs entretiens réalisés avec des expert·e·s en contraception¹¹ suggèrent que ce retard aurait été rattrapé grâce à la formation des militant·e·s dans les cliniques anglaises, mais également grâce à l'existence de la gynécologie médicale en France, comme l'évoque Jacqueline Kahn-Nathan :

« Pourquoi est-ce que la France qui était en retard sur l'Amérique, et surtout sur l'Angleterre, qui étaient beaucoup plus développées, a rattrapé, en deux à trois ans, le retard qu'elle avait, vingt ans de retard, ou trente ans de retard sur les pays anglo-saxons ? Je pense que si la France a rattrapé tellement vite son retard, c'est grâce à l'existence, qui est une exception française, de gynécologues médicaux, qui n'étaient pas toujours des gens extrêmement titrés, mais qui étaient pour 90 % des femmes, et que ces femmes se sont senties concernées par la contraception, et qu'elles ont aidé les autres femmes – c'était normal, parce que les femmes étaient elles-mêmes confrontées, d'autant plus si elles avaient une vie professionnelle, une vie de femme, elles étaient confrontées [à la nécessité du contrôle des naissances]. (...) C'était souvent des femmes qui n'étaient pas, au point de vue hospitalier très titrées, mais qui avaient un rôle auprès des femmes considérable. On a vu, au planning, à Necker, et à la MGEN, que je connais aussi parce... moi je prenais les demandes de médecins qui voulaient faire des stages de contraception. »

(Jacqueline Kahn-Nathan, ancienne gynécologue médicale, ancienne interne d'Albert Netter, et spécialiste du DIU, entretien du 11 mars 2016 à son domicile)

Plusieurs enjeux importants ressortent dans ces propos, qui seront analysés plus en détail dans la section suivante : la très forte féminisation de la spécialité de gynécologie médicale en France, et la moindre légitimité – par rapport à d'autres spécialités où les médecins sont plus « titré·e·s » – qui caractérise les gynécologues médicales au sein de la profession, notamment dans les années 1960. Je me focalise pour le moment sur l'idée d'une spécialité dédiée qui aurait permis à la France de rattraper rapidement son retard en matière de Planning familial sur les pays anglo-saxons. Les travaux de Bibia Pavard mettent en évidence l'expansion du

11. Entretiens avec J. Kahn-Nathan, avec C. Jamin, et avec H. Rozenbaum.

MFPPF entre 1961 et 1965, et la diffusion très rapide de l'information en matière contraceptive, confirmée par les enquêtes sur les pratiques en 1971 puis en 1978 (Leridon, 1987). Une grande majorité de la population est familière avec la notion de régulation des naissances en 1978, et la plupart a entendu parler des méthodes les plus récemment mises sur le marché, la pilule œstro-progestative et le DIU (voir chapitre 2). Ce rôle important dans la diffusion des connaissances et des pratiques médicales en matière de contraception est également souligné par Anne Gompel, endocrinologue et gynécologue, PU-PH au département de gynécologie de l'Hôpital Cochin à Paris :

« Selon vous ça a eu quel rôle dans la diffusion de la contraception en France, la gynécologie médicale ?

- Disons que tous les centres de planning familial, les services d'orthogénie, ont été tenus par des gynécologues médicales, à l'époque. Maintenant malheureusement du fait de la paupérisation de la démographie c'est de plus en plus des généralistes, ou des gynécos obstétriciens de temps en temps, mais tous les premiers centres d'orthogénie ont été tenus par des gynécologues médicales qui étaient des militantes. Alors après dans la bagarre de la contraception et de l'avortement, y avait pas que des gynécologues médicales, y avait aussi des gynécos obstétriciens, y avait des généralistes, y avait des gens, des juristes, enfin des gens qui étaient pas médecins etc. Mais bon il y avait une partie effectivement importante qui a été portée par la gynécologie médicale. (...) Mais c'est sûr que ça a eu un rôle majeur, et que c'était effectivement beaucoup les gynécologues médicaux qui prescrivaient la contraception et qui la développaient. »

(Anne Gompel, PU-PH au département de gynécologie de l'hôpital Cochin, endocrinologue et gynécologue)

Selon les propos d'Anne Gompel, les gynécologues médicales·aux semblent donc avoir eu un rôle important dans la légitimation du combat pour le contrôle des naissances, notamment au sein du MFPPF. Mais les membres de cette spécialité semblent surtout avoir eu un rôle déterminant dans la mise à disposition et la prescription des méthodes contraceptives au cours des années 1960, au sein des centres de planning familial ou des centres d'orthogénie, ou encore dans leurs consultations privées¹². Si plusieurs obstétriciens et chirurgiens se sont également

12. Notons toutefois qu'Anne Gompel amalgame dans ses propos les luttes pour l'accès à la contraception avec celles pour l'accès à l'avortement, conférant un rôle de premier plan aux gynécologues dans les deux cas. Toutefois, comme l'a montré L. Ruault dans sa thèse, l'engagement des gynécologues médicales dans les mouvements de lutte pour l'avortement est en fait relativement marginal, quoique très publicisé par les membres de cette spécialité (Ruault, 2017).

engagés dans le MFPPF, les instances les plus visibles de ce mouvement donnent une large place aux gynécologues médicaux·ales. De fait, au sein du Collège médical du MFPPF, une majorité de médecins sont des gynécologues médicales·aux¹³. En outre, parmi les trente expert·e·s en contraception analysé·e·s au chapitre 3, vingt-et-un sont gynécologues médicales·aux (soit presque les trois-quarts d'entre eux), dont cinq sont également endocrinologues¹⁴, ce qui suggère la très bonne visibilité de cette spécialité dans le champ médical sur les questions de contraception. Enfin, cette spécialité a eu un rôle important dans la formation des médecins en matière contraceptive, et dans la mise en place des premiers enseignements médicaux sur le sujet, à une époque où ce domaine n'est pas encore intégré au cursus universitaire, comme l'explique Henri Rozenbaum :

« [Christian Jamin], lui, attribuait le rattrapage de retard [en matière contraceptive] au développement de la gynécologie médicale. Que c'est cette spécialité spécifiquement française...

- Oui, ça rejoint tout à fait ce que je vous disais. C'est-à-dire que c'est l'enseignement qu'on a fait sur la contraception qui a permis son développement, et il était fait effectivement par les gynécologues médicaux. Les accoucheurs et les chirurgiens accouchants ne connaissent rien à la contraception... »

(Henri Rozenbaum, gynécologue médical, ancien membre du Collège médical du Planning familial, spécialiste des contraceptifs oraux et des traitements de la ménopause, entretien du 10 septembre 2016 à son domicile)

Il défend ainsi l'idée que les gynécologues médicaux·ales, plus que les autres spécialités gynécologiques, se seraient particulièrement engagé·e·s dans la diffusion des savoirs et dans la formation des médecins sur la contraception. Cet engagement d'une partie des gynécologues médicales·aux dans le combat pour l'accès à la contraception ne doit toutefois pas faire oublier qu'une majorité du corps médical – gynécologues y compris – était opposé au développement de la contraception en France, comme le suggère É. Aubeny :

« L'arrivée de la pilule en France, pour les gynécologues médicales, j'imagine que ça a eu un impact vraiment sur la pratique, l'exercice de la gynécologie... »

- Oui, on l'a prescrit largement, quoi. Vraiment, on a été les premiers, les gynécologues

13. Le numéro de juillet 1965 du *Bulletin d'information des médecins du Mouvement français pour le Planning familial* mentionne la composition du bureau du Collège médical. Parmi les douze médecins mentionné·e·s, huit ont pu être identifié·e·s comme étant des gynécologues médicales·aux. La spécialité des quatre autres n'a pas été identifiée. Fonds Pierre Simon, 17 AF 18.

14. Les autres sont quatre endocrinologues, quatre gynécologues obstétricien·ne·s, et un gynécologue chirurgien.

médicaux, à dire, voilà les pilules que nous avons, leurs différents dosages, on a été les premiers à dire il y a quand même des contre-indications, faisons attention, etc. Mais on les a prescrits avec enthousiasme. (...) Ça a mis du temps. Il a fallu que les médecins soient rassurés sur les effets secondaires, vous voyez ? (...) je crois que ça a été un mélange pour ceux qui étaient contre, à la fois pas donner une liberté totale aux femmes, et qu'est-ce qu'on fait avec ce produit, vous voyez ? (...) Donc il y avait les gynécologues, c'étaient des milieux plutôt conservateurs quand même, qui partageaient ça. Et puis on a été emporté par la vague des femmes qui nous ont forcé à prescrire. Enfin (...) il y en avaient qui étaient enthousiastes, mais ceux qui étaient réticents, c'est les femmes qui les ont fait prescrire. (...) Dès qu'on pouvait attaquer la pilule, ça ils loupèrent pas en général. Les obstétriciens ont joué un rôle un peu louche là-dessus. (...) Dès qu'il y avait quelque chose de suspicion contre la pilule, tous les gens qui étaient contre la contraception apparaissaient très vite.

- *Contre la contraception dans son ensemble ?*

- Dans son ensemble. Je veux pas dire que les obstétriciens en général étaient des farouches défenseurs ou opposants de la pilule. Et même les gynécologues médicaux, enfin. Y avait une partie oui, une partie non.

- *Pourquoi ils étaient opposés... ?*

- Je crois que ce qui gênait beaucoup les médecins, c'est que les femmes venaient leur dicter l'ordonnance. »

(Élisabeth Aubeny, gynécologue médicale, co-fondatrice de l'Association française de contraception, entretien du 16 février 2017 à son domicile)

Ainsi, pour plusieurs raisons, le corps des gynécologues – y compris médicaux – semble avoir été en partie opposé à la prise en charge de la contraception par les médecins, et plus précisément à l'introduction de la pilule. Le chapitre 8 revient plus en détail sur les motifs d'opposition à la pilule, mais les propos d'É. Aubeny suggèrent ici que la contraception aurait été démocratisée et popularisée par une frange militante de gynécologues médicaux-ales, et que des groupes plus conservateurs au sein de la profession médicale et de cette spécialisation en particulier, exprimaient une opposition régulière envers l'idée de médicaliser la contraception. Mais, comme le soulignent également É. Aubeny ou encore H. Rozenbaum au cours de nos entretiens, c'est sans doute le corps des gynécologues obstétricien-ne-s qui a été le plus farouchement opposé à la diffusion de la contraception¹⁵.

Par leur engagement militant dans le combat pour l'accès à la contraception, par la prescription de contraceptifs avant la loi Neuwirth, par la diffusion d'informations sur la régulation des naissances ou encore par la formation des médecins, une

15. J'analyse plus en détail cette opposition dans la deuxième partie du chapitre.

partie de la gynécologie médicale a permis d'accélérer la médicalisation de la contraception en France, et ainsi de combler ce qui pouvait apparaître comme un retard en matière contraceptive vis-à-vis des pays anglo-saxons. Mais en quoi cette spécialisation constitue-t-elle une spécificité française ? Outre l'engagement militant d'une partie de ses membres, quelles caractéristiques de cette spécialisation auraient permis une rapide médicalisation de la contraception – sans doute plus rapide que dans d'autres pays européens ?

4.1.3 La gynécologie médicale, une spécificité *française* qui aurait permis ce rattrapage ?

Plusieurs travaux soulignent la spécificité de la spécialisation de gynécologie médicale en France (Löwy et Weisz, 2004; Guyard, 2008, 2010a). Séparée de l'obstétrique et de la chirurgie, cette spécialisation est centrée sur l'administration de traitements médicaux dans la prise en charge des corps des femmes. Les membres de cette spécialité sont doté-e-s d'une forte identité professionnelle¹⁶. Elle possède deux caractéristiques qui semblent la distinguer des spécialités dans d'autres pays : elle est très féminisée, et elle accorde une place importante à la prise en charge hormonale des femmes.

Une spécialité très féminisée...

Dès le début de son institutionnalisation dans les années 1940 et 1950, la gynécologie médicale semble être un secteur très féminisé par rapport à l'ensemble de la profession médicale, et le rester encore jusqu'à aujourd'hui¹⁷. En 2015, les données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

16. Voir la thèse en cours de Aurore Koechlin sur le sujet. Voir également la thèse de Laurence Guyard (2008).

17. Il s'est révélé assez difficile, dans ma recherche, de trouver des données précises sur les taux de féminisation de la gynécologie médicale avant la fin des années 1990. Les travaux du CREDOC (Thauront, 1983) sur les femmes médecins entre 1977 et 1981 ne distinguent pas au sein de la spécialité de gynécologie-obstétrique, entre obstétricien-ne-s et gynécologues médicales-aux, et estiment ainsi le taux de féminisation de la spécialité de gynécologie-obstétrique à 34 % en 1981. Un rapport de l'Ordre des médecins (Lerat *et al.*, 1992) sur l'évolution de la démographie des gynécologues et des obstétriciens en France entre 1980 et 1992 ne fait pas davantage cette distinction et ne mentionne qu'au passage la féminisation très forte de la gynécologie médicale, sans citer de données. Même constat pour l'ouvrage collectif sur l'exercice de la médecine en France entre 1930 et 1980 (Herzlich *et al.*, 1993), ou celui de P. Aiach et ses collègues sur *Femmes et hommes dans le champ de la santé* (Aiach *et al.*, 2001). Seuls deux articles de 2005 sur la féminisation du corps médical se réfèrent à des données quantitatives à la fin des années 1990 (Lapeyre et Le Feuvre, 2005; Bessière, 2005), et nous n'avons pu accéder qu'à des données récentes de la DREES concernant la féminisation de la gynécologie médicale. Laurence Guyard cite ainsi dans ses travaux sur la gynécologie médicale le taux de 90 % de femmes, repris par ailleurs dans d'autres travaux et articles, mais sans indiquer sa source (Guyard, 2010a, p. 69).

(DREES) indiquent que la spécialité de gynécologie médicale est féminisée à 72 %, contre 46 % pour la gynécologie-obstétrique, 44 % pour la médecine générale, et 44 % également pour l'ensemble des médecins en France¹⁸.

Il s'agirait d'un facteur distinctif de la spécialité française, comme l'affirme C. Jamin, gynécologue médical et endocrinologue en cabinet de ville, et formateur sur la contraception et la ménopause :

« La France avait une démographie médicale différente des autres pays, c'est-à-dire que la France a eu une spécialisation en gynécologie médicale (...) alors que dans d'autres pays la gynécologie est faite par des gynécologues obstétriciens, qui sont plus sur le versant chirurgical que sur le versant médical. Deuxièmement, ces femmes qui ont développé la contraception médicale étaient des militantes (...) donc il y a eu une forte empreinte de militantisme, par rapport à la pilule, qui s'est beaucoup développée en France. Et le troisième point, qui pour moi est un point majeur, c'est que en fait la gynécologie en France a été faite pour des femmes, par des femmes, et que la pilule apporte quelque chose d'important pour les femmes elles-mêmes, qui est la qualité de vie (...) le côté disparition des douleurs de règles, diminution du volume des règles, amélioration de la peau, diminution des carences en fer, traitement de l'acné et du poids, et des chutes de cheveux, tout ça a probablement beaucoup joué en France, parce qu'à la fois les femmes, mais aussi les prescriptrices qui étaient des femmes ont été sensibilisées par rapport à ça. Dans beaucoup d'autres pays, la gynécologie est faite par des mecs, qui se foutent complètement du bien-être des femmes, la seule chose qu'ils veulent, c'est « vous n'avez pas d'enfants, vous devriez déjà être contente », et donc que vous ayez des règles abondantes avec un stérilet, que vous ayez du poil avec une injection de medroxyprogestérone acétate, ils en ont rien à faire. Et donc, aussi bizarre que ça puisse vous paraître, je pense que les Français ont choisi la pilule par amour des femmes. »

(Christian Jamin, gynécologue médical et endocrinologue en cabinet de ville, entretien du 16 février 2016 à son cabinet)

Dans cet entretien, Christian Jamin lie explicitement le très fort taux d'utilisation de la pilule en France à l'existence d'une spécialisation de gynécologie médicale très féminisée, et perçue par les femmes comme militant pour l'accès à la contraception. C'est cette démographie médicale différente des autres pays qui aurait conduit à développer une prescription contraceptive faite « pour des femmes, par des femmes ». C'est donc une forme d'homologie de genre qui aurait induit une

18. « Effectifs des médecins par spécialité et mode d'exercice au 1er janvier 2015 », ASIP-Santé RPPS, traitements DREES, disponible sur le site de la DREES, consulté le 6 février 2019.

préférence *française* pour la pilule, selon lui mieux tolérée que les autres méthodes, alors choisie « par amour des femmes ». Si cette analyse ne va pas sans poser problème – notamment parce qu’elle suppose et justifie l’adhésion des femmes aux contraceptifs oraux par la tolérance supérieure de ces produits, alors même que de nombreuses utilisatrices critiquent leurs effets secondaires (voir chapitre 8) – elle suggère que la prescription contraceptive est prise en charge par une spécialité majoritairement féminisée, contrairement à ce que l’on observe dans d’autres pays. Le tableau 4.1 comparant les taux de féminisation de la gynécologie dans différents pays d’Europe semble également aller dans ce sens. La gynécologie en France apparaît ainsi, dès les années 1970, davantage féminisée que l’ensemble du corps médical français, mais également que la gynécologie en République fédérale d’Allemagne (RFA), ou que la profession médicale en Espagne¹⁹. Cette différence s’accroît lorsque l’on considère la gynécologie médicale, féminisée à presque 90 % dans les années 2000 en France, tandis que le reste du corps médical français demeure largement masculin, comme cela semble également être le cas en Espagne.

Tableau 4.1 – Évolution de la féminisation des professions prescriptrices de contraception en Allemagne, en France, et en Espagne (1960-2000)

Pays (champ)	1960s	1970s	1980s	1990s	2000s
Espagne (médecins)	1,5% (1960)	10% (1975)	17% (1980)	34% (1995)	
RFA (médecins)	17% (1963)	20% (1975)	22% (1979)		
RFA (gynécologues)	15% (1966)		15% (1980)		
France (médecins)	14% (1968)		19% (1980)	31% (1992)	37% (2004)
France (gynécologues)		26% (1977)	34% (1981)		
France (gynécologues méd.)					88% (2002)

Sources : Espagne : INE Anuarios Estadísticos de España, cité dans Ortiz Gómez et al. 2001, p. 126 ; Ortiz Gómez 2001, p. 59 ; Ignaciuk 2015, p. 104. République fédérale d’Allemagne (RFA) : Statistisches Bundesamt Wiesbaden, cité dans Silies 2010, p. 186-7. France : CREDOC 1983, p. 6 et p. 29. Lapeyre et Le Feuvre, 2005, p. 63.
Lecture : En RFA en 1966, 15 % des gynécologues sont des femmes.

L’autre caractéristique importante de la gynécologie médicale française est la centralité des hormones, aussi bien dans la formation des spécialistes que dans leur prise en charge médicale des femmes.

19. Les travaux existants sur le sujet n’ont malheureusement pas permis d’avoir plus de précisions sur les taux de féminisation de la gynécologie en Espagne, ou dans d’autres pays européens.

...Centrée sur les hormones...

Anne Gompel souligne que la gynécologie médicale française a la particularité d'être très centrée sur une prise en charge hormonale des femmes :

« La gynécologie médicale a comme particularité par rapport à la formation de gynéco obstétrique ailleurs, enfin dans les autres pays, que je connais bien parce que je suis dans les sociétés internationales de ménopause (...) C'est vrai qu'ils ont pas la formation que nous on a, ou qu'on a eu, d'endocrinologie, d'hormonologie. Et ça je pense que c'est aussi très important pour l'utilisation clinique des hormones. Donc probablement effectivement sur le plan sociologique, le fait que ça soit des femmes c'est sûrement un argument massue, mais je pense qu'en plus, il y a le fait que l'on a été, dans notre formation initiale, très formé·e·s à l'endocrinologie hormonologique, et par conséquent, on est plus à l'aise aussi pour utiliser les traitements, au départ. (...) Donc par exemple l'utilisation des progestatifs pour les femmes qui ont des contre-indications à la pilule, en France, on est *le* pays qui fait ça. (...) Et on a gardé grâce à ça, et grâce à notre formation, des molécules qui n'existent plus dans les autres pays. (...) On a des molécules qui sont *safe*, et qui justement rendent des services à des femmes qui peuvent pas prendre un œstro-progestatif, qui peuvent pas prendre un stérilet parce que si elles sont sous corticoïdes par exemple, ou immuno-suppresseurs elles ont un risque infectieux. Et donc dans les autres pays on leur dit « *Demerden Sie sich* » ! Et les choses sont pas prises en charge. Donc on a aussi, je pense, vraiment, le fait d'avoir cette formation-là, fait qu'on a peut-être moins peur des hormones, on a plus l'habitude de les manipuler, on comprend mieux comment ça marche, aussi. »

(Anne Gompel, PU-PH au département de gynécologie de l'hôpital Cochin, endocrinologue et gynécologue médicale, le 23 novembre 2017)

Ainsi, Anne Gompel décrit la spécificité de la gynécologie médicale française comme étant centrée sur les hormones, à la fois dans la formation des spécialistes, et dans la pratique clinique, soulignant une meilleure connaissance de ces molécules que les gynécologues d'autres pays. Elle suggère ainsi que des contre-indications à la prescription d'une pilule œstro-progestative classique – ou même d'un DIU – peuvent amener ces médecins à prescrire des alternatives progestatives, ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays, dans lequel les femmes doivent s'orienter elles-mêmes vers d'autres méthodes contraceptives. Elle caractérise également la spécialité française par une moindre « peur des hormones », qu'elle renvoie à la meilleure formation en endocrinologie que les spécialités gynécologiques des autres pays²⁰.

20. Cet élément important sera analysé dans le chapitre 8, montrant que les débats sur les contraceptifs oraux et les traitements hormonaux qui ont donné lieu à de fortes controverses

Ces deux caractéristiques – féminisation de la gynécologie médicale, et importance de l'endocrinologie dans la formation et dans la prise en charge médicale – semblent distinguer la prescription contraceptive française d'autres pays.

...Ce qui la distingue des autres pays

De fait, dans d'autres pays, notamment européens, cette spécialité n'a pas vraiment d'équivalent au vu de son rôle dans la prescription contraceptive, de son niveau de féminisation, et de la centralité de l'endocrinologie.

En Angleterre, la prescription contraceptive était historiquement assurée dans les cliniques de *birth control*, et prise en charge par des femmes médecins spécialisées en contrôle des naissances, et appuyées par des infirmières (Rusterholz, 2018). Si les militantes du *birth control* ont, dès les années 1920, revendiqué une expertise spécifique liée à leur formation médicale, leur expérience clinique, et leur appartenance de genre, elles n'étaient pas spécifiquement formées à l'endocrinologie. Elles étaient cependant favorables au développement de méthodes aux mains des femmes et efficaces, et accueillirent ainsi positivement l'arrivée de la contraception hormonale dans les années 1960. Actuellement, la prescription contraceptive est principalement prise en charge dans le cadre des soins primaires assurés par des médecins généralistes ou des infirmier·e·s, que ce soit dans des cabinets de médecine générale ou dans des services spécialisés en santé sexuelle et reproductive (Ventola, 2017, p. 103). Le conseil en contraception est conçu comme un service de planning familial, visant à proposer aux consultant·e·s une diversité de méthodes, en les informant sur les avantages et inconvénients de chacune. Les recommandations de santé publique, qui mettent l'accent sur les méthodes long cours et les méthodes définitives ainsi que sur le préservatif comme méthode contraceptive, ont davantage d'impact sur les pratiques qu'en France. Les pilules œstro-progestatives n'apparaissent que comme une méthode parmi d'autres – faillible, car liée à la volonté de l'usagère – dans l'offre contraceptive.

Aux États-Unis, la prescription contraceptive semble s'organiser selon la même structure, bien que les pouvoirs publics soient beaucoup moins interventionnistes en matière de planning familial (Watkins, 1998). Les femmes ont affaire à leur médecin généraliste pour la prescription contraceptive, et la spécialité de gynécologie n'a pas un poids particulièrement important dans cette prescription. L'historienne E. Watkins souligne que le *Women's Health Movement*, mouvement féministe pour la santé des femmes, s'est structuré dans les années 1970 par une critique de la profession médicale masculine et patriarcale. La prescription de méthodes

scientifiques et médicales dans les pays anglo-saxons ont fait au contraire peu de remous dans la profession médicale française.

médicales de contraception, et particulièrement la prescription de pilules, a ainsi été conceptualisée par ces militantes comme s'inscrivant dans des rapports de pouvoirs pouvant entraver l'autonomie des femmes.

En Espagne, la spécialité de gynécologie existe, mais elle regroupe l'obstétrique, la chirurgie, et les aspects médicaux et hormonaux. Plusieurs travaux suggèrent que cette spécialité a joué un rôle important dans la diffusion des connaissances en contraception, notamment sur les œstro-progestatifs, entre les années 1960 à 1980, malgré l'interdiction de cette méthode par le régime franquiste (Rodríguez-Ocaña *et al.*, 2012; Ignaciuk *et al.*, 2014; Ignaciuk, 2015). Toutefois, cette spécialité, ainsi que la profession médicale dans son ensemble, restent pendant longtemps particulièrement peu féminisées (Ortiz Gómez, 2001; Ortiz Gómez *et al.*, 2001; Ignaciuk, 2014). L'influence de l'Église catholique sur la profession médicale constitue également, pendant plusieurs décennies, un frein important à la diffusion de la contraception médicalisée, et notamment de la pilule contraceptive (Ignaciuk *et al.*, 2014; Ignaciuk, 2015). Dans ce cas, le groupe professionnel des gynécologues n'est pas apparu comme l'allié des femmes pour leur permettre d'accéder à la contraception.

L'Allemagne semble faire exception à ces exemples, disposant d'une spécialité de gynécologie également très investie dans la prescription contraceptive, mais sans qu'il y ait de distinction entre obstétrique et gynécologie médicale, que ce soit dans la formation reçue ou dans le mode d'exercice²¹. La spécialité de gynécologie incorpore dès les années 1920 l'avancée des savoirs en endocrinologie, notamment les travaux sur le blocage de l'ovulation par l'administration d'hormones²². Si la profession de gynécologie n'est pas aussi féminisée que la gynécologie médicale en France, son activité principalement en libéral et la prégnance de l'endocrinologie dans la formation de ces spécialistes a sans doute joué un rôle dans les très forts taux d'utilisation des pilules œstro-progestatives dans ce pays (utilisation de la pilule dans les mêmes proportions, voire plus forte qu'en France, voir chapitre 1). Si le contenu de la formation des prescripteurs·trices semblerait jouer un rôle plus important que leur féminisation sur les taux élevés d'utilisation de contraceptifs hormonaux, d'autres facteurs peuvent influencer sur cette utilisation. L'existence en Allemagne d'une industrie très puissante, centrée sur les hormones, et très en lien

21. Les gynécologues en Allemagne assurent ainsi aussi bien la prise en charge médicale et contraceptive des femmes que le suivi de grossesse, l'accouchement, et la prise en charge chirurgicale.

22. Les avancées de l'endocrinologie sont discutées très tôt au sein de la *Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* (Société allemande de Gynécologie et d'Obstétrique), et dans les années 1920 et au début des années 1930, beaucoup d'interventions portant sur les hormones dites sexuelles ont lieu au sein des congrès de cette société (Beck et Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 1986).

avec la profession médicale (Gaudillière, 2003, 2004, 2018) a sans doute pesé de manière importante dans le très fort recours à la pilule contraceptive dans ce pays. En revanche, comme le note l'historienne Eva Maria Silies, le recours à la pilule a, dès les années 1970, été critiqué par les mouvements féministes (notamment le mouvement de libération des femmes ouest-allemand), comme ce que l'on a pu observer aux États-Unis (Silies, 2015; Watkins, 1998)²³.

Finalement, la configuration française combine trois facteurs : il s'agit d'une spécialité médicale historiquement *très investie dans la prescription contraceptive*, particulièrement *féminisée*, et dont la formation est orientée vers une *prise en charge hormonale*. Ces trois facteurs pourraient expliquer comment s'est opérée la rapide médicalisation de la contraception en France – ce que les expert·e·s désignent comme « rattrapage du retard en matière contraceptive » – mais également le recours particulièrement élevé aux pilules contraceptives. Enfin, ils pourraient permettre d'expliquer l'absence d'opposition structurelle des mouvements féministes à ce moyen contraceptif, du moins jusqu'aux années 2000, contrairement à ce que l'on observe dans d'autres pays (voir chapitre 9). Plus précisément, comment s'est opérée cette médicalisation de la contraception en France, et comment la gynécologie médicale a-t-elle occupé une place dominante dans la prescription contraceptive ?

4.2 (II) légitimité de la spécialité et légitimation du combat pour la contraception

L'établissement, le maintien, et le rétablissement de la gynécologie médicale en France ont fait l'objet de nombreuses mobilisations, qui témoignent d'une légitimité réelle, mais régulièrement contestée, de cette spécialisation tant au sein de la profession médicale que de l'espace publique et politique²⁴. Je défends ici l'idée que la légitimité sociale et politique de cette spécialisation comme sa relative illégitimité au sein de la profession médicale et dans certains espaces politiques, sont liées à l'importance qu'elle accorde à la prescription contraceptive. En effet, cette activité bénéficie à la fois d'une forte légitimité sociale à la fin des années 1960 et durant les années 1970, et d'une moindre légitimité scientifique et médicale par rapport à d'autres champs d'intervention de la médecine (chapitre 3).

23. Voir également le chapitre 9.

24. L'histoire de cette spécialité et les enjeux liés à sa contestation et à son maintien font l'objet de la thèse en cours de Aurore Koechlin. Nous ne prétendons pas ici pouvoir réaliser un travail de cette ampleur, mais juste poser quelques jalons sur les enjeux de cette spécialisation.

4.2.1 La gynécologie médicale de ville, entre légitimité sociale et relative illégitimité médicale

Les propos de Joëlle Brunerie, ancienne gynécologue médicale et militante au MLAC, permettent de saisir que l'émergence de la gynécologie médicale dans les années 1930 à 1950 répond à une demande médicale, toutefois entâchée d'illégitimité :

« À Nantes les femmes elles avaient qu'une gynéco, c'était l'accouchement. Accoucher, dans la douleur si possible. Zéro, rien d'autre comme prise en charge. Et puis les avortements qui arrivaient (...) Parce que la gynéco, c'est vrai qu'on faisait pas grand chose en gynéco. Il y avait la chirurgie, il y avait les fibromes, on enlevait, on coupait, mais c'était les chirurgiens. La gynéco était faite un peu par les généralistes, l'accouchement était fait beaucoup par les généralistes. Il y avait pas de prise en charge des femmes (...) Alors on disait toujours : "vous allez vous occuper – c'est un peu dégoûtant ce que je vais vous raconter – quand on voulait faire de la gynécologie, vous vous occupez que des pertes". Alors ces fameuses logorrhées qui sont des pertes génitales, elles ont des infections génitales les femmes, donc elles avaient déjà, ou des règles douloureuses, etc. Mais c'était méprisable d'aller s'occuper de ça. (...) La gynécologie c'était une espèce de sous-spécialité. C'était pas noble, on faisait pas ça. Je parle des années 1965, bien avant que tout ça démarre parce qu'après, c'était... »

(Joëlle Brunerie, ancienne gynécologue médicale, ancienne militante au MLAC et au GIS, entretien du 23 janvier 2017 à son domicile)

Comme le suggère la fin de cet extrait, la gynécologie médicale de ville telle qu'elle existait dans les années 1950 possédait peu de légitimité au sein de la profession médicale, et s'apparentait à ce que E. Hughes nomme « un sale boulot », désignant une activité déléguée par une profession (ici, une spécialité médicale, la gynécologie-obstétrique) auprès d'autres groupes professionnels (ici, d'une autre spécialité, la gynécologie médicale), en raison de la dévalorisation sociale de cette activité (pour des raisons matérielles ou symboliques), ici le fait de « s'occuper des pertes », dont Joëlle Brunerie précise bien que « c'est un peu dégoûtant » [de parler de cela]. Cet extrait laisse également entendre que la spécialité a gagné en légitimité sociale avec l'arrivée de la contraception, dans les années 1960. L'institutionnalisation du CES de gynécologie en 1955 participe de cette reconnaissance de la gynécologie médicale comme parcours spécialisant, même si Anne Gompel souligne qu'il ne s'agissait pas d'une spécialité « à part entière »²⁵, mais plutôt d'une

25. Entretien avec Anne Gompel, le 23 novembre 2017.

qualification. Cette qualification peut être réalisée après avoir passé le concours de l'internat dans une autre spécialité (gynécologie-obstétrique, endocrinologie, médecine interne), ou bien en effectuant directement le CES sans passer par l'internat. Cette dichotomie entre les médecins passé·e·s par l'internat et celles et ceux qui ne passent « que » le CES alimente certaines tensions entre expert·e·s décrites au chapitre 3 (section 3.2.), et renforce également des dynamiques de genre²⁶.

Irène Borten revient, dans son livre sur la gynécologie médicale, sur les raisons de son orientation vers cette spécialité : « *La médecine interne était réservée (...) à ceux et celles qui avaient réussi le prestigieux concours de l'internat, ce qui n'était pas mon cas. Je n'aurais pas eu l'audace de choisir une de ces spécialités de gastro-entérologie ou d'endocrinologie. Que restait-il ? L'air du temps chantait que la gynécologie et la pédiatrie convenaient particulièrement aux femmes. (...) Voilà comment, sans enthousiasme, "par défaut", je me retrouvais en gynécologie. En même temps, une voix en moi persiflait : "Tu n'es bonne qu'à ça !" »*²⁷. La gynécologie semble donc perçue, par les personnes mêmes qui ont suivi ce cursus, comme une spécialisation ayant une certaine reconnaissance sociale, mais qui n'est pas au plus haut de la hiérarchie médicale. Cet élément est à nuancer en distinguant la gynécologie médicale de ville, instituée par le CES à partir de 1955, de la gynécologie médicale telle qu'elle existe depuis les années 1930 au sein des institutions hospitalières, qui possède un prestige scientifique important conféré par son rattachement à l'endocrinologie, domaine à la pointe de la recherche médicale des années 1930 jusqu'aux années 1980. La spécialité de gynécologie médicale de ville découlant du CES davantage féminisée, apparaît ainsi comme moins prestigieuse que d'autres spécialités médicales, notamment car ces spécialistes ne passent pas l'internat.

L'exemple de J. Kahn-Nathan, une des rares femmes – et rares gynécologues médicales – de sa génération à être passée par l'internat, permet de saisir les enjeux de légitimité ou d'illégitimité d'une spécialité qui est investie par de nombreuses femmes, le plus souvent hors du cadre de l'internat :

« J'ai été une interne d'Albert Netter (...) et j'étais alors décidée à faire de la gynécologie médicale, ce que j'avais toujours voulu faire.

- *Vous étiez donc interne en gynécologie médicale ?*

- Alors j'ai choisi les stages, y a pas que la gynécologie médicale. (...) Ceci dit, moi je voulais faire de la gynécologie médicale, alors qu'est-ce que j'ai fait, j'ai fait de

26. Les femmes sont en effet très largement majoritaires à faire un CES de gynécologie médicale, tandis que les gynécologues médicaux hommes sont beaucoup plus souvent passés par l'internat d'obstétrique ou d'endocrinologie.

27. I. Borten-Krivine, *Médecin de femmes. Ce qu'entendent les gynécologues*, 2004, Paris, Albin Michel, p. 19.

la chirurgie, j'ai fait de l'endocrino, j'ai choisi mes stages en fonction. Et comme c'était pas des stages très très demandés, puis que j'étais à la tête du classement, donc je pouvais choisir. Et j'étais interne, de Netter entre autres, qui était le grand spécialiste, c'était comme Gilbert Dreyfus, c'était un fameux endocrinologue.

- *Pourquoi c'était pas très demandé comme stage ?*

- Parce que les gens qui avaient passé l'internat pensaient qu'ils étaient *on the top*, et alors ils choisissaient la chirurgie, la médecine interne, enfin des trucs plus pointus, si vous voulez, plus brillants. La gynécologie médicale, c'est un peu comme l'ophtalmo. C'est un truc de minutieux, de petit appareil... En plus, lorsque moi j'ai passé l'internat, on était 5 % de femmes ou 8 % de femmes. Actuellement, on arrive à une moitié, je crois. (...) Et donc, y avait beaucoup d'hommes, et la gynécologie médicale était électivement choisie par les femmes. Donc à l'internat il y avait peu de femmes. Il y avait peu de femmes anciennes internes, on était trois, je crois, quatre. »

(Jacqueline Kahn-Nathan, ancienne gynécologue médicale, ancienne interne d'Albert Netter, entretien du 11 mars 2016 à son domicile)

Cet extrait confirme à la fois la très forte féminisation de la spécialité de gynécologie médicale, mais également son moindre prestige dans le champ médical. Ce moindre prestige apparaît au travers du faible attrait que cette formation exerce auprès des internes, qui préfèrent choisir des stages dans des domaines plus prestigieux ou « plus pointus », comme la chirurgie ou la médecine interne. Le parcours atypique de J. Kahn-Nathan est intéressant, puisqu'il combine l'exceptionnalité de la réussite de ses études – elle est en tête du classement au concours de l'internat alors que très peu de femmes accèdent à l'internat à son époque – et un choix de formation plus conforme à son appartenance de genre, celui de la gynécologie médicale, qu'elle exerce ensuite en partie en cabinet privé de ville et à la MGEN (voir chapitre 3).

Joëlle Brunerie et Élisabeth Aubeny, soulignent également au cours de leur entretien que la prise en charge de la contraception était considérée comme de la « petite médecine »²⁸, que les grands patrons hospitaliers ne souhaitent pas investir. É. Aubeny conclut ainsi que la contraception s'est développée grâce aux gynécologues médicales·aux, en marge de l'obstétrique et du monde hospitalier :

« Les obstétriciens trouvaient que c'était pas une médecine glorieuse, vous voyez ? Et que, nous, les gynécologues médicaux, on nous a reproché de faire trop de contraception, et que c'était trop facile, et qu'il fallait nous supprimer pour ça, (...) que c'était pas sérieux, etc.

28. Entretien avec Joëlle Brunerie du 23 janvier 2017 à son domicile ; entretien avec Élisabeth Aubeny du 16 février 2017 à son domicile.

- *D'accord. Et du coup dans le débats il y avait les gynécologues médicales, il y avait les obstétriciens, et il y avait d'autres acteurs... ?*

- Non, c'étaient les deux. C'était les obstétriciens qui voulaient nous faire disparaître. (...) Tout ça, ça a été en dehors des hospitaliers, je dirais, la contraception. Les grands, ils trouvaient ça pas digne d'eux. [Netter, Palmer, Dalsace], c'étaient pas des obstétriciens, tout ça, c'étaient des chirurgiens ou des trucs comme ça... C'était pas la grande obstétrique. Les grands patrons d'obstétrique, ça s'est développé en marge d'eux. »

(Élisabeth Aubeny, gynécologue médicale, co-fondatrice de l'Association française de contraception, entretien du 16 février 2017 à son domicile)

Néanmoins, en se focalisant sur la prescription contraceptive, en s'appuyant sur des savoirs en endocrinologie, et en s'investissant dans une activité de prévention et de dépistage²⁹, les gynécologues médicales·aux revendiquent de répondre à une demande sociale (Dagnaud et Mehl, 1988a). Les sociologues Monique Dagnaud et Dominique Mehl montrent ainsi qu'une grande partie de l'activité des gynécologues s'organise en réponse à une demande des femmes. Cette spécialisation aurait ainsi conquis une légitimité sociale en investissant un champ – la contraception – dont les obstétricien·ne·s ont refusé la responsabilité et la prise en charge. Caroline Rusterholz décrit le même type de phénomène pour les femmes médecins en Angleterre, au cours des années 1920 et 1930 (Rusterholz, 2018). Reléguées dans une activité alors dévaluée au sein de la profession médicale, la régulation des naissances, les femmes médecins spécialisées sur ces questions ont progressivement construit et revendiqué une expertise, basée sur leur expérience clinique et sur la quantification d'observations sur les moyens contraceptifs, leurs avantages et leurs inconvénients. Ce faisant, elles sont parvenues à imposer un monopole d'expertise sur la contraception, et à gagner en légitimité au sein de la profession médicale dans son ensemble.

De la même manière, la gynécologie médicale s'est développée en France, non seulement avec le développement des méthodes médicales de contraception, mais aussi dans un mouvement plus général d'expansion de la médecine vers la prévention, et non plus seulement la prise en charge de pathologies³⁰. Cette expansion se concrétise ensuite, dans les années 1980, par la prise en charge des troubles de la ménopause et des troubles de la fertilité par ces mêmes gynécologues médicales·aux.

29. Les frottis qui permettent de dépister le cancer du col de l'utérus, notamment.

30. Une enquête Inserm réalisée en 1974-75 auprès de médecins généralistes en libéral mettait en évidence que si l'activité préventive occupait peu du temps de travail de ces médecins (moins de 10 % des actes réalisés), l'activité préventive était d'autant plus importante que les médecins étaient jeunes, et plus fréquente chez les médecins femmes que chez les hommes (Bucquet *et al.*, 1984).

S'il semble excessif de considérer que les gynécologues sont « sous influence » des femmes et répondent uniquement à l'évolution de cette demande, comme le suggèrent M. Dagnaud et D. Mehl, l'idée que cette spécialisation gagne en légitimité sociale par la prise en charge de la contraception, puis par de la prévention de pathologies ou troubles féminins coïncide avec sa sanction institutionnelle et son expansion démographique.

Enfin, si la féminisation peut conférer une légitimité sociale à une spécialité qui se présente comme particulièrement à l'écoute des femmes (Guyard, 2008; Ruault, 2015), confortant l'image d'une spécialité « par des femmes et pour des femmes » comme le suggérait C. Jamin, cette caractéristique peut au contraire participer à son manque de prestige au sein de la profession médicale. Les travaux du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) sur la féminisation de la profession médicale entre les années 1960 et les années 1980 montrent que si l'ensemble de la profession médicale s'est féminisée relativement lentement (plus lentement que le reste des cadres et professions intellectuelles supérieures), certaines spécialités, dont la gynécologie, sont parmi celles qui connaissent les taux de féminisation les plus forts (Thauront, 1983)³¹. Or, un certain nombre de travaux en sociologie des professions soulignent l'effet que peut avoir la féminisation d'une profession sur la perte de prestige de celle-ci. Outre les travaux pionniers de Margaret Maruani et Chantal Nicole sur le sujet (Maruani et Nicole-Drancourt, 1989), d'autres travaux montrent que la féminisation de certaines professions s'est accompagnée d'une perte de prestige social, qui se traduit non seulement en termes symboliques, mais également au niveau matériel, par de moindres niveaux de rémunération³². Ces travaux, appliqués à la profession médicale, analysent les phénomènes de ségrégation à l'œuvre dans les choix des spécialités (Hardy-Dubernet, 2009), qu'il s'agisse de ségrégation horizontale – dans le cas de choix de spécialités au prestige équivalent – ou de ségrégation verticale – pour des spécialités ou des modes et des lieux d'exercice conférant un prestige différencié (Rosende, 2002; Lapeyre et Le Feuvre, 2005; Hardy-Dubernet, 2005; Lapeyre et Le Feuvre, 2009; Bloy et Schweyer, 2010; Bloy, 2011). Anne-Chantal Hardy-Dubernet (2005) montre que les femmes qui s'engageaient de plus en plus nombreuses dans des études médicales au cours du XX^e siècle, et particulièrement à partir des années 1950, se sont principalement orientées vers des spécialités qui ne risquaient pas de faire

31. Cette recherche ne distingue malheureusement pas gynécologie médicale et obstétrique, mais on peut imaginer que ces tendances sont davantage accentuées encore si l'on considère seulement la gynécologie médicale.

32. Certains travaux soulignent toutefois que cette perte de prestige est souvent brandie comme une crainte par les représentants de la profession elle-même pour tenter d'enrayer sa féminisation (Cacouault-Bitaud, 2001).

concurrence directe à leurs homologues masculins, comme les spécialités libérales de ville (pédiatrie, gynécologie, dermatologie) ou vers le statut salarié (médecine du travail, centres de protection maternelle et infantile, médecine scolaire). Le mode d'exercice en libéral – plus que l'exercice à l'hôpital – permettait également de « concilier » vie de famille et vie professionnelle. Ainsi, la gynécologie médicale, spécialisation très largement investie par les femmes dans les années 1950 et 1960 – en particulier parce qu'elle ne nécessitait pas de passer par le concours de l'internat et n'engageait pas nécessairement dans des carrières hospitalo-universitaires dans lesquelles les femmes ont longtemps été marginales (et marginalisées) – peut opérer selon cette même dynamique de dévaluation symbolique. Elle jouit en tout cas d'un moindre prestige par rapport à d'autres spécialités, notamment les spécialités hospitalières et celles pour lesquelles passer par l'internat est nécessaire, comme la gynécologie-obstétrique.

La gynécologie médicale de ville acquiert donc progressivement une légitimité sociale, à mesure que la spécialité s'institutionnalise, que la prise en charge médicale des femmes s'étend, et que la prescription contraceptive se développe. Toutefois, cette légitimité sociale est tempérée par une légitimité médicale moindre que d'autres spécialités, et qui est régulièrement contestée par d'autres segments professionnels, et par les pouvoirs publics. En réponse à ces contestations, les gynécologues médicales tentent d'affirmer leur identité professionnelle et de légitimer le maintien de leur formation.

4.2.2 Stratégies de distinction professionnelle et contestations

Dans la lignée des travaux de Eliot Freidson et d'autres travaux en sociologie des professions (Freidson, 1970), les sociologues M. Dagnaud et D. Mehl questionnent l'étendue du pouvoir professionnel de la gynécologie, et de son autonomie par rapport aux pouvoirs publics (Dagnaud et Mehl, 1988b, p. 287-88). Selon elles, la gynécologie médicale, comme le reste de la profession, dispose d'une grande légitimité, qui repose sur la longueur et la fermeture de sa formation (*numerus clausus*), le monopole de l'expertise légitime, et une forte autonomie dont ses membres bénéficient dans l'exercice de leurs fonctions. Mettant en avant le pouvoir des gynécologues qui possèderaient le monopole de l'expertise qui en feraient des spécialistes « tou[·e-s]-puissant[·e-s] » (p. 292), les auteures défendent l'idée que la gynécologie a progressivement écarté ses différent·e-s concurrent·e-s, notamment les généralistes et les sages-femmes. Toutefois, ces analyses qui considèrent le corps des gynécologues comme un tout homogène décrivent en fait principalement le pouvoir

et l'activité des gynécologues obstétricien·ne·s, en rendant assez peu compte des rapports de pouvoir pouvant exister au sein de la spécialité de gynécologie. La plupart des exemples cités pour témoigner de la très forte autonomie de cette spécialité sont des exemples pris dans un cadre d'exercice hospitalier et universitaire. Une seule phrase dans ce chapitre reconnaît que les médecins exerçant en libéral ont « une liberté d'action totale mais n'ont aucun pouvoir sur l'organisation et l'orientation de la discipline » (p. 297), ce pouvoir étant aux mains des grands patrons à la tête des centres hospitaliers universitaires et du Collège national des gynécologues obstétriciens français. En outre, si les gynécologues en libéral (pour partie des gynécologues médicales·aux, donc) semblent bénéficier d'une relative autonomie professionnelle, notamment dans la prescription et la recherche clinique, on peut contester l'idée d'une indépendance totale par rapport aux pouvoirs publics.

De fait, en 1984, une réforme des études de médecine instaure la suppression progressive des CES (qui seront tous définitivement supprimés en 1991). Le CES de gynécologie médicale est supprimé en 1986 par les pouvoirs publics, et n'est pas intégré aux formations proposées au cours l'internat³³. Cette suppression laisse entrevoir que l'autonomie de ces professionnel·le·s n'échappe pas aux décisions des élites politico-administratives. Dans un contexte de réformes visant à rationaliser le système de santé et limiter les dépenses publiques (Tabuteau, 2010), la spécialité de gynécologie médicale est en effet présentée comme un secteur de la médecine particulièrement coûteux ne s'adressant qu'à une poignée de femmes privilégiées³⁴ (Guyard, 2008). Dans le dispositif pensé par les pouvoirs publics, et appuyé par les instances représentatives de la spécialité dominées par des gynécologues-obstétricien·ne·s, un transfert des compétences de la gynécologie médicale vers les médecins généralistes est alors organisé, en introduisant dans la formation des généralistes un stage obligatoire de six mois en gynécologie.

S'en suit une raréfaction du nombre de gynécologues médicales·aux au cours des années 1980 et 1990, n'étant plus renouvelé·e·s par l'arrivée de nouvelles générations formées à cette spécialisation. Cette configuration conduit à une forte mobilisation de ce segment professionnel, lancée en 1997 par le Dr Malvy, pour le rétablissement de la spécialité de gynécologie médicale. La mobilisation s'intensifie en 1998 et 1999, recevant notamment l'appui de nombreuses femmes³⁵ (Guyard,

33. À partir de 1986, pour les personnes qui souhaitent faire de la gynécologie de ville – notamment médicale – il devient nécessaire de passer par l'internat de gynécologie-obstétrique, très orienté vers la chirurgie, ou par l'internat d'endocrinologie.

34. Sont notamment critiqués le fait que les gynécologues de ville prescrivent des dépistages du cancer du col annuel alors que les recommandations de santé publique affirment qu'un dépistage tous les trois ans suffit, et la très (trop) forte prescription de traitements hormonaux substitutifs de la ménopause.

35. Laurence Guyard précise dans sa thèse que les gynécologues médicales·aux ont lancé un

2008). Cela aboutit finalement au rétablissement de la spécialité en 2004, au travers de l'institution du Diplôme d'études spécialisées (DES) de gynécologie médicale³⁶. Néanmoins, l'État continue de mettre en place la délégation des prérogatives de la gynécologie médicale : une formation en gynécologie est accessible aux généralistes, et les sages-femmes sont, à partir de 2009, autorisées à prescrire des méthodes contraceptives. Si la spécialisation de gynécologie médicale possède une certaine autonomie professionnelle, elle n'échappe donc pas complètement à la régulation par les pouvoirs publics, ni à une contestation professionnelle par les gynécologues-obstétricien·ne·s.

La spécialisation en gynécologie médicale est ainsi relativement dominée dans les rapports de pouvoir avec le corps des obstétricien·ne·s. En retour, une forte identité professionnelle se structure autour du fait cette spécialisation est plus à l'écoute des femmes, et plus à même de bien les prendre en charge, que la gynécologie obstétrique (Guyard, 2008). Comme l'indiquent Danielle Hassoun et Lise Duranteau (gynécologue et endocrinologue, praticienne hospitalière à l'Hôpital du Kremlin-Bicêtre) :

« Dans votre pratique d'obstétricienne, vous étiez amenée à prescrire de la contraception ?

- On faisait beaucoup de contraception post-natale, et post-abortum, parce qu'à la maternité des Lilas, on faisait évidemment de l'obstétrique, mais on faisait aussi beaucoup d'avortements. Donc voilà, donc c'est par là que j'ai commencé, parce que c'est vrai que c'était essentiellement les gynécologues médicaux qui faisaient ces prescriptions de pilules. Enfin, qui s'occupaient de contraception. (...) Quand moi j'ai fait médecine, il y avait donc gynécologie obstétrique d'un côté, et puis gynécologie médicale de l'autre.

- Est-ce qu'il y avait une filière plus prestigieuse qu'une autre ?

- Quand vous faites de la chirurgie vous êtes toujours plus prestigieux. Et comme il y avait pas beaucoup d'hommes, j'étais assez fière de moi (...) Donc, oui, l'obstétrique c'était indéniablement plus prestigieux. (...) Si vous voulez l'obstétrique c'est aussi de la chirurgie. Non mais je pense qu'effectivement, certains le diront pas comme ça, mais moi je le dis très clairement, et du coup il y a eu beaucoup de mépris des obstétriciens pour les gynécologues. Et aussi de rage des gynécologues contre les obstétriciens. Par exemple je peux vous dire que je n'ai jamais pu rentrer aux *board* du collège des gynécologues médicaux parce qu'ils me disaient que j'étais

appel auprès des femmes, en faisant circuler une pétition pour rétablir la formation, très largement médiatisée, qui a permis d'obtenir un à deux millions de signatures. Plusieurs manifestations de rue ont été organisées, également très suivies par de nombreuses femmes.

36. Arrêté du 8 avril 2003, modifiant l'arrêté du 9 avril 2001 définissant les groupes de disciplines de l'internat.

obstétricienne. »

(Danielle Hassoun, gynécologue de ville (médicale, mais formée en gynécologie obstétrique), entretien à son domicile le 8 février 2016)

« Les gynécos de ville ont souvent un cursus de gynéco obstétrique, ils prescrivent sans formation. Les gynécologues médicales sont plus à l'écoute des symptômes, sont mieux formées dans le maniement des hormones. (...) Les gynécos obstétriques ils veulent pas en entendre parler, des gynécologues médicaux à l'hôpital. Mais ils se rendent compte que les gynécologues médicaux peuvent apporter des prises en charge de l'infertilité. En plus c'est une filière où il y a de moins en moins d'obstétriciens, c'est des conditions de travail difficiles, avec beaucoup de gardes, c'est une spécialité menacée par le nombre. Forcément, ils ne voient pas l'enjeu de l'investissement dans la gynécologie médicale à l'hôpital, mais ça répond à un besoin social. »

(Lise Duranteau, gynécologue médicale-endocrinologue, et praticienne-hospitalière (PH) à l'Hôpital du Kremlin-Bicêtre, entretien du 12 février 2016 à son bureau)

La domination symbolique ici rapportée, qui s'exerce de la spécialité hospitalière envers la spécialisation en libéral, trouve donc un écho relatif dans la résistance des gynécologues médicales aux à l'intégration en leur sein de personnes formées à l'obstétrique mais reconverties en gynécologie médicale de ville, à l'instar de Danielle Hassoun. Cela se traduit également par la revendication d'une identité professionnelle spécifique, dont Laurence Guyard précise qu'elle se structure en grande partie à partir de catégories de genre essentialisées : spécialisation très féminisée, orientée vers l'écoute physique et psychique des femmes, la gynécologie médicale incomberait ainsi de manière plus évidente aux femmes qu'aux hommes (Guyard, 2008, p. 67). Lise Duranteau, à l'instar d'Anne Gompel³⁷ et de Joëlle Brunerie³⁸, se réfère plutôt au contenu de la formation de ces spécialistes pour rendre compte de la meilleure qualité de leur prise en charge des femmes, qui allie une écoute et une attention aux patientes davantage valorisées dans les études de gynécologie médicale que d'obstétrique, et une formation plus complète en endocrinologie, qui les rendent plus compétentes pour prescrire des hormones.

La constitution de cette identité professionnelle s'accompagne enfin de la mise en place d'un monopole médical de fait sur la prescription contraceptive dès les années 1960, et qui perdure en partie, jusqu'à la fin des années 1990, même si de plus en plus de généralistes, d'obstétricien-ne-s, et plus récemment, de sages-femmes, prescrivent des contraceptifs et sont formé-e-s à ce type de prise en charge.

37. Entretien avec Anne Gompel, le 23 novembre 2017 à son bureau.

38. Entretien avec Joëlle Brunerie, le 23 janvier 2017 à son domicile.

Selon É. Aubeny, ce monopole d'expertise et de prescription « tombe sous le sens » à la fin des années 1960 quand la contraception s'institutionnalise, même si elle s'exprime en faveur d'un relais actuel :

« Et la nécessité que la contraception soit prescrite par des médecins, ça a été mis en place comment ?

- Dès le début de la contraception. C'étaient des œstrogènes, c'étaient des hormones, c'était à nous de le prendre en charge. Et ça on n'a pas refusé. On savait que les hormones ça pouvait être dangereux, que c'était à nous à le prendre en charge, on nous l'a confié dès le début, on était tout à fait d'accord. Et puis maintenant qu'on sait beaucoup plus de choses, on se dit que ça peut passer à quelqu'un d'autre. (...) [Au sein de la Société européenne de contraception], il y a des pays qui nous ont beaucoup appris en disant "on peut déléguer la contraception, on peut avoir des sages-femmes, on peut avoir des infirmières qui prescrivent la contraception". Ils nous ont beaucoup appris dans ce sens-là, et on les a rejoints, maintenant. Ils nous ont appris les effets secondaires, les contre-indications, et ils nous ont appris à déléguer à quelqu'un d'autre.

- Et ça les gynécologues médicaux l'acceptaient ?

- Y a eu la bagarre, au sein de la Société européenne de contraception, quand on a commencé à dire : "c'est pas si compliqué que ça de prescrire une pilule, on peut déléguer". Et y a des gens qui étaient réticents, et des gens qui étaient pour.

- Réticents en disant quoi ?

- En disant : "on a une autre pratique". Les Allemands par exemple, étaient extrêmement réticents, et je crois qu'ils le sont toujours. Tandis que les Suédois nous ont dit : "il y a longtemps que c'est nos infirmières et nos sages-femmes qui font ça", etc.

- Parce que peur des conséquences ou des risques... ?

- Non, peur au niveau financier, soyons honnêtes. »

(Elisabeth Aubeny, gynécologue médicale, entretien du 16 février 2017 à son domicile)

Ainsi, selon elle, le refus de déléguer ce monopole d'expertise et de prescription aux sages-femmes et aux infirmières s'explique entre autres pour des raisons financières. La médecine française étant principalement organisée en pratique libérale sur le principe du paiement à l'acte, l'accès d'autres professionnel·le·s de santé à la prescription contraceptive représente une forme de concurrence, notamment économique, puisque ces professionnel·le·s ont des consultations moins onéreuses (avec souvent moins de dépassement d'honoraires par rapport au remboursement par la Sécurité sociale), du fait justement de leur statut surbordonné à la profession

médicale. É. Aubeny cite l'exemple des résistance des gynécologues allemand·e·s, mais l'on retrouve ce phénomène également chez les médecins français·es. En effet, l'enquête Fecond 2010 (volet « médecins ») montre que les médecins – gynécologues et généralistes de ville – sont une majorité à être réticent·e·s à ce que la prescription de pilule³⁹ soit déléguée aux sages-femmes et aux infirmières, et que les gynécologues le sont encore plus que les généralistes (voir tableau 4.2). En effet, si 68 % des généralistes sont très ou plutôt favorables à ce que la pilule puisse être prescrite par des sages-femmes, une majorité de gynécologues (58 %) y sont plutôt ou très défavorables. Et gynécologues comme généralistes sont plus des trois quarts à être défavorables à ce que la pilule soit prescrite par des infirmières.

Tableau 4.2 – Opinions des médecins de ville sur le fait de déléguer la prescription de pilule contraceptive à d'autres professions de santé, en 2010 (%)

Est favorable à ce que la pilule soit prescrite par...		Gynécologues (n=412)	Généralistes (n=581)
...des infirmières	Tout à fait / plutôt	13	23
	Plutôt pas / pas du tout	87	77
...des sage-femmes	Tout à fait / plutôt	42	68
	Plutôt pas / pas du tout	58	32

Champ : médecins généralistes et gynécologues pratiquant en cabinet de ville en France métropolitaine.

Source : enquête Fecond 2010, volet « médecins », Inserm-Ined.

Lecture : 13 % des gynécologues sont plutôt ou tout à fait favorables à ce que les infirmières puissent prescrire des pilules contraceptives. Ils sont 87% à y être plutôt ou très défavorables.

Les entretiens réalisés dans le cadre de cette thèse suggèrent également que les médecins, et notamment les gynécologues médicales·aux, ont été particulièrement opposé·e·s à ce que la contraception médicale d'urgence (ou « pilule du lendemain ») soit accessible sans ordonnance – et rendue gratuite pour les mineures – en pharmacie au seuil des années 2000. É. Aubeny mentionne ainsi la mobilisation qui a eu lieu pour imposer la disponibilité de cette méthode contraceptive, en échappant en partie à son contrôle par les médecins⁴⁰.

Finalement, la difficulté à déléguer la prescription de pilule, et plus généralement de contraceptifs – ou même d'autres actes médicaux gynécologiques – peut relever d'une logique financière, comme évoqué ci-dessus. Mais cela peut également renvoyer

39. Dans l'enquête Fecond médecins, seule la question de la délégation de la prescription de pilule à d'autres professionnel·le·s de santé était posée, les autres méthodes ne faisant pas l'objet d'une question de ce type.

40. Entretien avec É. Aubeny du 16 février 2017 à son domicile.

à l'objectif de maintien d'une identité professionnelle forte de la gynécologie médicale, centrée sur une formation spécifique, notamment en endocrinologie, une prise en charge des femmes supposée meilleure que celle des obstétricien·ne·s, et la très forte féminisation de cette spécialité. Et ce, d'autant plus que cette identité est menacée par d'autres spécialités ou segments professionnels proches, qui contestent le monopole d'expertise de la gynécologie médicale.

L'affirmation de cette identité professionnelle conduit à revendiquer une très forte médicalisation de la contraception, au sens où la prescription contraceptive doit passer par les médecins, et où déléguer cette responsabilité n'est pas accepté par une majorité de ces professionnel·le·s. Elle conduit également à favoriser une « pharmaceuticalisation »⁴¹ de la contraception, dans la mesure où l'identité de cette spécialisation médicale se structure autour de la prescription hormonale, et en particulier de contraceptifs oraux. J'analyse à présent comment cette médicalisation se traduit, en termes de biomédicalisation du corps des femmes, et quelles sont les conséquences de cette biomédicalisation sur la définition de la contraception comme une « affaire de femmes ».

4.3 La gynécologie médicale, à l'ombre des jeunes filles en fleurs : (bio)médicalisation du corps des femmes et naturalisation de la contraception

Cette section s'intéresse à la manière dont la gynécologie, et particulièrement la gynécologie médicale, participe à la (bio)médicalisation du corps des femmes, qui se traduirait dans l'injonction à recourir à la pilule contraceptive, et favoriserait une vision de la contraception comme responsabilité féminine. Cette vision, émancipatrice lorsqu'elle s'inscrit dans une perspective féministe d'appropriation des moyens de contrôle sur son propre corps, peut s'avérer problématique lorsqu'elle renvoie à une essentialisation des caractéristiques associées aux femmes, et à des injonctions normatives vis-à-vis de leurs corps. Après avoir montré dans quelle mesure la gynécologie médicale a favorisé une forte (bio)médicalisation du corps des femmes, je m'intéresse à la posture essentialiste et à la naturalisation de la responsabilité contraceptive que cette configuration implique. Enfin, je considère comment cette revendication d'une contraception par les femmes et pour les femmes peut être

41. La notion de pharmaceuticalisation renvoie à l'augmentation du recours aux médicaments à l'échelle mondiale, et plus généralement à l'importance grandissante des médicaments dans la médecine (Desclaux et Egrot, 2015).

à la fois revendiquée dans une perspective féministe, et dans une perspective essentialiste qui occulte le travail contraceptif réalisé par les femmes.

4.3.1 Une spécialité orientée vers la (bio)médicalisation du corps des femmes

Laurence Guyard montre dans sa thèse la place importante de la spécialité de gynécologie médicale dans le processus de médicalisation du corps des femmes en France (Guyard, 2008). Le développement d'une spécialité médicale qui n'a pas d'équivalent pour les hommes est le fruit d'une histoire technique et scientifique (Oudshoorn, 1998, 2003) considérant le corps féminin comme plus facile à réguler que le corps masculin. Il s'inscrit également dans un pathologisation du corps des femmes (Delanoë, 1998; Gardey et Löwy, 2000; Gardey, 2006; Dorlin, 2009), fruit d'une longue tradition médicale, et justifiant l'intervention sur ces corps. Si cette intervention existe de longue date, en particulier du fait de la prise en charge médicale de l'accouchement et de la reproduction (Oakley, 1986; Thébaud, 1986; Knibiehler, 1997; Pruvost, 2016), le développement en France de la gynécologie médicale entre le XIX^e siècle et les années 1930, et son expansion démographique dans les années 1960 marquent une nouvelle étape dans la médicalisation du corps des femmes. Plus seulement centrée sur les états pathologiques de la vie des femmes (cancers, douleurs et autres pathologies gynécologiques) ou sur le suivi de grossesse, leur prise en charge médicale devient progressivement un processus ritualisé d'entrée dans la féminité par les premières règles (Guyard, 2010a; Ruault, 2015), et de ritualisation de cette féminité par le suivi de la vie reproductive et contraceptive, et au-delà, de la ménopause. En effet, si le suivi régulier en gynécologie n'existait pas vraiment dans les années 1960, il est devenu, en moins d'une génération, un objectif de santé publique. Cela se traduit, de manière contemporaine, par la nécessité pour des femmes saines de régulièrement consulter en gynécologie, exprimée par les professionnel·le·s de santé et relevée dans plusieurs travaux. L. Guyard affirme ainsi qu'une majorité de femmes ont parfaitement intégré cette injonction à consulter en gynécologie (Guyard, 2008). Cette nécessité de consulter fait également l'objet d'une transmission intergénérationnelle, les mères ayant un rôle très actif dans la socialisation de leurs filles à la consultation gynécologique (Guyard, 2010a).

La consultation en contraception, qui s'est axée dans les années 1970 autour de la prescription de contraceptifs oraux et de la surveillance de leurs effets physiologiques sur le corps des femmes, a contribué à cette médicalisation. Plusieurs des expert·e·s interrogé·e·s soulignent non seulement que la contraception était au cœur de leur

activité professionnelle⁴², mais aussi que la prescription de contraceptifs oraux permettait de mettre en place une surveillance préventive des femmes, en liant contraception (hormonale) et frottis. Comme Irène Borten l'écrit dans son livre sur la gynécologie médicale : « *c'est vers 1960 que le paysage gynécologique a connu un premier bouleversement. Grâce à la contraception, des femmes bien-portantes sont venues nous voir, et nous leur avons fait à toutes un examen gynécologique et un frottis de dépistage. Nous avons palpé leurs seins : jusque-là, seuls étaient examinés les seins allaitants ou porteurs de tumeurs (...) Ainsi des femmes qui n'auraient jamais consulté de médecin ont bénéficié d'une prévention des pathologies gynécologiques. La contraception a médicalisé les femmes* »⁴³.

Comme l'exprime également É. Aubeny :

« On s'est beaucoup battu en France, enfin, une génération de gynécologues en particulier, (...) gynécologues médicaux, on a lié la contraception et les frottis. On a dit aux femmes : "il faut venir tous les ans pour renouveler votre contraception". Et on a profité pour faire des frottis. Si bien que le jour où les femmes ont eu des stérilets, pas obligées de revenir, plus de frottis. Donc on, les femmes comprenaient pas qu'on leur disait de revenir pour faire un frottis, qui était justifié, et que la pilule, si vous prenez la tension, c'est tout ce que vous pouvez faire. (...) Que c'était pas lié à la pilule.

- *C'était l'aspect préventif en fait ?*

- Voilà. Oui. »

(Élisabeth Aubeny, gynécologue médicale, entretien du 16 février 2017 à son domicile)

Cette forte médicalisation du corps des femmes passe ainsi par la médicalisation de la contraception – et particulièrement par la prescription de contraceptifs oraux, qui, contrairement aux autres méthodes, justifient une surveillance médicale régulière, du fait des risques et des contre-indications associés à leur prise. Un article dans la revue *Contraception, fertilité, sexualité* de septembre 1973, portant sur « la contraception chez la nullipare », insiste ainsi sur la nécessité de « *deux consultations gynécologiques par an chez la jeune fille, pour le suivi contraceptif, et plus généralement gynécologique, notamment dans le cas de prescription d'œstro-*

42. Joëlle Brunerie explique par exemple que « trois femmes sur quatre qu'[elle] voyai[t], c'était pour la contraception », entretien du 23 janvier 2017 à son domicile ; M. Dagnaug et D. Mehl estiment quant à elles que 50 % de l'activité des gynécologues médicales de ville est centrée sur la prescription contraceptive (Dagnaug et Mehl, 1988a, p. 279).

43. I. Borten, 2004, *Médecin de femmes*. Ce qu'entendent les gynécologues, Paris, Albin Michel, p. 29.

progestatifs »⁴⁴. Cette surveillance se met ainsi en place dès la première prescription contraceptive, et contribue à la socialisation des jeunes filles à la surveillance de leur corps par la consultation gynécologique (Amsellem-Mainguy, 2011), qui se prolonge ensuite pendant toute la vie féconde (Guyard, 2010a; Ruault, 2015). Certain·e·s médecins, à l’instar d’É. Aubeny dans la citation ci-dessus, déplorent ainsi que les méthodes contraceptives autres que la pilule – notamment le DIU – ne permettent pas de garantir cette surveillance, puisque les femmes ne reviennent pas aussi régulièrement dans le cabinet du ou de la médecin⁴⁵.

Cette médicalisation voit également son prolongement, avec le développement massif, à partir des années 1970-80, des traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. L’anthropologue Daniel Delanoë revient sur l’histoire du développement de ces traitements, et montre qu’il s’agit d’un exemple paradigmatique du processus de médicalisation, où l’on définit un problème social en termes médicaux et comme ne pouvant accueillir qu’une réponse médicale. Ou, comme il l’écrit : « *le discours médical a produit une représentation de la ménopause particulièrement pathologique (biologiquement) et négative (socialement) afin de justifier son intervention thérapeutique, participant ainsi largement à la représentation stigmatisante de la femme ménopausée. C’est la médicalisation comme pathologisation, ou comme construction sociale de la maladie par la profession médicale telle que l’a décrit Eliot Freidson (1984).* » (Delanoë, 1998, p. 212). S’il reconnaît que l’épidémiologie a mis en évidence certains troubles ou pathologies accompagnant la ménopause, il montre que ces troubles sont variables en fréquence et en intensité selon les femmes et selon les populations. D’autres travaux montrent par ailleurs que ces troubles sont d’autant plus grands que l’on se trouve dans un contexte où l’âge de la ménopause est socialement dévalorisé (Ringa *et al.*, 2013; Obermeyer et Sievert, 2007). Daniel Delanoë conclut de son travail que les traitements hormonaux de la ménopause, développés à partir des années 1930 par la firme hollandaise Organon, et qui se généralisent en France à la fin des années 1970 et dans les années 1980, représentent le cas typique d’un « *médicament à la recherche d’une maladie, et non, comme le voudrait le sens commun, une maladie à la recherche d’un médicament* » (Delanoë, 1998, p. 224). Ainsi, selon lui, si la ménopause comme pathologie et son remède sont des inventions de l’industrie pharmaceutique, cette invention prend une signification sociale forte au moment où elle est relayée par une partie importante

44. J. Belaïsch, « La contraception chez la nullipare », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 1, n° 1, septembre 1973, p. 33.

45. L’enquête de Laurence Guyard (2008) confirme la réticence des gynécologues à prescrire un DIU à une jeune femme, et leur nette préférence pour la pilule car elle implique un suivi régulier. Lucile Ruault (2015) montre également les stratégies de dissuasion mises en œuvres par les gynécologues à l’égard des consultantes nullipares qui font la demande d’un DIU.

des gynécologues médicales-aux. Il conclut que les médecins ont ainsi, à l'aide de la science et de l'endocrinologie, transformé la signification de la ménopause, en la définissant comme problème médical et comme maladie carenentielle, ce qui a eu pour effet d'une part de légitimer les plaintes des femmes et leur réponse médicale, mais également de renforcer les stéréotypes de la femme vieillissante. Ceci justifiant alors une intervention médicale permettant aux femmes de rester « féminines pour toujours »⁴⁶.

L'exemple des traitements de la ménopause, loin d'être anecdotique, permet de comprendre le glissement théorique entre le terme de « médicalisation » (Aïach et Delanoë, 1998) et celui de « biomédicalisation » (Clarke *et al.*, 2010). Les traitements hormonaux permettent de soulager des symptômes jugés pathologiques par les médecins ou par les femmes elles-mêmes, c'est l'aspect *médicalisation* : c'est aussi le cas des contraceptifs hormonaux prescrits pour réguler les cycles, soulager des douleurs de règles, apporter un remède à d'autres pathologies (endométriose, acné), ou prévenir l'avortement et ses séquelles. La *biomédicalisation* intervient lorsque les traitements sont envisagés, à très large échelle, pour améliorer le corps et prévenir les risques, comme c'est le cas des pilules de troisième et quatrième générations vantées pour leur nombreux effets bénéfiques non contraceptifs (amélioration de la peau, réduction du volume des règles)⁴⁷ ou pour les traitements hormonaux de la ménopause qui permettent de rester « jeunes et féminines », et qui sont présentées comme permettant de prévenir les risques d'ostéoporose ou d'accident cardio-vasculaire (Löwy et Gaudillière, 2004). Enfin, ces deux exemples renvoient également au phénomène de « pharmaceuticalisation », dans la mesure où la prise en charge des symptômes de la ménopause comme de la contraception se fait *via* des médicaments, et que l'on observe plus généralement une consommation accrue de ceux-ci concernant ces deux phénomènes, entre les années 1950 et les années 2000.

L. Guyard montre ainsi les injonctions exprimées par les gynécologues envers les femmes pour que le corps des femmes reste jeune, tonique et désirable⁴⁸. Ces injonctions passent par l'incitation à recourir à des traitements hormonaux, que

46. « *Feminine Forever* » est le titre d'un ouvrage du gynécologue nord-américain Robert A. Wilson, publié en 1966 et destiné à un large public, qui prône les traitements hormonaux de la ménopause pour sauver les femmes de leur destin biologique. Cité par D. Delanoë, 1998, *op. cit.*, p. 230. L'idée prônée par ce médecin de « maintenir [des œstrogènes] de la puberté jusqu'à la tombe » (cité p. 228) voit son prolongement en France dans l'école de P. Mauvais-Jarvis (Löwy et Weisz, 2004).

47. Dans une certaine mesure, on peut considérer que l'ensemble des œstro-progestatifs renvoient à un phénomène de « biomédicalisation » dans la mesure où ils permettent la prévention du risque de grossesse non désirée.

48. Centrées autour d'une définition hétérocentrée, conjugale et sentimentale de la sexualité des femmes, voir Guyard (2010b).

ce soient les traitements substitutifs de la ménopause ou les nouvelles pilules qui permettent de (re)devenir femme (voir chapitre 6 de ce travail) ou de réguler les cycles, jugés pathologiques et problématiques lorsqu'ils sont irréguliers. Cette (bio)médicalisation du corps des femmes au travers de la consultation gynécologique se traduit par une orientation vers la pilule contraceptive, avec une forte injonction faite aux jeunes femmes de se conformer à la norme contraceptive (Bajos et Ferrand, 2004) et de recourir à la pilule pour la prévention des grossesses, et au préservatif pour la prévention des infections sexuellement transmissibles⁴⁹ (Guyard, 2008, voir chapitre 6). Lorsque le corps échappe aux normes de sa fonction reproductive socialement et médicalement définies sous la forme d'un « bon âge pour enfanter » (entre 25 et 35 ans) (Bajos et Ferrand, Ruault), les consultantes sont alors orientées vers d'autres méthodes que la pilule.

En contribuant à définir les normes d'un corps féminin « en ordre », et en intervenant médicalement lorsque le corps paraît en « désordre », la gynécologie médicale participe à la forte médicalisation du corps des femmes. Cette médicalisation est construite autour de la vie reproductive et contraceptive des femmes, et prend pour axe central la contraception hormonale. En prônant également des traitements qui permettent non plus seulement de remettre le corps en ordre, mais de l'améliorer en référence à un idéal de féminité, la gynécologie médicale favorise également la biomédicalisation du corps des femmes. Cette biomédicalisation se traduit par un accueil très favorable des produits avec bénéfices non contraceptifs que sont les pilules dites de nouvelles générations, ce qui peut expliquer l'expansion forte de ce marché en France dans les années 1990 (voir chapitre 6). Dans quelle mesure cette (bio)médicalisation du corps des femmes par la promotion de la contraception orale participe-t-elle de l'essentialisation des corps féminins et de la naturalisation de la responsabilité contraceptive ?

4.3.2 Une spécialité par les femmes, pour les femmes ? Comment la gynécologie participe à la naturalisation de la responsabilité contraceptive

La gynécologie, entre féminisme et essentialisme...

L. Guyard montre que la spécialité de gynécologie médicale est présentée par les gynécologues qu'elle a interrogé·e·s comme une spécialité à l'écoute et au service

49. Notons que du fait de l'inscription de ce discours préventif dans le cadre de la consultation gynécologique, cette injonction s'adresse principalement aux femmes, les hommes échappant davantage au discours préventif sur les IST ou même aux campagnes d'information sur la contraception.

des femmes, basée en partie sur l'entre-soi féminin. « À ce titre, la plupart estiment que seules les femmes devraient être en charge de cette spécialité et expriment régulièrement des soupçons quant à la qualité de la pratique de leurs collègues masculins. » Elle explique en outre que certaines gynécologues se sont montrées réticentes à la présence des conjoints masculins dans la consultation, exprimant de manière plus ou moins explicite « l'incongruité de la présence masculine dans cet espace de consultation » (Guyard, 2008, p. 29). Cette incongruité peut d'ailleurs être entérinée par les patientes elles-mêmes (Amsellem-Mainguy, 2011). Elle conclut de son travail que, pour cette spécialité, « construire le genre comme compétence professionnelle était tout autant motivé par une volonté de défendre un “bastion féminin” convoité par la corporation masculine des obstétriciens que par celle de défendre la cause des femmes. » (p. 297). Nous revenons ici sur l'ambivalence de ces différentes postures professionnelles, entre défense de la cause des femmes et ralliement aux analyses féministes d'une part, et affirmation du féminin comme compétence professionnelle, valorisation de normes esthétiques et sociales de féminité, et (bio)médicalisation du corps des femmes, d'autre part.

Une partie des personnes engagées dans cette spécialisation a effectivement accompagné des avancées féministes, et favorisé l'accès à la contraception et à l'avortement, bien qu'au départ seule une frange militante du groupe des gynécologues est favorable à cette libéralisation des techniques de régulation des naissances. L'établissement de cette spécialisation a également contribué à contester le monopole de la chirurgie sur les pathologies gynécologiques, en proposant des traitements des douleurs et des maladies alternatifs à l'ablation pure et simple des organes reproducteurs (ovariectomie et hystérectomie, régulièrement pratiquées en premier recours jusqu'au milieu du XX^e siècle). Une partie de cette première génération de gynécologues médicaux·ales ont par ailleurs été très actifs·ves dans les mouvements pour le planning familial puis pour l'accès à la contraception. Un autre génération, plus jeune, plus féminisée et plus marginale dans le champ, a également participé aux mouvements pour la liberté de l'avortement (Ruault, 2017). À ce titre, elles et ils sont identifié·e-s comme militant·e-s pour la cause des femmes, par les pouvoirs publics mais également par les femmes elles-mêmes. En effet, le très large soutien de femmes aux mobilisations pour le rétablissement de la gynécologie médicale à la fin des années 1990 témoigne de l'association forte entre cette spécialisation et défense de la cause des femmes. Les gynécologues médicales·aux elles·eux-mêmes participent à la construction de cette image d'une spécialité alliée des femmes et du féminisme (Ruault, 2017, p. 437-59).

Toutefois, plusieurs travaux montrent combien cette spécialisation se structure autour d'une vision différencialiste, qui considère les femmes comme ayant des

compétences et des capacités naturellement différentes de celles des hommes, du fait de leur capacité génésique. L. Ruault montre que tout le travail des gynécologues se structure autour de cette rhétorique de la différence essentielle des femmes, qui contribue à la vision du corps féminin comme pathologique par essence. « *Décrite comme complexe et agitée, souvent embarrassante ou du moins “plus sujette aux maladies” (...), la physiologie particulière des femmes déterminerait une pesanteur et un potentiel maladif supérieurs aux corps mâles et juvéniles, référents neutres de l'épistémologie médicale* » (Ruault, 2015, p. 38), justifiant la plus grande médicalisation de leur corps. L. Ruault montre combien la prise en charge médicale est centrée sur la préservation de la matrice, et organisée autour de la vie sexuelle reproductive des femmes, des questions systématiques sur leurs premières règles jusqu'à l'accompagnement de leur fin de vie reproductive (ménopause), en passant par des injonctions répétées à la maternité lorsque les femmes atteignent l'âge socialement acceptable pour enfanter (entre 25 et 40 ans).

L. Guyard montre en outre que la rhétorique professionnelle de cette spécialité passe parfois par la valorisation d'un entre-soi féminin⁵⁰, qui s'appuie souvent sur une rhétorique différencialiste. Cette vision différencialiste peut conduire à défendre, en même temps que la valorisation du féminin, une complémentarité entre les sexes, qui fonderait la division sexuelle du travail et des compétences dans une vision naturalisée de la différence entre hommes et femmes. En témoigne le livre publié par Fanny Kowal, une gynécologue médicale ayant également participé au mouvement pour le planning familial, intitulé *Être femme : une chance!*⁵¹ où l'on retrouve l'ambivalence de cette rhétorique différencialiste au service de la cause des femmes. Elle décrit son engagement dans les luttes pour l'accès à la contraception – « véritable révolution du vingtième siècle » selon elle – et sa revendication d'une « maternité heureuse » par le fait que « *femme et gynécologue, nous savions bien que donner la vie est un acte merveilleux qui comble les femmes de bonheur, à condition de concevoir quand elles se sentent prêtes à le faire dans*

50. M. Dagnaud et D. Mehl avancent par ailleurs l'idée que cet entre-soi a non seulement un genre, mais également une classe et parfois un âge (et, pourrait-on ajouter, une race). Comme elles l'écrivent : « la proximité culturelle entre femmes et gynécologues cimentera enfin leur complicité. La clientèle qui fréquente les cabinets de gynécologie est composée pour une large part de femmes qui travaillent, le plus souvent issues des couches moyennes et supérieures, ainsi que nous l'avons vu. Parallèlement, la profession gynécologique s'est particulièrement féminisée : dans près d'un cas sur deux, la consultation abrite un tête-à-tête féminin. Outre leur statut social, consultantes et doctoresses sont unies par leur classe d'âge. Un jeu de miroir se noue entre elles. Leur mode de vie se ressemble. Elles partagent les valeurs de l'hédonisme, du libéralisme culturel, du repli sur soi et sur l'intimité. Elles sont soudées sous l'égide de la culture dite postmoderniste. » (Dagnaud et Mehl, 1988a, p. 283)

51. F. Kowal, 2015, *Être femme, une chance ! Quelle stratégie pour une vraie égalité ?*, Paris, L'Harmattan.

leur parcours de vie » (p. 75-77). Elle motive dans le même temps sa réflexion par l'objectif d'une revalorisation du féminin :

« Gynécologue, j'ai suivi l'évolution des femmes qui, ayant progressivement pris conscience de leurs forces, de leurs atouts, ont décidé de prendre leur destin en mains. (...) À mon sens, il est temps de réhabiliter le féminin positivement. Nous sommes des femmes, non complexées, nous n'envions pas les hommes. Nous souhaitons vivre avec eux en sérénité, non en rivalité. Nos ambitions réelles, nos aspirations, nos rêves, nos fanstasmes même, peuvent différer des leurs, sans pour cela être connotés négativement ou taxés d'irréalistes ou d'absurdes. Les prendre en compte serait une source d'enrichissement mutuel. (...) Nous ne voulons pas vivre dans un rapport de force, ou de vengeance avec les hommes. Nous ne souhaitons pas leur faire subir ce qu'ils nous ont imposé le long des siècles. Ils sont nos pères, nos hommes, nos fils, nous les aimons, mais nous voulons être reconnues comme égales, et différentes. (...) Nous appartenons tous au genre humain. Pour autant, nous sommes des êtres sexués, mâles et femelles, et c'est dans la rencontre, même éphémère, qui tente de combler tous nos manques, en quête de l'unité perdue que nous espérons nous retrouver un jour. (...) Quel sens donner à ce mot : devenir une femme. Sans doute de différentes façons, mais une manière me semble universelle car physiologique qui passe autant par le corps que dans l'esprit : c'est la rencontre amoureuse réussie qui fait accéder les femmes à leur féminité. (...) Enfin ce qui accomplira la femme dans sa physiologie programmée, c'est la grossesse et l'enfantement qui adviendra idéalement au moment qu'elle aura choisi, grâce à une bonne contraception, fruit désiré de l'Amour donné, et partagé. »⁵²

On voit ici à quel point la maîtrise de la fécondité par la contraception est perçue dans une perspective émancipatrice pour les femmes, et le combat des gynécologues pour diffuser la pilule comme les moyens de cette émancipation. Mais la visée principale de ce combat, telle qu'elle ici énoncée, est de garantir l'équilibre du couple (hétérosexuel) dans la promotion d'une complémentarité entre les sexes. Selon cette conception, les femmes s'accomplissent en tant que femmes en accédant d'abord à la rencontre amoureuse (hétérosexuelle), puis à la grossesse et à l'enfantement.

Cette posture essentialiste fait directement écho au féminisme différentialiste qui s'est développé dans les années 1970 en France, sous l'égide d'Antoinette Fouque (Picq, 2011; Idels *et al.*, 2018), et qui a profondément puisé dans le

52. F. Kowal, 2015, *Être femme, une chance ! Quelle stratégie pour une vraie égalité ?*, Paris, L'Harmattan, p. 11-13 et p.23-25.

courant psychanalytique très fort de l'époque. Ce courant psychanalytique lui-même n'est pas sans influence sur un courant important de la gynécologie médicale, la gynécologie psychosomatique. Développé en France par Hélène Michel-Wolfromm, et orienté vers une prise en charge des difficultés ou dysfonctions sexuelles des femmes, ce courant est cité par plusieurs gynécologues – principalement des femmes – comme ayant été structurant dans leur formation⁵³ (Garcia, 2011, p. 93-106).

Quelles sont les conséquences de cette ambivalence entre féminisme et essentialisation du féminin ? La section suivante cherche à montrer que cela peut conduire, tout en revendiquant le contrôle de la contraception par les femmes comme une avancée importante, à essentialiser la responsabilité contraceptive comme relevant d'une prérogative féminine, ou, en d'autres termes, à cantonner la contraception à une « affaire de femmes ».

...qui contribue à naturaliser la contraception comme une « affaire de femmes »

Cette vision différentialiste contribue à enfermer les femmes dans leur sexe. Comme L. Guyard et L. Ruault le mettent en évidence dans leurs travaux respectifs, la consultation de gynécologie médicale est le lieu de nombreux rappels à l'ordre de la féminité, où les femmes se voient disqualifiées lorsqu'elles s'écartent des normes sociales afférentes à leur appartenance de genre, concernant le souhait ou non d'avoir des enfants, la temporalité des grossesses éventuelles, leur sexualité (supposée hétérosexuelle et orientée vers le coït), ou même en termes esthétiques (remarques sur le poids et injonctions à entretenir un corps jeune, tonique, et désirable) (Guyard, 2008; Ruault, 2015). Par ces rappels à l'ordre du féminin, cette spécialité contribue à exercer un contrôle social sur le corps des femmes, qui passe parfois par une « surveillance douce », voire un auto-contrôle des femmes ayant intériorisé ces normes sur leur propre corps (Memmi, 2003).

Plusieurs enquêtes montrent que la vision différentialiste trouve son prolongement dans l'organisation de l'offre en santé sexuelle et reproductive, et dans les pratiques des professionnel·le·s de santé en matière de prescription contraceptive (Guyard, 2008; Ruault, 2015; Ventola, 2017). C. Ventola (2017, p. 365-78) analyse comment le différentialisme des prescripteurs·trices de contraception en France les conduit à appréhender la responsabilité contraceptive de manière essentialiste. Selon cette vision, les femmes seraient naturellement compétentes et responsables pour prendre en charge la contraception, du fait de leur potentiel gestationnel. À l'inverse, n'ayant pas ce potentiel gestationnel, les hommes seraient naturellement

53. I. Borten-Krivine, *Médecin de femmes. Ce qu'entendent les gynécologues*, 2004, Paris, Albin Michel, p. 31-32; entretien avec Joëlle Brunerie, 23 janvier 2017 à son domicile.

incompétents ou irresponsables en matière contraceptive. Cette vision est d'autant plus forte que le contexte d'organisation de l'offre en santé sexuelle et reproductive en France est sexué et s'adresse principalement aux femmes. C. Ventola souligne par ailleurs qu'en Angleterre, les professionnel·le·s se révèlent plus prudent·e·s face à toute vision essentialiste des compétences contraceptives, et envisagent alors davantage l'offre contraceptive comme devant s'adresser aux deux sexes, quel que soit l'aspect genré de chaque méthode. En France, l'offre contraceptive assurée par des femmes et pour des femmes entérine un dispositif qui les socialise fortement à assumer la responsabilité contraceptive au sein du couple (avec une stigmatisation de celles qui ne se conforment pas bien à ce dispositif), tout en présentant cette forte socialisation comme une compétence naturelle (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2018). C. Thomé met en évidence que même pour un objet plutôt perçu comme masculin, le préservatif, ce sont les femmes qui sont chargées de faire attention ou d'y penser, que ce soit pour la prévention des infections sexuellement transmissibles ou pour la contraception (Thomé, 2016). Outre le fait qu'elles sont davantage la cible de campagnes de santé sexuelle et reproductive, leur médicalisation dès le plus jeune âge, par la consultation en gynécologie, contribue à faire des jeunes filles les principales informées sur les méthodes de prévention et de contraception (Amsellem-Mainguy, 2011).

Or, cette socialisation différenciée entre les sexes à la responsabilité préventive et contraceptive occulte la charge morale et matérielle que peut représenter la gestion de la contraception. Cécile Thomé et Mylène Rouzaud-Cornabas analysent ainsi ce qu'elles appellent le « travail contraceptif » effectué par les femmes en France (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2018). Fruit d'une histoire récente où la contraception a progressivement été médicalisée et féminisée, ce travail est aujourd'hui en grande partie invisibilisé, dans ses aspects matériels comme dans la charge mentale qu'il représente. L'efficacité accrue des méthodes contraceptives fait en effet peser sur les femmes elles-mêmes la responsabilité d'un échec, dans un contexte où les méthodes contragestives sont moins légitimes et moins facilement accessibles que les méthodes contraceptives (Bajos et Ferrand, 2006; Amsellem-Mainguy, 2007; Mathieu et Ruault, 2014), et où la norme contraceptive s'est structurée autour de l'idée de faire des enfants « au bon moment », ni avant, ni après (Bajos *et al.*, 2002). Cette socialisation différenciée souvent perçue sur le mode de l'évidence et renvoyée aux compétences « naturelles » des femmes en matière contraceptive participe de l'assignation des femmes à la sphère reproductive, en faisant découler de leur faculté génésique les compétences naturelles pour le maternage, et en excluant *de facto* les hommes de cette sphère (Ventola, 2017).

Finalement, la gynécologie médicale, telle qu'elle s'est historiquement développée

en France, renferme cette ambivalence entre défense de la « cause des femmes » et solidarité envers les mouvements féministes d'une part, et risque d'enfermement dans une vision essentialisée qui assigne les femmes à la sphère reproductive d'autre part. Au niveau de la contraception, cela se traduit par une socialisation des femmes à la (bio)médicalisation de leur corps qui passe en premier lieu par la prescription de contraceptifs oraux, initialement, au nom du droit des femmes à disposer librement de leur corps. Les gynécologues médicales ont en effet joué un rôle important dans le combat pour l'accès à la contraception, du fait de l'engagement de nombre d'entre elles dans les mouvements de planning familial. Dans le contexte dans lequel la contraception médicale s'est développée en France, marqué par des inégalités fortes au sein du couple hétérosexuel, la contraception aux mains des femmes apparaît comme le moyen pour qu'elles conservent le pouvoir sur leur corps. Cet enjeu s'est avéré primordial pour les femmes en termes d'autonomie et de droits reproductifs et a rejoint de nombreuses préoccupations féministes de l'époque. Ce combat a vu son prolongement dans l'engagement de certaines gynécologues dans les mobilisations pour l'avortement libre dans les années 1970⁵⁴, ou pour l'accessibilité accrue des méthodes contraceptives et contragestives (à l'instar de la mobilisation à la fin des années 1990 pour que la pilule du lendemain soit disponible sans ordonnance, notamment pour les mineures).

Toutefois, l'idée d'une contraception prescrite par les femmes et pour les femmes exclusivement peut induire une naturalisation de cette « compétence » contraceptive, qui occulte la part de travail contenue dans la prévention des grossesses non souhaitées. Cette essentialisation du corps des femmes qui tend à les inscrire dans un destin reproductif – en lien avec une injonction sociale à la maternité – par une spécialité particulièrement féminisée et qui cultive un entre-soi féminin, contribue ainsi à faire de la gestion reproductrice et contraceptive une « affaire de femmes ». Ou, en d'autres termes, la gynécologie se trouve prise dans l'ambivalence entre favoriser les moyens pour les femmes de contrôler leur propre corps (contraception et avortement), et rétablir un contrôle médical de ces corps, parfois empreint d'essentialisme.

Si cette spécialité médicale a particulièrement contribué à la (bio)médicalisation de la contraception, qui passe par la valorisation du recours à la pilule chez les femmes jusqu'à un certain âge (autour de 35-40 ans), puis du DIU, tout en contribuant à l'établissement de la contraception comme une « affaire de

54. L. Ruault réfute toutefois l'idée que les gynécologues se seraient, dans leur grande majorité, engagées pour la liberté de l'avortement. Elle montre dans sa thèse que cet engagement dans les combats pour l'avortement libre a aussi largement été une projection des gynécologues elles-mêmes, qui a alimenté le capital symbolique de la gynécologie, et ce faisant, la légitimité de leurs pratiques médicales (Ruault, 2017, p. 437-59).

femmes », la prescription contraceptive a progressivement été prise en charge et élargie à d'autres professionnel·le·s de santé. Ceci pose la question de comment les normes et les représentations façonnées par les expert·e·s et les spécialistes des enjeux contraceptifs sont ensuite transmises à l'ensemble des prescripteurs·trices. Ou, en d'autres termes, comment le pilulocentrisme élaboré par les expert·e·s et spécialistes façonne à son tour les représentations et pratiques de l'ensemble des professionnel·le·s habilité·e·s à prescrire ?

Chapitre 5

Formation en contraception et pilulocentrisme de la prescription : la norme contraceptive comme norme médicale

Les deux chapitres précédents étaient centrés sur deux groupes spécifiques au sein de la profession médicale ayant un impact particulièrement fort sur l'élaboration de normes en matière de prescription contraceptive : les expert·e·s en contraception, et les gynécologues médicales·aux. Ce chapitre est centré sur les normes médicales transmises à, et reproduites par, l'ensemble des prescripteurs·trices, pour comprendre comment le groupe plus large des médecins participe à façonner l'évidence médicale autour de la pilule contraceptive. Il vise à analyser l'information et la formation des médecins ainsi que les logiques de prescription en matière contraceptive. Il cherche également à comprendre dans quelle mesure la norme contraceptive française est une norme médicale, ancrée dans les pratiques et représentations professionnelles des prescripteurs·trices.

En France, la prescription contraceptive est principalement le fait des médecins généralistes et des gynécologues. Si les données de l'enquête Cocon 2002 révèlent que le choix de la méthode au premier rapport sexuel est davantage celui des femmes elles-mêmes (38 %), d'un·e médecin généraliste ou gynécologue (32 %), ou du partenaire (22 %), les femmes déclarent que la méthode qu'elles utilisent au moment de l'enquête leur a été conseillée ou proposée principalement par des gynécologues (44 % des cas) ou par des généralistes (18 %), soit dans deux tiers des

cas par un·e médecin, et dans 28 % des cas choisie par elles-mêmes¹. Le Planning familial, structure centrale dans la diffusion de l'information contraceptive en France dans les années 1960, occupe en 2002 une place très marginale, puisque 3 % seulement des femmes déclarent avoir choisi leur première méthode sur les conseils du Planning familial, et 1 % déclarent avoir ainsi choisi leur méthode actuelle. Outre le conseil de la méthode, la prescription contraceptive reste, jusqu'en 2006, uniquement confiées aux médecins, à l'exception des Planning familiaux habilités à délivrer des méthodes, et des infirmières·iers scolaires, habilités depuis 2001 seulement à délivrer la pilule du lendemain. Si les gynécologues jouent un rôle prépondérant dans la prescription contraceptive, les généralistes occupent également une place non négligeable. Conseiller et prescrire une contraception constitue toutefois un type particulier de consultation, puisque cela ne se rapporte pas au traitement d'une maladie, et bouleverse le cadre de prescription habituel où ce sont les médecins qui imposent ou proposent et les patient·e-s qui s'exécutent. Lors de la consultation en contraception, il n'y a ni patiente en demande de soin, ni maladie à guérir, mais des personnes *a priori* saines qui demandent des informations pour leur contraception. Il s'agit d'un mode relationnel inhabituel où les médecins sont en position de conseiller·e-s face à une consultante qui pose l'indication de l'acte médical, et pour lequel le médecin n'a pas normalement pas à imposer ses préférences ou représentations (Gelly, 2006). Les travaux de santé publique et de sociologie sur l'efficacité contraceptive et la prévention des grossesses non souhaitées suggèrent par ailleurs qu'une méthode est d'autant plus efficace qu'elle a été choisie par la personne qui l'utilise, et qu'elle est en adéquation avec ses préférences et son mode de vie (Bajos *et al.*, 2002; INPES, 2007; Organisation mondiale de la santé, 2005, 2013).

Ce chapitre vise tout d'abord à étudier dans quelle mesure les médecins sont (in)formé·e-s en matière de prescription contraceptive. Il s'agira de montrer que cette (in)formation, quand elle existe, donne une place prépondérante à la contraception orale, et dans une moindre mesure au DIU, et peu voire pas de place aux autres méthodes contraceptives. Elle est en cela en partie déconnectée des recommandations nationales et internationales en matière de bonnes pratiques médicales.

On distingue plusieurs instances dans la formation des médecins en contraception (et plus généralement dans la formation à divers domaines médicaux). Premièrement, la formation initiale, comprenant la formation universitaire et hospitalière au cours des études, puis au cours de la spécialisation (durant l'internat ou le

1. Je remercie Mireille Le Guen de m'avoir communiqué ces données, non publiées à ma connaissance.

certificat d'études spécialisées). En France, la contraception est la plupart du temps rattachée à des enseignements en gynécologie-obstétrique, et ne constitue pas un domaine médical à part entière. Cette formation est complétée par l'environnement social et professionnel dans lequel évoluent les futur·e·s médecins. Comme l'écrit Maud Gelly, dans son travail sur la contraception et l'avortement dans les études de médecine : « *les facteurs de formation des étudiants [en médecine] sont multiples : il peut s'agir des cours à la faculté, de la préparation de l'internat, des stages hospitaliers, des lectures personnelles, du bruit de fond médiatique autour de questions sociétales, des ressources culturelles personnelles et familiales dont disposent les étudiants, de l'expérience personnelle qu'ont les étudiants-usagers du système de santé, en l'occurrence de l'expérience qu'ont les étudiantes hétérosexuelles de la maîtrise de leur propre fécondité et de l'expérience qu'ont les étudiants hétérosexuels de celle de leurs partenaires.* » (Gelly, 2006, p. 45). Ensuite vient la formation continue, qui intervient lorsque les médecins sont déjà en exercice, et qui doit permettre d'actualiser leur savoirs ou d'étendre leurs champs de compétences. Celle-ci se nourrit, en premier lieu, des cours dispensés par des organismes de formation dédiés, mais également des réunions médicales scientifiques, des congrès médicaux, ou encore des recommandations cliniques de bonnes pratiques élaborées à l'échelle nationale ou internationale. Un troisième élément est constitué par les revues médicales générales et spécialisées, qui apportent des informations médicales et épidémiologiques aux médecins sur les différentes méthodes et les modalités de prescription, et une mise à jour de ces informations. Enfin, une partie de l'actualisation des connaissances des médecins dans un domaine est prise en charge et dispensée par les industries pharmaceutiques, au travers des visiteuses·eurs médicales·aux envoyé·e·s par les firmes (Greffion, 2014), des publicités dans les revues médicales et des brochures sur les nouveaux produits, et du financement de congrès médicaux (Ravelli, 2015)². Cette dernière partie de la formation des médecins n'est pas sans poser un certain nombre de problèmes, notamment de conflits d'intérêts entre les logiques commerciales et économiques portées par les firmes et les logiques médicales et de santé publique devant être portées par les médecins (Greffion, 2011). La formation et l'information contraceptives contribuent à poser le cadre des normes de prescription, qui se basent parfois, mais pas toujours, sur les résultats de l'*evidence-based medicine* et sur les recommandations de bonnes pratiques élaborées en santé publique. Ces normes contribuent donc à façonner les logiques de prescription des professionnel·le·s.

Un second temps de ce chapitre analyse ces logiques de prescription en matière

2. J'analyse plus spécifiquement le rôle des industries dans le façonnement des connaissances médicales en contraception dans les chapitre 6 et 7.

contraceptive. Il s'agira de comprendre dans quelle mesure la formation reçue par les médecins se traduit dans leurs pratiques et représentations professionnelles, et dans quelle mesure cela contribue à hiérarchiser les méthodes recommandées aux personnes qui consultent. Ces logiques de prescription sont appréhendées sur la base des déclarations des médecins sur les méthodes qu'ils ou elles conseillent, recommandent ou prescrivent en consultation – dans une approche complémentaire de l'analyse des pratiques contraceptives réalisée au chapitre 2. S'interroger sur ce qui structure les logiques de recommandation et de prescription, en amont de ce qui est effectivement prescrit, permet ainsi d'appréhender à la fois les représentations des médecins, leurs connaissances et leur expérience en matière contraceptive. Cela permet d'éclairer le rôle que jouent les prescripteurs·trices dans le recours contraceptif, avant que soit prise en compte la demande des femmes (plus rarement, des hommes) lors de la consultation. Dans ce deuxième temps de l'analyse, je m'intéresse donc aux méthodes que les médecins prennent le temps d'évoquer, de présenter, de proposer, ou même dont ils explicitent le fonctionnement au cours d'une consultation. Ces recommandations ou conseils interviennent en effet au cœur du processus de négociation entre le ou la médecin et l'usagère, en amont du choix effectif de celle-ci et de la prescription médicale. Ils sont en partie déterminés par les représentations des médecins sur les différentes méthodes alternatives à la pilule (Buhling *et al.*, 2014; Ventola, 2014) – parfois davantage basées sur des représentations profanes que sur une expérience clinique ou sur des connaissances théoriques – et par leurs propres capacités à les mettre en œuvre, un·e médecin ne sachant par exemple pas poser de dispositif intra-utérin pouvant avoir des réticences à le recommander. Il s'agit au final de montrer dans quelle mesure les logiques de prescription font largement écho à une formation médicale très centrée sur la pilule contraceptive, et dans une moindre mesure sur le DIU.

Ce chapitre s'appuie sur plusieurs types de matériaux qualitatifs et quantitatifs. L'analyse de la formation des médecins en matière contraceptive repose sur les entretiens réalisés avec les expert·e·s en contraception, l'analyse d'archives de presse médicale spécialisée, ainsi que les programmes, cours ou annales du concours de l'internat portant sur les questions contraceptives, lorsqu'ils étaient accessibles (c'est-à-dire principalement sur la période 1985-2000). L'analyse des logiques de prescription en matière contraceptive se nourrit également des entretiens, mais repose surtout sur le traitement secondaire de deux enquêtes quantitatives (voir encadré 5.1). L'une, dite « Enquête Stérilet 1977 »³, réalisée en 1977 par le service

3. « Enquête sur les attitudes des médecins généralistes et gynécologues à l'égard du stérilet », juillet 1977, Service de maternité de l'hôpital Boucicaut, Centre d'archives du Féminisme, Angers, Fonds Pierre Simon, 17 AF 17.

de maternité de l'hôpital Boucicaut, porte sur deux échantillons aléatoires de généralistes et de gynécologues, et analyse la fréquence de prescription et de conseil des différentes méthodes contraceptives, ainsi que les représentations des professionnel·le·s vis-à-vis du dispositif intra-utérin⁴. L'autre enquête est l'enquête Fecond 2010, volet « médecins », réalisée auprès de 1001 médecins gynécologues et généralistes exerçant en cabinet de ville (partiellement ou exclusivement)⁵. Ces deux enquêtes permettent de retracer les logiques de prescription des médecins, et les éventuelles différences d'attitudes prescriptives entre généralistes et gynécologues, ce qui, *in fine*, peut permettre d'établir un lien entre le type de formation reçue et les méthodes recommandées⁶. Les deux catégories de médecins, généralistes et gynécologues, sont en effet les deux catégories de professionnel·le·s en charge de la prescription contraceptive en France, entre la fin des années 1960 où la prescription est légalisée par la loi Neuwirth, et 2006, où la prescription est légalement étendue aux sages-femmes. Toutefois, ces deux spécialités diffèrent, tant par la formation reçue en contraception que par les caractéristiques de leur patientèle et par la variété des méthodes contraceptives conseillées ou prescrites. Ce chapitre rend compte de cette variabilité des pratiques et des représentations en contraception, en fonction des professionnel·le·s considéré·e·s.

4. Les résultats de l'enquête sont accessibles en version papier dans les archives de Pierre Simon au Centre d'archives du féminisme à la bibliothèque universitaire d'Angers (Fonds Simon, 17 AF 17). Pour cette enquête, je ne dispose donc que des résultats publiés dans les archives que j'ai consultées, et non de la base de données originale, ce qui limite les possibilités de recodages et traitements.

5. L'analyse des logiques de prescription contraceptive dans cette dernière enquête a fait l'objet d'une publication en collaboration avec Cécile Ventola et Nathalie Bajos dans la revue *Sciences sociales et santé*. Voir Roux *et al.* (2017).

6. L'enquête de 2010 peut paraître trop récente aux regards de ma période d'analyse et des autres matériaux collectés. Mais au contraire, elle est particulièrement intéressante, car la plupart des personnes interrogées en 2010 sont des personnes qui ont été formées dans les années 1980 ou 1990 à la prise en charge contraceptive, au moins pour leur formation hospitalière. Cet échantillon permet donc d'établir une continuité entre la formation reçue au moment où l'enseignement sur la contraception s'institutionnalise dans les facultés de médecine, et les logiques de prescription qui en découlent quelques années plus tard.

ENCADRÉ 5.1 – Les enquêtes Stérilet 1977 et Fecond 2010 (volet médecins)

L'enquête Stérilet 1977 a été réalisée par le service de Maternité de l'hôpital Boucicaut. Financée par le Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale, sur proposition du Conseil supérieur de l'Information sexuelle, de la Régulation des naissances et de l'Éducation familiale, cette enquête visait à investiguer les raisons pour lesquelles le DIU n'était pas davantage utilisé en France à l'époque, notamment par rapport à la pilule, car il présente de nombreux avantages (efficacité similaire et moindres problèmes d'observance). Pour cela, l'enquête entendait mesurer les comportements de prescription et les attitudes des prescripteurs·trices vis-à-vis des différentes méthodes, et particulièrement les attitudes des généralistes, qui ont à jouer le premier rôle en matière d'information et de prescription dans le domaine de la contraception. Après une phase exploratoire, l'enquête nationale a été réalisée en mai 1977 par voie postale, auprès de médecins tiré·e·s aléatoirement dans les listes du Guide Rosenwald (annuaire des médecins en France), et a permis de recueillir les réponses de 400 généralistes et 280 gynécologues, soit des taux de réponses respectifs de 40 % et 70 %, ce qui correspond aux taux de réponses habituels dans les enquêtes par questionnaires auprès de médecins.

L'enquête Fecond 2010 (Fécondité-Contraception-Dysfonctions sexuelles, dir. N. Bajos et C. Moreau, coord. A. Bohet) visait à explorer divers enjeux en santé sexuelle et reproductive du côté des différent·e·s acteurs·trices impliqué·e·s (femmes, hommes, médecins), et à pallier le manque d'études sur l'implication des hommes et des professionnel·le·s de santé dans ce domaine. Le volet « Médecins » de l'enquête rend compte de la formation, des pratiques et des représentations des gynécologues et des généralistes, pratiquant en cabinet en France métropolitaine (ils peuvent exercer dans d'autres lieux mais au moins une partie de leur activité se déroule en cabinet de ville). L'enquête, réalisée en 2011 après un tirage aléatoire stratifié sur la spécialité (à partir de la base Adélie de la CNAMTS, contenant le nom, la spécialité, les adresses et numéros de téléphones professionnels des médecins), a permis d'interroger 1 011 médecins généralistes ou gynécologues exerçant en cabinet de ville. Une lettre adressée aux médecins présentait l'enquête et offrait la possibilité de remplir le questionnaire par Internet, ou de renvoyer une version papier par la poste. Pour améliorer la participation, deux lettres de relance ont été envoyées, et une relance téléphonique a été effectuée, avec un taux de réponse final de 45 %. Il est probable que l'échantillon constitue surreprésente les médecins qui se sentent concerné·e·s ou du moins intéressé·e·s par les enjeux de santé sexuelle et reproductive.

La mise en parallèle de ces deux enquêtes est intéressante. Si les questions que j'ai analysées ne sont pas toujours strictement identiques d'une enquête à l'autre, toutes deux comparent les attitudes prescriptives et la formation des généralistes et gynécologues sur une diversité de méthodes contraceptives. Les deux visaient une représentativité nationale et ont eu des taux de réponse similaires. Le recours aux données de 2010 peut paraître dépasser le cadre temporel de mon analyse, mais ces données renseignent sur la formation antérieure des médecins, et sur leurs pratiques et leurs représentations, qui possèdent une relative stabilité au cours du temps, comme le montre ce chapitre. Dans l'échantillon de médecins de l'enquête, on note que seul·e·s 15 % des généralistes et 7 % des gynécologues exercent depuis moins de dix ans. Le reste des médecins, soit la très grande majorité de l'échantillon, a commencé à exercer avant 2000, et a, *a fortiori*, été formé avant cette date.

5.1 Comment sont formé·e·s les prescripteurs·trices ? L'évolution de la formation et de l'information contraceptives en France (1960-2010)

5.1.1 Des conférences en sous-sol aux formations à l'hôpital : la progressive institutionnalisation de la formation en contraception

Jusqu'à la loi Neuwirth de 1967, la diffusion de l'information contraceptive demeure interdite, au sein de la profession médicale comme auprès du grand public, et ce domaine d'étude est peu valorisé, comme en témoignent les prises de position de l'Ordre des médecins au début des années 1960 (chapitre 2). Pourtant, dès 1961, le MFPPF entreprend de diffuser des informations sur les différentes techniques contraceptives, et le Collège des médecins du Planning, créé en 1962, se donne également pour mission de former les médecins à la prescription contraceptive (chapitre 3).

Les années 1960 sont en fait remarquables par leur absence de formation hospitalière en matière contraceptive, la formation en contraception étant principalement assurée par ces expert·e·s en dehors de l'hôpital, souvent à destination des gynécologues, comme en témoignent les propos de Joëlle Brunerie :

« Au sein du planning familial, vous étiez formée par... »

- Des médecins.

- Les fondateurs ?

- Oui, oui oui, les Rozenbaum etc. (...) c'était des Jacqueline Kahn-Nathan, c'était des gens comme ça. (...) Ça je peux en témoigner, jusqu'en 69, on avait zéro enseignement sur la pilule. Donc tout venait du Planning familial, c'est vraiment par le planning qu'on apprenait (...), parce que dans nos cours autrement... (...) C'était pas du tout du tout sur la contraception. (...)

- *Et donc il y avait ce CES de gynécologie à Paris, mais la formation en contraception auprès du planning, ç'aurait pu être ailleurs qu'à Paris... ? Enfin par exemple à Grenoble... ?*

- Oui à Grenoble, oui bien sûr, mais à Grenoble, je pense que c'était dans les locaux du Planning aussi, c'était pas à l'hôpital.

- *Mais en contraception, vous auriez pu vous former à pleins d'endroits... ?*

- Oui, je pense... Moi c'était par la MNEF, c'était par les mouvements militants. (...) Les médecins classiques, ne voulaient pas s'occuper de ça. (...) Je peux dire qu'il y avait pas d'enseignement, du tout, sauf par le Planning, ça c'est sûr. »

Formation en contraception et pilulocentrisme de la prescription : la norme contraceptive comme norme médicale

(Joëlle Brunerie, ancienne gynécologue médicale, ancienne militante au MLAC et au GIS, entretien du 23 janvier 2017 à son domicile)

Ainsi, jusqu'à la mise en place de formations à la contraception dans les universités de médecine, les savoirs sur la contraception sont principalement transmis par les médecins du MFPPF, notamment ceux et celles de son Collège médical, auprès de médecins qui recherchent spécifiquement ce type de formation, inaccessible ailleurs en France. La citation suggère également que même pour des médecins en cours de spécialisation de gynécologie, aucune formation universitaire n'était dispensée dans les années 1960. Un article de Danielle Krulik dans la revue *Fertilité, contraception* précise que le premier cours de contraception organisé en France de façon officielle a eu lieu du 4 au 8 novembre 1968, à l'hôpital Broca⁷. L'article résume le contenu de cet enseignement, dont on retiendra l'intervention de Raoul Palmer, qui divise les méthodes contraceptives en deux groupes : « méthodes anciennes » (plus de 25 ans d'expérience, dont l'innocuité est vérifiée), et les « méthodes récentes » (pilules et stérilets), qui nécessitent une certaine prudence. Selon ce même article, « le procédé idéal de contraception devrait être **efficace, réversible** (grossesse survenant dans les deux mois qui suivent l'arrêt de la méthode), **sans danger immédiat et sans danger à distance pour un fœtus, acceptable pour tous**. Or actuellement, aucune méthode n'est acceptable pour tous et le stérilet est la seule méthode qui ne comporte aucune contrainte pour le couple. » L'article parle également de l'écart entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique. Ce cours semble donc se prononcer en faveur du DIU, mais dans le même temps exprime des réticences : « le stérilet ne devrait être mis en place que si le médecin a la conviction que toutes les autres méthodes ne pourront être appliquées. » Plus tard dans cette même publication, Jacqueline Kahn-Nathan précise que le DIU est « une méthode particulière qui ne peut s'appliquer qu'à une femme en parfait être gynécologique et ne désirant plus avoir d'enfant. » (p. 29). Ainsi, en même temps que la prudence est préconisée à l'égard des contraceptifs oraux, et que la contraception est définie comme devant répondre au choix des usager·e·s (chapitre 3), le DIU est défini comme une méthode plus pratique que la pilule, mais n'est considéré que comme une contraception d'arrêt.

La loi Neuwirth institue en 1967 la prise en charge de la prescription des contraceptifs par les médecins, mais rien n'est dit dans la loi de l'obligation de formation des professionnel·le·s prescripteurs·trices⁸. Ce n'est que dans la loi du 31

7. Danielle Krulik, « Hôpital Broca - Novembre 1968 - Journées de contraception », *Fertilité, Orthogénie*, janvier 1969, Centre d'Archives du féminisme, Fonds Pierre Simon, 17 AF 21.

8. À l'inverse, le personnel des centres « d'information, de consultation ou de conseil familial » voient leurs conditions d'exercice très tôt régulées, avec une obligation de formation formulée dès

décembre 1979 relative à l'interruption de grossesse (loi qui entérine la loi Veil de 1975) qu'est précisée pour la première fois une obligation de formation des médecins sur la contraception⁹. Ainsi, de 1967 à 1980, les facultés de médecine pouvaient proposer un enseignement sur la contraception mais n'en avaient pas l'obligation. Dans les faits, les formations continuaient d'être dispensées principalement par les médecins du Collège médical du MFPP, souvent en collaboration avec des laboratoires pharmaceutiques qui prêtaient des locaux pour faire les réunions (session de formation du 6-7 juin 1969 aux laboratoires Byla), comme en témoignent Irène Borten et Henri Rozenbaum :

« Il y a eu des sociétés, qui tous les ans se réunissaient, alors là il y avait vraiment trois jours de travail, enfin d'informations, de mises à jour (...) Et la formation en contraception a été progressivement incluse dans le cursus universitaire, même si ça occupe très peu d'heures dans le cursus, mais il y a eu une arrivée de la formation en contraception à l'hôpital, quand même un petit peu... »

(Irène Borten, ancienne gynécologue médicale, ancienne militante du MLAC, entretien du 22 mars 2016 à son domicile)

« Il y a beaucoup à dire sur la formation qu'on reçue les médecins...

- *On peut en parler si vous voulez...*

- Oh eh bien sur la contraception c'est vite fait : elle était pas enseignée en fac pendant des années. Et puis quand elle a commencé à être enseignée, c'était une petite heure sur sept années d'étude. (...)

- *Et du coup j'imagine que la formation ou l'information des médecins sur la contraception (...) elle se fait aussi pas mal par les revues ou l'information des congrès...*

- Les congrès, les conférences, les revues oui bien sûr (...)

- *Et vous pensez que la contraception s'est plus vite diffusée auprès des médecins en cabinet de ville qu'à l'hôpital justement parce qu'il y avait cette demande des femmes... ?*

1972 (décret du 2 décembre 1972), et répétée à deux reprises (décret du 7 octobre 1976, décret du 1^{er} octobre 1977).

9. Loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, article 2 : « Il est ajouté à l'article 13 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 un deuxième alinéa ainsi rédigé : La formation initiale et la formation permanente des médecins, des sages-femmes, ainsi que des infirmiers et infirmières comprennent un enseignement sur la contraception. » L'article 13 susmentionné précisait, en 1975 : « En aucun cas l'interruption volontaire de la grossesse ne doit constituer un moyen de régulation des naissances. À cet effet, le Gouvernement prendra toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée, dans les centres de protection maternelle et infantile, de centres de planification ou d'éducation familiale et par l'utilisation de tous les moyens d'information. »

- Ah oui. Absolument. Absolument et puis comme je vous le disais c'était pas enseigné en faculté, donc les médecins ne pouvaient se recycler que dans les enseignements qui étaient faits à droite et à gauche donc sous l'égide des associations médicales respectives, donc effectivement ça diffusait en-dehors de l'hôpital. »

(Henri Rozenbaum, gynécologue médical, ancien membre du Collège médical du Planning familial, entretien du 10 septembre 2016 à son domicile)

Comme le suggèrent ces deux extraits, si la formation universitaire en contraception s'institutionnalise, elle reste peu développée, et limitée à une ou quelques heures dans le cursus. La formation des médecins consiste alors en une formation continue, au cours de leur vie professionnelle, auprès des sociétés ou associations médicales (le Collège médical du MFPPF et la Société française de gynécologie, notamment). Le cours dispensé en 1968 à l'Hôpital Broca (cité précédemment) et les analyses développées au chapitre 3 suggèrent que ces enseignements proposent une vision assez large de la contraception, comme une panoplie de méthodes et de techniques avec des avantages et des inconvénients, à destination des femmes et des couples, pour contrôler leur fécondité. La pilule n'apparaît pas encore, dans les années 1960 et 1970, comme une méthode totalement efficace avec très peu d'inconvénients, mais comme un procédé avec certains effets indésirables, pas toujours bien toléré, et pouvant poser des problèmes d'observance.

Ces formations sont limitées aux médecins qui font la démarche de se former, et ne concerne pas l'ensemble du corps médical, alors qu'*a priori* tou·te·s les médecins sont habilité·e·s à prescrire. À partir de 1980, un enseignement sur la contraception est rendu obligatoire dans la formation initiale et dans la formation permanente des médecins (ainsi que d'autres professionnel·le·s non autorisé·e·s à prescrire, comme les sages-femmes et les infirmier·e·s). Comment cela se traduit-il, concrètement, dans la formation en contraception des médecins, au moment de leurs études, puis plus tard, au cours de l'activité professionnelle ?

5.1.2 Une formation initiale lacunaire et pilulocentrique

La médecin et sociologue Maud Gelly a étudié le contenu de la formation des médecins sur la contraception et l'avortement au début des années 2000 (Gelly, 2006). Dans ce travail, elle s'intéresse à la formation de deuxième cycle des études de médecine (de la 3^e année à la 6^e année), tronc commun qui concerne tou·te·s les futur·e·s médecins, et à la formation de troisième cycle, après le concours de l'internat et pendant la spécialisation (qui comporte la formation clinique pratique,

à l'hôpital ou dans des cabinets privées, avant la pratique professionnelle)¹⁰. Elle raconte les difficultés qu'elle a eues à retracer les enseignements universitaires sur la contraception depuis la loi Neuwirth dans les facultés de médecine. Et pour cause, ni les annales, ni les programmes d'internat ne sont conservés par les facultés la plupart du temps. Ayant cherché à se limiter à la consultation des programmes entre 1993 et 2003, elle raconte ses difficultés d'y accéder, même en contactant chacune des 45 facultés de médecine en France. Son travail porte ainsi sur les annales de l'internat entre 1993 et 2001¹¹, qu'elle confronte à l'intitulé du programme officiel de la faculté de Bichat en 2002-2003, pour l'étude du second cycle de formation médicale. Ce travail sur la formation durant le deuxième cycle des études est complété par un questionnaire et des entretiens auprès de médecins en troisième cycle de formation, afin d'évaluer les représentations professionnelles et personnelles appelées à nourrir la pratique de ces futur·e·s praticien·ne·s.

Officiellement le programme de l'internat tel qu'il existe en 2001 prévoit de savoir « *prescrire et expliquer une contraception ; discuter les diverses possibilités de prise en charge d'une grossesse non désirée ; discuter les indications de la stérilisation masculine et féminine.* » (Bulletin officiel 2001, p. 1638, cité dans Gelly, 2006, p. 31). Un stage en gynécologie est également rendu obligatoire avant le concours de l'internat pour tou·te·s les futur·e·s médecins. Mais dans les faits, M. Gelly indique que dans la faculté où elle a fait ses études de médecine (Bichat), deux heures sont consacrées à la contraception dans tout le cursus médical, et que les étudiant·e·s qu'elle a pu interroger ont pour la plupart fait leur stage de gynécologie aux urgences ou dans des consultations d'infertilité, et ont donc été très peu confronté·e·s et initié·e·s à la prise en charge contraceptive.

Dans le corpus d'annales qu'elle a étudié, elle montre que les questions sur la contraception ou sur l'avortement sont particulièrement sous-représentées dans l'ensemble des questions posées à l'internat, ce qui témoigne de leur faible poids dans la hiérarchie des savoirs médicaux communs à tou·te·s les médecins, et peut se répercuter sur le faible poids que leur accorderont les étudiant·e·s dans leur révisions, orientées vers les questions qui sont susceptible de tomber au concours. Ainsi, elle montre que pour le concours de l'internat, « *la maîtrise de la fécondité semble moins importante que la fécondité elle-même* » (Gelly, 2006, p. 37). Si

10. Les études de médecine se divisent en trois cycles : un premier cycle de deux années, comprenant le concours d'entrée en médecine et une année de consolidation des acquis théoriques ; un deuxième cycle d'externat, qui allie apprentissages théoriques à la faculté et apprentissages cliniques à l'hôpital, et qui débouche sur le concours de l'internat ; un troisième cycle qui correspond à la spécialisation et à la professionnalisation des futur·e·s médecins, principalement constitué de la pratique clinique en milieu hospitalier ou en cabinet médical, et des enseignements théoriques correspondants à la spécialité choisie.

11. Un volume compile toutes ces annales et les classe par thématique.

parmi les questions portant sur les prescriptions et la pharmacologie, 7,1 % portent sur la contraception, ces questions portent quasi-exclusivement sur les contraceptifs oraux. M. Gelly en conclut que la contraception est essentiellement abordée dans les programmes de l'internat sous l'angle pharmacologique, avec une très forte hégémonie de la pilule, que l'auteure met en relation avec une faible connaissance des autres méthodes par les médecins. « *Il ressort donc des annales de l'internat que la maîtrise de la fécondité ne fait pas pleinement partie de la vie normale des femmes, alors qu'elle fait bien partie des savoirs à acquérir par les médecins, mais sous une acception très restrictive qui occulte l'avortement et fait de la pilule la seule méthode contraceptive digne de reconnaissance par le concours, donc la seule digne de connaissance pour les étudiants* » (Gelly, 2006, p. 40). Elle montre enfin que l'enseignement focalisé sur les contraceptifs oraux et les DIU tend à renforcer la norme contraceptive française, qui fait de la pilule la première contraception de choix des femmes, et du DIU son principal relais, en cas de contre-indication ou passé un certain âge, et qui pose l'avortement comme acte dramatique et comme échec (individuel) de l'une de ces deux méthodes. Cette dramatisation de la contraception (et plus encore de l'avortement) portée par l'enseignement médical sur la contraception se retrouve très largement, selon l'auteure, dans les discours des étudiant·e·s de sixième année et des internes.

Pour compléter et affiner les analyses proposées par Maud Gelly sur une période plus large, j'ai consulté trois autres volumes d'annales d'internat. L'un porte sur les années 1985 à 1987, et, publié en 1988, il peut donner une indication sur le contenu de la formation initiale en contraception au milieu et à la fin des années 1980¹². Le second porte sur des annales de questions à choix multiples (QCM) allant de 1988 à 2000, publiées en 2001¹³. Enfin, le dernier porte sur des cas cliniques également donnés au concours de l'internat, publié en 1997¹⁴. L'enseignement de la contraception n'étant rendu obligatoire dans les études de médecine qu'à partir de 1980, le matériau étudié donne une idée de comment se transcrit cette obligation de formation dans les programmes et la préparation des concours durant les deux décennies suivantes¹⁵. J'ai également pu trouver un cours de préparation à

12. P. Colonna et G. Barrès, 1988, *Les annales officielles par spécialité corrigées et commentées : internats 1985-1986-1987, Tome 2, Endocrinologie-métabolisme ; génétique ; gynécologie-obstétrique ; hématologie*, Paris, La Revue d'éducation médicale.

13. L. Gavard, 2000, *Annales de l'internat 1988-2000 : gynécologie, obstétrique*, Paris, Med-Line.

14. B. Bajer et A. Khazraï, 1997, *50 dossiers préparation internat : avec iconographie et grille de réponses*, Paris, Estem.

15. À noter que ces annales ne sont pas facilement disponibles, la plupart des bibliothèques de facultés n'ayant pas conservé de vieux volumes d'annales qui apparaissent comme rapidement dépassés, du fait de l'évolution des programmes comme des pratiques médicales. Ce, d'autant plus que de nouveaux volumes d'annales spécialement réactualisés pour le passage, en 2004, du concours de l'internat à l'Examen Classant National reprennent et mettent à jour ces annales

l'internat de 1985 (publié en 1986), dispensé par le docteur Hervé Fernandez dans le service du professeur Papiernik à l'hôpital A. Beclère à Paris¹⁶. La confrontation de ce cours aux annales du milieu des années 1980 et de la décennie 1990 permet de dégager aussi bien l'importance accordée à la contraception dans l'enseignement en gynécologie-obstétrique, que le contenu de la formation théorique dispensée aux futur·e·s médecins.

Le cours de préparation à l'internat dispensé en 1985 dans un hôpital parisien renommé se structure en deux chapitres : l'un sur les contraceptifs oraux, l'autre sur les dispositifs intra-utérins. Un troisième chapitre porte sur l'avortement. Ces cours se centrent sur des aspects techniques des méthodes, sur leur mode d'action physiologique, leurs indications et contre-indications, et sur le suivi médical en cas de prescription de contraceptifs oraux ou de pose d'un DIU. On y apprend que l'efficacité des contraceptifs oraux comme des dispositifs intra-utérins est évaluée par l'indice de Pearl (le cours ne précise pas la distinction entre efficacité théorique et efficacité pratique).

Le cours sur les contraceptifs oraux est centré sur la description pharmacologique des différentes pilules œstro-progestatives et progestatives, et renseigne sur les indications et contre-indications de ces différents produits. Il précise que :

« Le profil idéal de l'utilisatrice des estro-progestatifs est le suivant : c'est une femme bien réglée, sans antécédent pathologique notable personnel et familial, ayant fait éventuellement la preuve de sa fécondité, et qui a entre 18 et 40 ans. Chez cette femme, ni l'interrogatoire, ni l'examen clinique général et somatique n'aura décelé : d'obésité, d'H.T.A.[hypertension artérielle] (supérieure ou égale à 14/9), d'hérédité cardiovasculaire, d'atteinte hépatique, de tumeur du sein ou génitale, de tabagisme (Q.S. : contre-indications absolues et relatives). (...) À partir de 40 ans, les dispositifs intra-utérins et la contraception mécanique représentent une alternative préférentielle à la contraception orale, car c'est la période de risque maximal pour les accidents graves des O.P., en particulier thrombo-emboliques (se méfier du tabac, de l'H.T.A., de l'obésité). »¹⁷

Le cours précise également que les contraceptifs oraux peuvent être utilisés comme contraception après des rapports sexuels supposés fécondant, comme suit :

en fonction des attentes et recommandations de bonnes pratiques actuelles, à l'instar de ce volume, publié en 2016 : David Perrot *et al.*, *Annales officielles : QCM – 1985 à 1994 : 29 spécialités : QCM actualisées pour l'iECN ; suppression des questions obsolètes ou inadaptées à l'iECN*, Med-Line, Paris.

16. H. Fernandez, 1986, *Gynécologie obstétrique III, enseignement en trois volumes*, Asnières, Indigo éditeur, collection « Internat : programme national ».

17. *Ibid.*, p. 20-22.

« Prescrite dans les 72 premières heures. Soit 10 comprimés par jour d'E.E.[Ethinyl-estradiol] à 50 gammas pendant 5 jours. Soit 2 comprimés d'O.P., normodosés, type Stédiril, renouvelés 12 heures après, et complétés jusqu'aux prochaines règles par un comprimé par jour. »¹⁸

Le cours sur les DIU prend le temps de rappeler certaines généralités juridiques sur le cadre de la prescription de cette méthode¹⁹ (ce que ne faisait pas le cours sur la contraception orale), avant de préciser que : « l'indication première des D.I.U. est représentée par l'alternative à la contraception hormonale chez les multipares, ou à une contre-indication temporaire des estro-progestatifs (après hépatite virale). Chez les nullipares, l'indication du stérilet doit rester exceptionnelle et réservée essentiellement aux contre-indications des autres méthodes contraceptives. »²⁰ La nulliparité (et la nulligestation) sont rappelées ensuite dans les contre-indications relatives. Le cours précise enfin que la méthode peut être utilisée comme contraception du lendemain, dans les 72 heures qui suivent un rapport survenu en période d'ovulation, puis se termine sur les risques et complications associées à cette méthode. Il ressort donc de ces cours que la pilule contraceptive est la principale méthode de contraception, le DIU étant la principale méthode de relais en cas de contre-indication aux œstro-progestatifs et aux progestatifs. Ces cours proposent également une vision du DIU comportant davantage de complications, nécessitant davantage de précautions (juridiques et médicales), et dont l'usage est plus limité que les contraceptifs oraux. Enfin, la contraception, du point de vue de l'enseignement médical qui en est fait, se résume à ces deux méthodes dont on ne considère que l'efficacité théorique, et la consultation en contraception se limite à déceler les contre-indications éventuelles à leur prescription.

Mes consultations d'annales d'internat confirment l'analyse faite par Maud Gelly d'une très grande hégémonie des contraceptifs oraux dans les questions portant sur la contraception. Dans les annales de l'internat par spécialité de 1985-87, 28 sur 208 questions à choix multiples de gynécologie-obstétrique portent sur la contraception, soit 13,4 %, une proportion non négligeable²¹. Mais parmi ces vingt-huit questions, vingt portent sur les contraceptifs oraux, et traitent quasi-exclusivement de leurs indications et contre-indications ou de leur composition

18. *Ibid.*, p. 22.

19. Rappel de l'arrêté et du décret d'application qui réglementent la pose du DIU, stipulant notamment « que seul un médecin peut poser un D.I.U. et qu'il doit déclarer au médecin inspecteur départemental de la santé, qu'il possède les installations nécessaires à la pose d'un D.I.U. (table gynécologique, matériel de stérilisation, pièce de repos, plasma sec, analeptique cardiovasculaire, appareillage pour perfusion. » (*Ibid.*, p. 30.)

20. *Ibid.*, p. 30.

21. J'ai également consulté les questions d'endocrinologie dans ces mêmes annales. Aucune ne portait sur la contraception hormonale. J'en conclus que les questions de contraception sont rassemblées, pour ce concours, dans la spécialité de gynécologie-obstétrique.

pharmacologique. Cinq questions portent sur les DIU, et uniquement sur les contre-indications ou pathologies induites par cette méthode. Trois questions traitent de la contraception de manière plus générale : une sur l'information obligatoire dans les suites d'une IVG, une deuxième sur quelle contraception prescrire en cas de contre-indications conjointes de la pilule et du DIU. La troisième question porte sur l'efficacité des méthodes, et est particulièrement intéressante à analyser :

« Certaines méthodes de contraception sont considérées comme très fiables avec un indice de Pearl théorique inférieur à 2 % ; citer cette ou ces méthodes, parmi les suivantes :

- A.- Le coït interrompu
- B.- Le stérilet au cuivre
- C.- La méthode du calendrier
- D.- La pilule classique normodosée
- E.- Les spermicides

Corrigé : Seules les méthodes contraceptives par stérilet et la contraception hormonale sont fiables. L'indice de Pearl est de 4,7 à 8 pour les spermicides, 17 % d'échec pour le retrait et 30 % d'échec avec la méthode du calendrier. »²²

Cette question et son corrigé sont intéressants à plus d'un titre. D'abord, ils n'opèrent pas la distinction entre efficacité théorique et efficacité pratique, se référant à un « indice de Pearl théorique » (l'indice de Pearl étant déjà en lui-même utilisé la plupart du temps comme indicateur d'efficacité théorique). Ensuite, le corrigé suggère, sur la base de cet indicateur, que seules la contraception orale et les DIU sont fiables, dessinant ainsi une sorte de frontière entre méthodes que les médecins peuvent recommander parce que « fiables », et méthodes non recommandables car non fiables, et ce, sans se baser aucunement sur l'efficacité pratique des méthodes, ni même sur les choix ou préférences des personnes qui consultent pour une contraception. C'est seulement en cas de contre-indications à ces deux méthodes jugées dignes de prescription que d'autres méthodes sont envisagées. La question précédente, sur que faire en cas de contre-indications à la pilule et au DIU, suggère de prescrire une contraception locale de type diaphragmes et spermicides : dans ce cas, l'inefficacité supposée de ces méthodes ne semble plus tant poser de problème à leur recommandation.

En outre, parmi les trente-trois cas cliniques en gynécologie-obstétrique présentés dans ce même recueil d'Annales, deux seulement traitent de contraception, et

22. P. Colonna et G. Barrès, 1988, *Les annales officielles par spécialité corrigées et commentées : internats 1985-1986-1987, Tome 2, Endocrinologie-métabolisme ; génétique ; gynécologie-obstétrique ; hématologie*, Paris, La Revue d'éducation médicale.

portent en fait sur des cas d'infections sous DIU²³. Enfin, parmi les cinq « dossiers diagnostic » de gynécologie-obstétrique dans ce volume, un seul dossier porte sur la contraception, avec un cas de grossesse extra-utérine sous DIU. Les annales du milieu des années 1980 dessinent donc pour les candidat·e·s au concours de l'internat une vision de la contraception centrée sur la pilule et le DIU, seules méthodes jugées efficaces. Mais le DIU est principalement présenté sous l'angle de complications potentielles, ou comme relais de la pilule en cas de contre-indications aux œstro-progestatifs. Ces annales s'inscrivent dans une parfaite cohérence avec le cours précédemment analysé.

Qu'en est-il dans la décennie qui suit ? Le volume d'annales allant de 1988 à 2000, publié en 2001²⁴, confirme ces analyses. Parmi les vingt-six questions à choix multiples portant sur la contraception dans ce volume, dix-neuf questions portent sur les contraceptifs oraux, soit presque les trois quarts, les sept autres questions portant sur les dispositifs intra-utérins (6) et sur la contraception d'urgence (1). L'ensemble des questions portent par ailleurs principalement sur des aspects techniques et pharmacologiques, sur les indications, contre-indications ou interactions des produits avec d'autres médicaments, à l'exception de quatre questions qui portent sur des aspects légaux (sur les conditions de délivrance d'une pilule ou de pose d'un DIU).

Plus intéressant encore sont les cas cliniques proposés aux étudiant·e·s dans le troisième recueil d'annales de concours que j'ai analysé, datant de 1997²⁵. Les cas cliniques, davantage encore que les questions à choix multiples, permettent d'évaluer non seulement les connaissances des futur·e·s médecins, mais surtout comment sont façonnées leurs logiques de prescription en contexte de consultation, devant une demande particulière. Sorte de modèles typiques de consultations, ces cas cliniques et leurs corrigés révèlent les recommandations professionnelles sur les « bonnes pratiques » à adopter pour telle ou telle demande, et sur la façon dont doit être menée l'interaction. Ils renseignent également sur les représentations que se forge le corps médical de la demande adressée par les personnes qui consultent, en l'occurrence la demande contraceptive ou abortive. Le recueil d'annales étudié présente deux cas cliniques sur la contraception, que je retranscris et que j'analyse ci-dessous :

« Dossier n° 20 : Une demande de contraception orale

23. Les autres cas cliniques portent sur des cas de cancers ou d'autres affections gynécologiques diverses, et sur des suivis de grossesse.

24. L. Gavard, 2000, *Annales de l'internat 1988-2000 : gynécologie, obstétrique*, Med-Line, Paris.

25. B. Bajer et A. Khazraï, 1997, *50 dossiers préparation internat : avec iconographie et grille de réponses*, Paris, Éd. Estem.

Mademoiselle P., 17 ans, consulte pour une demande de contraception orale

1. Quel est l'indice utilisé pour évaluer l'efficacité des moyens contraceptifs ? Donner sa définition. Quelle est sa valeur pour les pilules œstroprogestatives ? Pour les micropilules progestatives ? Pour les dispositifs intrautérins ?
2. Vous allez rechercher des contre-indications à la contraception œstroprogestative orale par l'interrogatoire. Quels en sont les points principaux ?
3. Votre examen clinique complet recherche également des contre-indications à la contraception orale œstroprogestative. Quels en sont les points principaux ?
4. Vous ne trouvez à priori pas d'obstacle à cette prescription. Vous devez toutefois pratiquer un certain nombre d'examen complémentaires avant d'autoriser cette contraception. Lesquels ?
5. Cette fille n'a finalement aucune contre-indication à la contraception orale œstroprogestative, a des cycles réguliers et des règles non douloureuses ; quel type de pilule allez vous prescrire en première intention ? (donnez un exemple)
6. Au cas où mademoiselle P. se soit plainte d'une acné sévère, quelle pilule auriez-vous plutôt prescrit ? Pourquoi ? »²⁶

Ce cas clinique n'interroge les étudiant·e·s que sur l'efficacité théorique des méthodes (indice de Pearl), réitérant ainsi la frontière entre méthodes « efficaces » et méthodes pas assez efficaces, donc à ne pas recommander. Le déroulé de l'examen décrit ne se base que sur les caractéristiques de la consultante (âge, antécédents, tabagisme), et part du principe qu'elle accepte passivement ce que le·la médecin prescrit. Rien n'est dit dans ce cas clinique sur la contraception d'urgence, suggérant que son évocation ne fait pas partie de la consultation pour une demande de contraception orale (ou de contraception plus généralement). Enfin, de manière intéressante, le corrigé de la question 5 proposant de donner des exemples de pilules propose les marques suivantes : Mercilon, Cycleane 20, Cycleane 30, Varnoline, Cilest, Moneva, Minulet, Minidril. L'ensemble des marques citées sont des pilules de troisième génération alors non remboursées par la Sécurité sociale, à l'exception de Minidril (pilule de deuxième génération), ce qui laisse entendre que les conditions de remboursement ou d'accès aux produits ne sont pas des variables pertinentes à prendre en compte lors de la consultation et pour la prescription de contraceptifs, malgré l'âge de la consultante (17 ans) qui peut laisser penser qu'elle ne dispose pas de ressources financières propres. Le deuxième cas clinique complète cette vision de la prescription contraceptive :

« Dossier n° 21 : La contraception d'une multipare de 31 ans

Madame Z., 31 ans, mariée depuis l'âge de 16 ans, mère de 4 enfants (de 14,

26. *Ibid.*, p. 77-9.

12, 10 et 8 ans, nés par voie basse sauf le dernier : césarienne pour souffrance fœtale aiguë en cours de travail), vous consulte pour renouvellement de pilule. Elle prend depuis 3 ans de l'Adépal[®], sans problème particulier.

Elle n'a aucun ATCD pathologique particulier en dehors d'un tabagisme à 15 paquets-année. A l'examen clinique, la tension artérielle est à 160/95 mmHg, le pouls à 72/mn, elle est apyrétique. On ne palpe pas de masse mammaire. L'examen du spéculum montre un col d'aspect cicatriciel avec un ectropion propre, le toucher vaginal trouve un utérus de volume normal, antéversé antéfléchi, dont le col n'est pas induré mais saignotte au contact. Le reste de l'examen est normal. Elle a enfin fait pratiquer les examens complémentaires de surveillance qui lui avaient été prescrits voilà plus d'un an, et vous en apporte les résultats :
– Cholestérol total : 8,6 mmol/litre – Triglycérides : 3,9 mmol/litre – Glycémie à jeun : 5,4 mmol/litre.

1. L'observation montre qu'un examen complémentaire gynécologique doit être pratiqué dans de brefs délais. Lequel ? Pourquoi ?
2. L'examen demandé à la question 1 s'avérera normal. Allez-vous renouveler la prescription d'Adépal[®] ? Pourquoi ? [NON, car contre-indications aux œstroprogestatifs (risque d'accident vasculaire) : tabagisme, hypertension artérielle, hyperlipidémie mixte]
3. Vous proposez en fait à madame Z. une contraception par dispositif intra-utérin. Quelles en sont les principales contre-indications ?
4. Ni l'interrogatoire ni l'examen clinique ne dépistent de contre-indication absolue à la pose d'un stérilet, mais vous devez néanmoins prescrire un examen complémentaire avant de réaliser ce geste. Lequel ? Pourquoi ?
5. Cet examen est normal, vous autorisant la pose d'un stérilet avec les précautions habituelles. Quels sont les incidents et complications immédiates lors de la pose ?
6. La pose se déroule sans problème particulier. Vous dites à madame Z. d'arrêter de fumer, et vous allez surveiller le retour à la normale de la tension artérielle et du bilan lipidique. Vous devez également donner à la patiente un certain nombre d'informations et de conseils de surveillance à propos du stérilet. Quels sont-ils ?
7. *Malgré vos bons conseils*²⁷, la patiente ne se fait pas suivre, et reconseille un an plus tard en raison de la disparition (récente d'après elle) des fils. Quelles en sont les causes possibles ?
8. La radiographie suivant d'abdomen sans préparation vous est fournie. Quel est votre diagnostic ? Quelle va être votre prise en charge ? [Réponse atten-

27. Je souligne.

due : Migration intraabdominale du DIU par perforation utérine. Ablation du DIU par coelioscopie ou laparotomie après confirmation de la migration par échographie, ou hystéroscopie] »²⁸

Ainsi, dans ce cas clinique, le médecin ne s'enquiert pas non plus des préférences exprimées par la consultante, ou n'en tient pas compte. Elle souhaite se voir renouveler son ordonnance de pilule, elle repart avec la prescription d'un DIU, sans que l'on ait d'indications sur comment s'est déroulée cette négociation ou la place laissée au choix de la consultante. Dans un langage qui est empreint d'une vision paternaliste de la consultation médicale²⁹, ce cas laisse pourtant entrevoir une désobéissance, et en quelque sorte, une marge de manœuvre ou de choix pour l'usagère : elle ne revient pas pour le suivi de son DIU comme l'avait demandé le ou la médecin. Elle ne revient qu'au bout d'un an pour des douleurs, et la suite du cas laisse entendre que sa déviance par rapport à la norme médicale est sévèrement punie par des complications médicales entraînant une opération, et ce « malgré [les] bons conseils » du ou de la médecin. Notons également que le corrigé précise que la nulliparité est une contre-indication à la pose d'un DIU. Cet item fait partie, avec la grossesse en cours et la cardiopathie à risque d'endocardite, des trois parmi les 13 items à mentionner qui, s'ils ont été oubliés par le ou la candidate, entraînent 0/20 à la question posée.

Ces diverses annales dessinent donc une vision de la consultation en contraception très conforme au modèle médical habituel de prescription où le ou la médecin est seul-e décisionnaire de la marche à suivre et où la consultante doit se contenter de suivre le traitement qui lui est prescrit. Dans ce modèle, les préférences exprimées par les usagères de contraception sont inexistantes ou non pertinentes. La prescription contraceptive est dans ces annales essentiellement une affaire de contre-indications à la pilule et au DIU, ou d'aspects pharmacologiques de la contraception orale, ce qui entérine l'idée que la consultation en contraception est principalement une affaire technique et la ramène à un cadre de prescription médical classique. Le DIU apparaît très régulièrement, voire principalement, sous son aspect pathogène au travers des complications qu'il provoque. Il est décrit comme la contraception de choix en cas de contre-indications de la pilule, et donc notamment chez des femmes ayant plusieurs enfants ou qui ont plus de 40 ans. La frontière est très clairement établie entre les contraceptifs oraux et le DIU d'une part, et les autres méthodes jugées trop peu efficaces d'autre part, et ce

28. *Ibid.*, p. 81-4.

29. Dans les deux cas cliniques le ou la médecin « autorise », ou non, telle ou telle méthode, et semble seul-e décisionnaire du déroulé de la consultation et de la méthode finalement *prescrite* – et non *proposée*.

au seul regard de l'efficacité théorique, l'efficacité pratique des méthodes n'étant mentionnée nulle part sur l'ensemble de ces questions. Il est également intéressant de voir que la construction de cette évidence (pilules et DIU comme seules méthodes à recommander) passe par la disqualification des autres méthodes comme non efficaces, mais que ces méthodes non efficaces sont reconvoquées sans aucun problème en cas de contre-indication aux deux précédentes, et cela sans questionner le problème que pourrait poser leur inefficacité relative.

Le savoir médical dans la formation initiale des médecins est donc centré sur l'idée que la contraception se résume à la prescription d'œstro-progestatif, plus rarement de DIU, qui doit susciter la plus grande prudence néanmoins, et dans les cas extrêmes de contre-indications diverses, de méthodes locales. Les techniques de stérilisation contraceptive féminine et masculine sont inexistantes dans ces annales, en cohérence avec le fait qu'elles ne sont réglementées qu'à partir de 2001 et n'entrent qu'alors officiellement dans la panoplie des méthodes contraceptives (Carayon, 2014; Ventola, 2016). La question du contexte de prescription, de l'interaction médicale lors de la consultation, des choix de la patiente et des spécificités de la consultation en contraception sont complètement évacuées à ce stade de l'apprentissage, ce qui reconduit un aspect paternaliste de la consultation médicale. En outre, la contraception d'urgence apparaît très peu, notamment dans les cas cliniques recréant des consultations contraceptives-types. Enfin, les questions d'avortement sont toujours strictement séparées des questions contraceptives, suggérant une différence fondamentale entre les deux plutôt qu'un continuum de techniques permettant de réguler sa fécondité.

Le reste de la formation initiale en contraception est principalement destiné aux personnes qui se spécialisent en gynécologie. Souvent, cette spécialisation offre davantage d'opportunités de mise en pratique par la réalisation de stages dans des consultations gynécologiques à l'hôpital, en cabinet, ou même dans des consultations contraceptives en Planning familial. Toutefois, la formation dépend, localement, des centres hospitaliers universitaires dans lesquels elle est dispensée ; il est donc compliqué d'en avoir une vue d'ensemble³⁰. On peut toutefois supposer que cette formation n'est pas très éloignée des dynamiques décrites aux chapitre 3 et 4, qui corroborent le constat fait ici d'une focalisation progressive sur les différentes pilules contraceptives et sur les DIU, plutôt que sur la contraception comme un ensemble de techniques diverses à disposition des femmes et plus généralement des couples. Il serait intéressant néanmoins de savoir si la question du choix et

30. Retracer spécifiquement le contenu de la formation des gynécologues en contraception au cours des années 1980 et 1990 devrait ainsi faire l'objet d'un travail de recherche à part entière, et n'est pas mon but ici.

des préférences des usagères de contraception est davantage posée au cours de ces années de spécialisation plus orientées vers la pratique.

La deuxième partie de ce chapitre portant sur les logiques de prescription permettra de dessiner, en filigrane, le résultat de cette formation spécialisée, en analysant les logiques de prescription des gynécologues et celles des généralistes. Le chapitre 4 a toutefois montré que même au sein de la spécialité de gynécologie, les professionnel·le·s sont inégalement formé·e·s à la prise en charge contraceptive elle-même, selon qu'ils suivent une spécialisation en gynécologie médicale ou en gynécologie obstétrique. Comme nous allons le voir, la formation continue, qui intervient après les années d'études médicales et qui a pour visée de compléter les champs de compétences mobilisés par les professionnel·le·s, ne modifie pas nécessairement cette formation initiale pilulocentrée.

5.1.3 La formation continue est-elle adaptée aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles ?

La formation continue a pour objectif d'aider les professionnel·le·s à élargir leur champ de compétences, pour des domaines médicaux auxquels elles et ils sont confronté·e·s dans leur pratique et auxquels leur formation initiale ne les a pas préparé·e·s, ou pour mettre à jour leurs connaissances techniques et épidémiologiques sur divers traitements ou pratiques médicales en lien avec l'évolution des savoirs médicaux. La formation continue en contraception devrait ainsi venir compléter une formation initiale très limitée en temps et dans les thématiques abordées, en particulier pour les médecins amené·e·s à prendre en charge la contraception dans leur pratique. Or, comme le montre cette section, la formation continue est inégalement dispensée aux différent·e·s prescripteurs·trices, et est également en grande partie prise en charge par l'industrie, ce qui ne va pas sans poser question, notamment sur la conformité de cette formation avec les normes et recommandations de bonnes pratiques des instances sanitaires nationales et internationales.

Une formation continue inégalement dispensée aux prescripteurs·trices

Comme le suggèrent les données des enquêtes Stérilet 1977 et Fecond 2010, la plupart des médecins gynécologues et généralistes exerçant en cabinet de ville sont amené·e·s à prescrire des contraceptifs. L'enquête de 1977 (voir annexe E) montre ainsi que quasiment 100 % des généralistes et des gynécologues prescrivaient à cette époque la contraception orale, même occasionnellement, et que 90 % et 94 % respectivement prescrivaient le DIU, une proportion importante prescrivant également d'autres méthodes.

En 2010 (tableau 5.1), la quasi-totalité des professionnel·le·s interrogé·e·s déclarent prendre en charge la contraception, au moins en partie (seuls 4 % des généralistes et 1 % des gynécologues adressent à un autre spécialiste). En outre, une très large majorité de médecins considère que leur formation les a bien préparé·e·s à la prescription contraceptive (84 % des généralistes et 97 % des gynécologues), mais les généralistes se sentent par contre moins bien formé·e·s à la pose d'un DIU (28 % se sentent bien formés, contre 97 % des gynécologues). Pourtant, lorsqu'on les interroge sur la formation reçue, seuls 6 % des généralistes de l'enquête ont reçu une formation universitaire en gynécologie-obstétrique, et 5 % en prise en charge de l'IVG et de la contraception. Et par ailleurs, un peu plus de la moitié (51 %) seulement des généralistes a suivi une formation médicale continue en contraception au moins une fois au cours des trois années précédant l'enquête. Ainsi, si ces généralistes estiment qu'ils ont bien été formé·e·s à la prise en charge contraceptive, cela semble principalement renvoyer à leur formation initiale à ce sujet, qui, comme on l'a vu, est largement centrée sur les contraceptifs oraux, et, dans une moindre mesure, sur les DIU. On peut alors faire l'hypothèse que lorsqu'on demande à ces professionnel·le·s s'ils ou elles se sentent bien formé·e·s à la prescription contraceptive, elles et ils entendent la question comme : « vous sentez-vous formé·e·s à la prescription d'œstro-progestatifs ? », ce que semble confirmer d'ailleurs le fait que moins d'un·e généraliste sur trois se sente compétent·e pour poser un DIU. Si les généralistes semblent bien avoir été formé·e·s à la prescription de pilules, l'analyse du contenu de leur formation initiale ne suggère pas qu'ils ou elles aient été sensibilisé·e·s aux spécificités de la consultation en contraception par rapport à d'autres prises en charges médicales, ni à la diversité des méthodes qu'il est possible de recommander. Elles et ils semblent inégalement se tenir au courant des nouvelles recommandations de bonnes pratiques en la matière, puisque que si près de huit gynécologues sur dix connaissent les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) publiées en 2004 sur la contraception, cette proportion ne concerne qu'un·e généraliste sur deux. Cet indicateur suggère qu'un délai non négligeable intervient entre l'élaboration de recommandations nationales et leur mise en œuvre par au moins une partie des prescripteurs·trices de contraception.

De fait, en comparant les institutions médicales en France et en Angleterre, notamment en termes de prise en charge contraceptive et de respect des droits des usager·e·s, C. Ventola met en évidence que le système de formation continue français est beaucoup moins encadré que le système anglais, et surtout, beaucoup moins adossé à l'*evidence-based medicine* et aux objectifs de santé publique (Ventola, 2017). Si les deux pays ont mis en place des dispositifs de formation professionnelle continue afin de mettre à jour les connaissances et compétences des praticien·ne·s,

un degré de contrôle de l'effectivité de cette formation très différent induit une évolution des pratiques professionnelles à des rythmes également très différents.

Tableau 5.1 – Formation des médecins et prise en charge contraceptive en 2010

	Généralistes (%)	Gynécologues (%)
<i>Prend en charge la contraception</i>		
Intégralement ou en partie	96	99
Adresse à un-e autre spécialiste	4	1
<i>Votre formation vous a bien préparé-e à la prescription contraceptive</i>		
Tout à fait ou plutôt	84	97
Plutôt pas, pas du tout et non réponses	16	3
<i>Votre formation vous a bien préparé-e à la pose d'un stérilet</i>		
Tout à fait ou plutôt	28	97
Plutôt pas, pas du tout et non réponses	72	3
<i>Connaît les recommandations de la HAS sur la contraception (ANAES, 2004)</i>		
	49	82
<i>A reçu une formation complémentaire hospitalière ou universitaire</i>		
Généralistes : en gynécologie / obstétrique	6	
Généralistes : en IVG / contraception	5	
<i>A suivi une FMC en contraception au moins une fois ces trois dernières années</i>		
	51	77
<i>A reçu au moins une fois un-e visiteur-euse médical-e ces 12 derniers mois pour</i>		
Une pilule 3 ^e génération	72	97
Un DIU au cuivre	25	92
Un DIU à la progestérone	34	96
Un implant contraception	40	92

Champ : généralistes et gynécologues pratiquant en cabinet en France métropolitaine.

Source : enquête Fecond 2010, volet « médecins », INSERM-INED.

Lecture : 49 % des médecins généralistes déclarent connaître les recommandations de la HAS sur la contraception.

C. Ventola montre ainsi qu'en France, l'obligation de formation des médecins est inscrite dans le code de la santé publique seulement depuis 1996, et les professionnel-le-s de santé doivent suivre annuellement une action d'évaluation de leurs pratiques et l'équivalent de quatre journées de formation. Les crédits de formation peuvent être obtenus aussi bien par le suivi effectif de formations médicales, que par l'abonnement à des revues ou encore l'engagement dans des activités syndicales. C'est donc une acception large de l'obligation de formation qui est proposée, et les professionnel-le-s exerçant en libéral sont la plupart du temps indemnisé-e-s

pour la perte financière que représente le temps passé en formation. Toutefois, le contrôle de la formation, qui incombe aux instances ordinales (Ordres régionaux des médecins, ordres des différentes spécialités), ne porte, quand il existe, que sur la quantité de formations suivies, mais pas sur leur contenu, ni sur l'éventuelle adéquation de ces contenus avec les domaines dans lesquels les professionnel·le·s sont le moins à jour – ces professionnel·le·s étant totalement libres de se former dans les domaines qu'ils ou elles souhaitent. C. Ventola met en évidence que dans les faits, une minorité de médecins semblent réellement respecter leur obligation de formation, et les sanctions ne sont jamais prises par les instances ordinales. La surveillance du respect des obligations légales de formation n'est pas assurée, en l'absence d'une autorité de contrôle.

C. Ventola montre qu'à l'inverse, la formation continue en Angleterre s'inscrit dans un dispositif très contrôlé, où le renouvellement des licences d'exercice s'opère tous les cinq ans et est conditionné au suivi de formations et à l'évaluation des pratiques médicales, pour s'assurer de leur conformité avec les recommandations nationales de bonnes pratiques³¹. L'encadrement des pratiques professionnelles est particulièrement étroit et intègre la surveillance de l'application des recommandations nationales cliniques, ce qui suppose des mises à jour régulières des pratiques médicales sur les différentes avancées scientifiques, techniques et juridiques. En outre, elle montre que le système anglais impose d'être formé·e à la prise en charge contraceptive pour pouvoir effectivement réaliser des consultations dans ce domaine. La consultation en contraception y est ainsi distinguée des soins de routine et suppose des compétences spécifiques, qui doivent être renouvelées tous les cinq ans³². L'exercice en cabinet de groupe, très répandu en Angleterre, favorise la spécialisation de chaque membre du cabinet sur un domaine de compétences. Ainsi, selon C. Ventola, les personnes qui consultent pour leur contraception ont affaire la plupart du temps à des personnes formées spécifiquement pour ce genre de consultation, et dont les connaissances dans le domaine sont régulièrement mises à jour.

En France, la majorité des prescripteurs·trices exerce en libéral, de manière plus isolée, ce qui rend difficile la spécialisation dans différents domaines quand le ou la médecin exerce en cabinet seul·e, et la mise à jour des connaissances dans l'ensemble

31. Le dispositif d'évaluation anglais intègre également des indicateurs de satisfaction des usager·e·s, et usager·e·s comme médecins sont globalement beaucoup plus impliqué·e·s dans l'élaboration de ces recommandations de bonnes pratiques.

32. Ces compétences comportent : le conseil sur la totalité des méthodes disponibles (y compris les méthodes définitives), la prise en charge des examens médicaux nécessaires, le conseil sur la contraception d'urgence ou la prise en charge des grossesses non prévues et des interruptions volontaires de grossesses, ainsi que le conseil sur les infection sexuellement transmissible (IST) et la santé sexuelle plus généralement.

des domaines d'exercice. Dans ce contexte, « *la prescription contraceptive n'est pas liée à un contrat ou à des compétences spécifiques et peut donc se dérouler sans formation professionnelle dédiée* » (Ventola 2017, p. 333). Ainsi, les personnes qui consultent pour leur contraception peuvent se retrouver face à des professionnel·le-s avec des niveaux très variables de formation. Ce constat est d'autant plus accentué dans les décennies qui précèdent la mise en place du dispositif de formation continue, donc avant 1996, comme le souligne Danielle Hassoun, gynécologue qui a été formée dans les années 1970 :

« Ça peut vous décevoir peut-être, mais les médecins ne lisent pas beaucoup la littérature scientifique. Ils sont formés essentiellement... il y avait pas de formation permanente à l'époque, et ils sont formés par les laboratoires. (...) Sauf que il faut bien voir une chose, il y avait quand même pas beaucoup de littérature. Vous voyez maintenant on peut se dire : "je lis la littérature". Là on est en train de faire des recommandations au Collège des gynécologues obstétriciens, je suis dans la commission d'orthogénie, on reprend toute la littérature, on voit ce qui est écrit, on se dit qu'il y a un niveau de preuve pour dire que ça on peut faire, que ça on ne peut pas faire. Ça, ça n'existait pas dans les années 1980, c'est très très récent, c'est la fin des années 1990. Donc je crois qu'il faut se replacer dans la problématique des médecins qui étaient formé·e-s à la fac, et qui ensuite n'avaient plus aucune formation, aucune. La majorité ne vont pas dans les congrès. Donc ils restent sur leurs acquis, voilà. C'est pas terrible terrible. Maintenant il y a la formation permanente, mais ils sont pas obligés. Enfin ils sont pas obligés, ils le sont théoriquement, mais vous savez qu'il y a 25 % des médecins qui se forment actuellement. C'est un peu inquiétant. »

(Danielle Hassoun, gynécologue, entretien à son domicile le 8 février 2016)

D. Hassoun suggère ici que dans les années 1980, une minorité de prescripteurs·trices étaient formé·e-s au-delà de leur formation initiale, et donc que les pratiques médicales ne suivaient pas l'évolution des recommandations et les nouvelles avancées techniques et épidémiologiques. Ce vide de formation ne semble avoir été comblé que partiellement par le dispositif de formation continue. Selon D. Hassoun, il a également été comblé par les laboratoires pharmaceutiques.

Un vecteur de formation continue des prescripteurs·trices peut également être la lecture de revues médicales, dont D. Hassoun précise toutefois que c'est loin d'être une pratique généralisée à l'ensemble des médecins. La lecture de revues spécialisées et de la littérature scientifique semble être néanmoins un élément important de la formation hospitalière des spécialistes, et, plus tard, de la mise à jour de leur connaissances, comme le décrit Christian Jamin :

Formation en contraception et pilulocentrisme de la prescription : la norme contraceptive comme norme médicale

« Par quoi passait la formation en contraception ?

- Avant ça passait par les articles. Quand j'étais chez Mauvais-Jarvis, interne, puis à la fin de mon internat et de mon clinat, on faisait ce qu'on appelle des séances de bibliographie, c'est-à-dire que une fois par semaine, chacun venait avec ce qu'il avait lu dans la littérature internationale, et on l'exposait et on en discutait les choses, c'est comme ça que ça se passait. (...)

- Et au niveau des relais possibles de l'expertise en contraception, ça passait par quoi... ?

- Hm. Par des revues, par des congrès, des publications. Des gens qui disaient : "voilà, ça me semble vrai ou pas vrai... , voilà ce qu'on a entendu", etc.

- Et quelles publications vous paraissaient les plus importantes ?

- Anglaises. (...) Anglaises ou américaines, vous voyez, *Health and Reproduction*, *Contraception*...

- Et en France il y avait des revues... ?

- *Contraception*, *fertilité*, c'était la revue de Jean Cohen, qui avait beaucoup de poids.

- Ça c'était beaucoup lu... ?

- Oui, oui, c'était beaucoup lu, c'était très lu. Et on pouvait faire confiance.

(Christian Jamin, gynécologue médical et endocrinologue, entretien du 16 février 2016 à son cabinet)

Certaines pratiques d'auto-formation par la lecture des publications scientifiques dans les revues spécialisées sont donc prolongées par une partie de ces spécialistes formé·e·s à l'hôpital, plusieurs années après le début de leur exercice professionnel. Le poids des revues anglo-saxonnes dans la production de cette recherche spécialisée est ici souligné par C. Jamin, laissant entrevoir l'influence de l'expertise internationale sur l'expertise française en contraception. Toutefois, comme le suggère D. Hassoun, peu de médecins lisent véritablement l'anglais, et préfèrent lire des articles de vulgarisation francophones, ce qui limite partiellement l'impact réel de la recherche internationale sur les pratiques médicales françaises³³. En outre, la lecture d'articles, qui semble être davantage mise en œuvre par les spécialistes, réitère le clivage entre la formation des gynécologues et la formation des généralistes. C'est ce qu'indique Lise Duranteau :

« Les gynécologues ont beaucoup de presse de vulgarisation, il y en a une dizaine, maintenant. Les gynécos de ville ils piochent leur formation continue dedans car c'est fastidieux de lire la littérature scientifique en anglais. Le *Quotidien du médecin* a toujours vécu sur sa capacité à envoyer des scoops, mais c'est pas scientifique.

33. Entretien avec D. Hassoun, à son domicile, le 8 février 2016.

Les médecins libéraux, oui, ils lisent le *Quotidien du médecin*, mais les médecins hospitaliers ne lisent pas le *Quotidien du médecin*. Mais du coup certains médecins ils n'ont pas d'autres instruments de formation que celle de l'industrie. En région, il y a un réseau ville-hôpital de formation continue. Forcément il y a des liens, mais ce qu'on demande aux experts, c'est pas l'absence de liens avec l'industrie, c'est la transparence. Qu'ils soient transparents par rapport à ces liens, et aux échanges financiers dans ce lien. Mais il y a des petits liens qui enferment, qui facilitent pas la vie dans la formation continue. Tous les congrès sont payés par l'industrie. » (Lise Duranteau, gynécologue médicale et praticienne-hospitalière (PH) à l'Hôpital du Kremlin-Bicêtre, entretien du 12 février 2016 à son bureau)

La formation continue et la mise à jour des connaissances sont donc très largement laissées à l'appréciation des prescripteurs·trices, et des disparités importantes existent entre médecins dans l'accès à l'information en fonction de leur spécialité, de leur mode d'exercice, et de la manière dont les pratiques de lecture de la littérature professionnelle s'insèrent dans leur cadre d'exercice quotidien. Ces disparités sont d'autant plus susceptibles d'être accentuées dans un domaine comme la contraception, qui ne bénéficie pas d'un grand prestige hospitalier (voir chapitre 3), et pour lequel la formation dépend très largement de l'intérêt des professionnel·le·s. Les entretiens semblent s'accorder en tout cas sur le fait qu'une partie des médecins ne se forme pas du tout et ne met pas non plus à jour ses connaissances par la lecture de revues médicales, laissant le champ libre aux industries pharmaceutiques.

Une (in)formation largement prise en charge par l'industrie pharmaceutique

La plupart des entretiens que j'ai réalisés mettent l'accent sur l'importance de l'industrie pharmaceutique dans la formation des médecins, notamment dans leur formation post-universitaire³⁴. Cette formation passe par plusieurs outils, que décrit très bien le sociologue Quentin Ravelli dans son travail sur la pristinamicine (Ravelli, 2015) : le financement de congrès médicaux, la production d'outils publicitaires divers à destination des médecins, les publicités dans la presse médicale, et les visiteuses·eurs médicales·aux³⁵ envoyé·e·s dans les cabinets des médecins pour influencer sur leurs prescriptions et les inciter à prescrire davantage les produits de la

34. Entretien avec H. Rozenbaum du 10 septembre 2016 à son domicile, entretien avec É. Aubeny du 16 février 2017 à son domicile.

35. Jérôme Greffion, qui a travaillé plus spécifiquement sur ce groupe professionnel, choisit de conserver le seul terme de « visiteuses médicales », dans la mesure où ce métier est largement féminisé (Greffion, 2014). Je me contente de donner la primauté à la version féminisée du nom de métier dans la version neutralisée que j'utilise.

firme qu'elles et ils représentent. Comme l'indiquent Joëlle Brunerie et L. Duranteau plus spécifiquement dans le cas de la contraception :

« *Et les généralistes ils se formaient au Planning ou dans les services hospitaliers... ?*

- Les deux, les deux... Vraiment, moi j'en formais à... Oui le Planning n'avait plus le monopole (...), dans les consultations hospitalières, il y avait des centres d'orthogénie qui étaient ouverts, absolument. Et puis les laboratoires ! Les laboratoires les formaient ! Les laboratoires ils débarquaient chez les généralistes avec des monceaux de pilules ! Comme chez les spécialistes d'ailleurs. (...) Les médecins ils sont formés par le labo qui passe et qui dit : "voilà, on a de nouveaux produits", c'est absolument scandaleux ! Ils en parlent beaucoup parce que maintenant, il y a une espèce de remise en cause, mais moi toute ma vie de médecin, pendant quarante ans, j'allais à des congrès et tout ça, mais de toute façon aux congrès aussi il y a les tables des laboratoires, et puis qui vous donnent tous les produits gratuits. (...) Qui subventionnent le mec qui parle – il est pas forcément acheté, mais il m'est arrivé aussi de parler, dans un congrès, mais c'est évident que tout ça c'est... Donc il y avait quelques gros laboratoires, qui passaient, qui nous donnaient des pilules gratuites, des documents, des jolis utérus roses, expliqués aux femmes et tout ça. »
(Joëlle Brunerie, ancienne gynécologue médicale, ancienne militante au MLAC et au GIS, entretien du 23 janvier 2017 à son domicile)

« Moi j'ai pas honte de le dire, je prescris des Minidril, des 2^e génération, ça marche très bien, pourquoi ne pas les prescrire ? Les industriels ils sont anéantis parce qu'on ne prescrit pas les 3^e et 4^e générations. (...) Il faudrait une formation des pédiatres, des généralistes sur la contraception. Il y a plein de médecins qui sont pas formé-e-s, tant qu'ils n'ont pas compris à quoi ça correspond, ils se fient au marketing de l'industrie. »

(Lise Duranteau, gynécologue médicale et praticienne-hospitalière (PH) à l'Hôpital du Kremlin-Bicêtre, entretien du 12 février 2016 à son bureau)

Les industries pharmaceutiques interviennent non seulement dans le financement de formations continues et de congrès, pour lesquels elles occupent un très large espace publicitaire, mais essayent également d'influer sur la prescription, par la distribution d'échantillons de nouveaux produits, de brochures, et d'objets publicitaires ayant une utilité démonstrative pour médecins et patient-e-s – ici, des utérus de démonstration. Jérôme Greffion met en évidence le désengagement progressif des pouvoirs publics, depuis les années 1950, comme contre-pouvoir pour contrebalancer la promotion de produits par les industries *via* les visiteuses-eurs médicales-aux (Greffion, 2011). Q. Ravelli analyse en outre très précisément comment

le marketing purement publicitaire des firmes s'entrecroise avec leur marketing scientifique, qui cherche à influencer plus directement sur la production des savoirs médicaux (Ravelli, 2015). Il met en évidence les moyens financiers considérables déployés par l'industrie pour tenter d'orienter la prescription. Il décrit enfin les typologies de prescripteurs·trices élaborées par les directions marketing des produits afin de permettre aux visiteuses·eurs médicales·aux de cibler leur travail sur la conquête – presque décrite comme une conquête militaire – des dispositions prescriptives des médecins à plus fort potentiel prescriptif.

On voit d'ailleurs dans l'enquête Fecond 2010 que la différence de potentiel prescriptif des gynécologues et des généralistes a été clairement identifiée par les firmes, qui envoient beaucoup plus leurs visiteuses·eurs pour des contraceptifs auprès des gynécologues que des généralistes (Tableau 5.1). Les gynécologues ont ainsi reçu un·e visiteuse·eur médical·e au moins une fois au cours des douze mois précédant l'enquête dans 97 % des cas pour une pilule de 3^e génération, dans 96 % des cas pour un DIU à la progestérone, et dans 92 % des cas pour un DIU au cuivre et pour un implant. Les pilules de 3^e génération gardent donc une certaine priorité dans le marketing des firmes (ou dans les préoccupations des gynécologues), mais les nouveaux produits contraceptifs font tous l'objet d'un investissement auprès de plus de 9 professionnel·le·s sur 10. À l'inverse, les visiteuses·eurs médicales·aux semblent démarcher les généralistes principalement pour les pilules de 3^e génération (dans 72 % des cas), et moins pour les autres produits (les généralistes ont reçu une visite médicale pour un implant contraceptif, un DIU à la progestérone ou un DIU au cuivre dans respectivement 40 %, 34 % et 25 % des cas au cours des douze mois précédant l'enquête). Ces données suggèrent que si les gynécologues sont le principal cœur de cible des industries pharmaceutiques pour les produits contraceptifs, les généralistes sont également ciblé·e·s pour les pilules de nouvelles générations, dans presque 3 cas sur 4. Cela permet également de tempérer le lien trop automatique entre absence de formation universitaire ou continue et formation par l'industrie pharmaceutique. Les modes d'action des industries étant multiples, certains outils visent à pallier le manque de formation des professionnel·le·s dans des domaines spécifiques. C'est le cas des congrès, des formations continues subventionnées par les industries, ou de la mise à disposition des revues médicales (Greene et Podolsky, 2009). Mais d'autres outils visent plus spécifiquement à influencer le contenu des prescriptions de certain·e·s médecins déjà largement prescripteurs·trices de divers produits contraceptifs, au moyens des visites médicales, d'échantillons gratuits et de cadeaux publicitaires. Dans ce cas, l'information sur les nouveaux produits s'adresse à des médecins souvent déjà formé·e·s, et le marketing vise principalement à distinguer le produit d'une firme des autres produits concurrents ayant les mêmes

indications.

Le contenu du marketing scientifique des firmes à destination des prescripteurs·trices sera analysé plus précisément dans le chapitre suivant, donnant des informations sur pourquoi le contenu de ce marketing s'oriente plus spécifiquement, dans les années 1990, sur les pilules contraceptives de nouvelles générations. Les prescripteurs·trices ont ainsi accès à différents niveaux de formation, et la vision de la contraception prônée par l'industrie pharmaceutique a d'autant plus de poids dans cette formation que les médecins sont peu formé·e·s par ailleurs. La formation – et particulièrement la formation continue – des médecins français·es en contraception, outre le poids laissé à l'industrie et les disparités de niveaux de formation entre prescripteurs·trices, se révèle également très déconnectée des normes de santé publique en matière de prescription contraceptive.

Des normes de santé publique en matière de prescription contraceptive qui s'imposent difficilement auprès des médecins

En France, aucune recommandation de bonnes pratiques n'existe officiellement avant 2004 pour la prescription contraceptive.

C'est la HAS³⁶ qui préconise à ce moment-là de créer les conditions d'un choix informé chez les personnes qui consultent pour une contraception³⁷. Ces préconisations de l'autorité sanitaire française font suite à la publication des résultats de l'enquête Cocon 2002, mettant en évidence l'importance du choix des usagères dans l'efficacité réelle des méthodes contraceptives, qui a débouché sur une saisine du Ministère de la santé.

Ce choix informé passe par l'évocation de l'ensemble des méthodes lors des consultations pour contraception, y compris les techniques de stérilisation (ligature des trompes et vasectomie). Le document recommande également l'utilisation du DIU en première intention, y compris chez les femmes nullipares. La HAS distingue entre efficacité théorique et efficacité pratique des méthodes et place la pilule contraceptive au rang des méthodes efficaces en utilisation optimale mais relativement moins efficaces que les méthodes long cours en efficacité pratique. Cependant, les pilules œstro-progestatives demeurent recommandées comme méthode de première intention, chez les femmes ne présentant pas de contre-indication³⁸.

36. Il s'agissait à l'époque de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

37. HAS, 2004, *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme - Recommandations pour la pratique clinique*, accessible en ligne [consulté le 25 avril 2019].

38. Notons que ces recommandations sont approfondies et complétées en 2009 par un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur la prévention des grossesses non désirées. Voir C. Aubin, D. Jourdain Menninger et L. Chambaud, 2009, *La prévention des grossesses non*

Si les données présentées dans le tableau 5.1 suggèrent qu'en 2010, ces recommandations sont connues d'une majorité de prescripteurs·trices³⁹, la seconde partie de ce chapitre permet de montrer qu'elles sont en fait assez peu mises en pratique. Ces recommandations font écho aux bonnes pratiques médicales prônées à l'échelle internationale, notamment par l'OMS (Organisation mondiale de la santé, 2005, 2013).

Avant 2004 existent toutefois d'autres sources professionnelles ou officielles qui mettent en avant l'importance du choix des femmes (et des couples) dans le processus de prescription contraceptive. Le chapitre 3 a déjà mentionné un article de Jean Cohen dans sa revue⁴⁰ mettant l'accent sur l'importance du choix des femmes lors de la consultation en contraception, dans la mesure où elles viennent demander un conseil et non pas un traitement. Il préconise une consultation longue, présentant aux femmes l'ensemble des données sur les méthodes, leur permettant d'effectuer leur choix de manière informée. D'autres médecins du Collège médical du MFPPF préconisent également, à la fin des années 1960 et au cours des années 1970, une information large sur toutes les méthodes, permettant aux femmes et aux couples de choisir en connaissance de cause parmi l'ensemble des méthodes disponibles.

La rhétorique du choix est prônée par les premier·e·s militant·e·s du MFPPF et par la campagne contraceptive de la Ministre des Droits de la Femme Y. Roudy en 1981-82 (chapitre 2), puis entérinée par les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et plus tard par l'Inpes⁴¹. Elle n'est cependant pas du tout intégrée à la formation universitaire des médecins analysée précédemment. Dans les programmes d'internat jusqu'au années 2000, et même légèrement au-delà (Gelly, 2006), la vision de la consultation en contraception comme consultation de conseil devant créer les conditions du choix des consultantes disparaît au profit de normes de prescription focalisées sur la contraception orale, et le DIU en second recours. La production de recommandations de bonnes pratiques sur la prescription contraceptive est ainsi relativement tardive, et tend à s'imposer difficilement auprès des praticien·ne·s.

Finalement, la formation en contraception apparaît comme parcellaire lorsqu'on considère la formation initiale des médecins, et très inégale selon le choix de

désirées. Information, éducation et communication, Rapport au nom de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

39. C'est du moins ce qu'ils-elles déclarent. Cette question peut en effet être interprétée comme une attente des instances de santé publique – dans le cadre d'une enquête réalisée par l'Inserm – à l'égard des médecins interrogé·e·s lors de l'enquête, les incitant peut-être à surdéclarer qu'ils ou elles connaissent effectivement ces recommandations.

40. « Choix d'une méthode », Dr Jean Cohen, *Fertilité, Orthogénie*, vol. 1 n° 1, p. 31.

41. Avec la campagne de 2007, « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ». Voir Inpes, 2007, *La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. Dossier de presse*, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.

spécialités des professionnel·le·s et selon leurs choix de formation. Ces différents éléments conditionnent des logiques de prescription très dépendantes des caractéristiques individuelles des médecins, et la plupart du temps centrées sur la pilule contraceptive.

5.2 Des logiques de prescription centrées sur la pilule

La formation de la plupart des prescripteurs·trices en France tend à les orienter vers une vision plutôt restrictive de la contraception, centrée sur deux méthodes principales – la pilule et le DIU – et disqualifiant *a priori* les autres méthodes. Pourtant un certain nombre de travaux et de prises de position, y compris au sein de la profession médicale, tendent à opposer au principe d'efficacité théorique l'idée que la contraception est d'autant plus efficace qu'elle a été choisie par la personne qui l'utilise et qu'elle correspond à son mode de vie, et ce quelle que soit la méthode considérée. On peut s'interroger sur la façon dont ces normes médicales transmises au moment de la formation se traduisent dans l'exercice professionnel des médecins, lors des consultations. Quelles sont les logiques qui orientent la prescription contraceptive ? Ces logiques de prescription renvoient-elles à des logiques professionnelles ou à des logiques profanes ? Les enquêtes sur les pratiques prescriptives et les conseils et recommandations des médecins en matière contraceptive de 1977 et de 2010 permettent de rendre compte de trois phénomènes qui prévalent à ces logiques de prescription. Premièrement, la hiérarchisation des méthodes recommandées en consultation. Ensuite, le lien entre degré de formation et diversité de ces recommandations. Et enfin, le fait que les logiques de prescription sont déterminées en partie par les caractéristiques des personnes qui consultent.

Tableau 5.2 – Prescription contraceptive des médecins en 1977

	Généralistes (%)	Gynécologues (%)
<i>Méthodes de contraception prescrites ou conseillées (même occasionnellement) :</i>		
Contraception orale	100	99
Stérilet	90	94
Préservatif masculin	37	68
Diaphragme (+ spermicide)	20	73
Méthode des températures	20	44
Spermicide seul	14	30
Autre méthode*	5	10
<i>Contraception orale prescrite ou conseillée :</i>		
Au moins une fois par jour	28	75
Une ou quelques fois par semaine	39	20
Une ou quelques fois par mois	29	2
Moins souvent ou ne se prononce pas	4	3
Total	100	99
<i>Stérilet prescrit ou conseillé :</i>		
Au moins une fois par jour	1	20
Une ou quelques fois par semaine	6	42
Une ou quelques fois par mois	37	28
Moins souvent ou ne se prononce pas	45	5
Total	90	94
<i>Diaphragme prescrit ou conseillé :</i>		
Une fois par mois ou plus	3	25
Moins souvent ou ne se prononce pas	18	49
Total	20	73
<i>En cas de contre-indication de la pilule, méthode prescrite le plus volontiers :</i>		
Stérilet	91	92
Préservatif masculin	24	18
Diaphragme (+ spermicide)	6	17
Méthode des températures	8	11
Spermicide seul	6	6
Autre ou ne se prononce pas	6	5

Source : Enquête sur les attitudes des médecins généralistes et gynécologues à l'égard du stérilet, 1977, Service Maternité de l'Hôpital Boucicaut, Fonds Simon, 17 AF 17.

Champ : médecins généralistes et gynécologues.

Lecture : 90 % des généralistes prescrivent ou conseillent la contraception orale.

* progestatif retard, progestatif injectable, dépoprodasome injectable, ovule Phamatéo, coït interrompu, « faire attention », Cap et Taro Cap, vasectomie, ligature des trompes, section des trompes, chirurgicale, définitive masculine et féminine.

5.2.1 La hiérarchisation des méthodes recommandées en consultation

En 1977, toutes les méthodes ne sont pas équitablement recommandées par les médecins en consultation. Les données de l'Enquête Stérilet 1977 (tableau 5.2) mettent en évidence, dès cette date, la médicalisation de la contraception. Si la contraception orale et intra-utérine sont prescrites ou conseillées par plus de 9 médecins sur 10 interrogé·e·s, le préservatif masculin, le diaphragme avec spermicides et la méthodes des températures sont recommandés par une minorité de généralistes. Le préservatif masculin est toutefois conseillé ou prescrit par plus de deux tiers des gynécologues, et trois quarts recommandent même occasionnellement le diaphragme et les spermicides. La méthode des températures est abordée par 20 % des généralistes et 44 % des gynécologues, soit nettement plus que le coït interrompu ou les méthodes définitives, recommandés, même occasionnellement, par moins de 10 % des professionnel·le·s.

La contraception orale demeure toutefois la méthode recommandée la plus fréquemment. Les généralistes sont 28 % à la prescrire ou à la conseiller au moins une fois par jour, et 39 % au moins une fois par semaine, et ces proportions passent respectivement à 75 % et 20 % chez les gynécologues. Si en 1977, la contraception orale fait partie de l'exercice courant des généralistes comme des gynécologues, seul·e·s ces dernier·e·s semblent proposer fréquemment le DIU, et les autres méthodes sont nettement moins recommandées⁴². Le DIU apparaît déjà dans cette enquête comme une méthode de seconde intention (voir annexe E) : elle est la méthode la plus volontiers prescrite en cas de contre-indication de la pilule, et ce, de très loin devant les autres méthodes, par les généralistes comme les gynécologues⁴³.

42. Les données de l'enquête proposées en annexe (voir annexe E) suggèrent également que concernant la prescription de DIU, les généralistes de l'enquête adressent plus souvent leur patiente à un confrère ou une consœur (42 % des cas) qu'ils ou elles ne prescrivent eux-mêmes (30 %), contrairement à la pilule qui est prescrite par le ou la praticien·ne dans 81 % des cas. Ce qui laisse penser que les médecins généralistes se sentent davantage légitimes à prescrire une pilule qu'un DIU. Ces données sont encore accentuées concernant la pose du DIU, qui n'est pratiquée que par 17 % des généralistes, qui tendent toutefois à le prescrire plus souvent que quelques années auparavant, principalement parce qu'ils ou elles considèrent les DIU au cuivre plus efficaces, plus fiables et mieux tolérés.

43. Les raisons principales invoquées par les gynécologues pour prescrire le DIU sont : une contre-indication de la pilule (89 %), une réticence des femmes envers la pilule ou pour des femmes jugées incapables d'observance (73 % des gynécologues dans les deux cas), chaque fois que la méthode est demandée sauf contre-indication (61 %), pour relayer la pilule après une certaine durée d'utilisation (54 %), et dans un tiers des cas chez une femme ne désirant plus d'enfant. 84 % des généralistes le prescrivent en cas de contre-indication de la pilule, et un peu plus de la moitié en cas de réticence de la femme envers la pilule, ou chez les femmes perçues comme incapables d'observance.

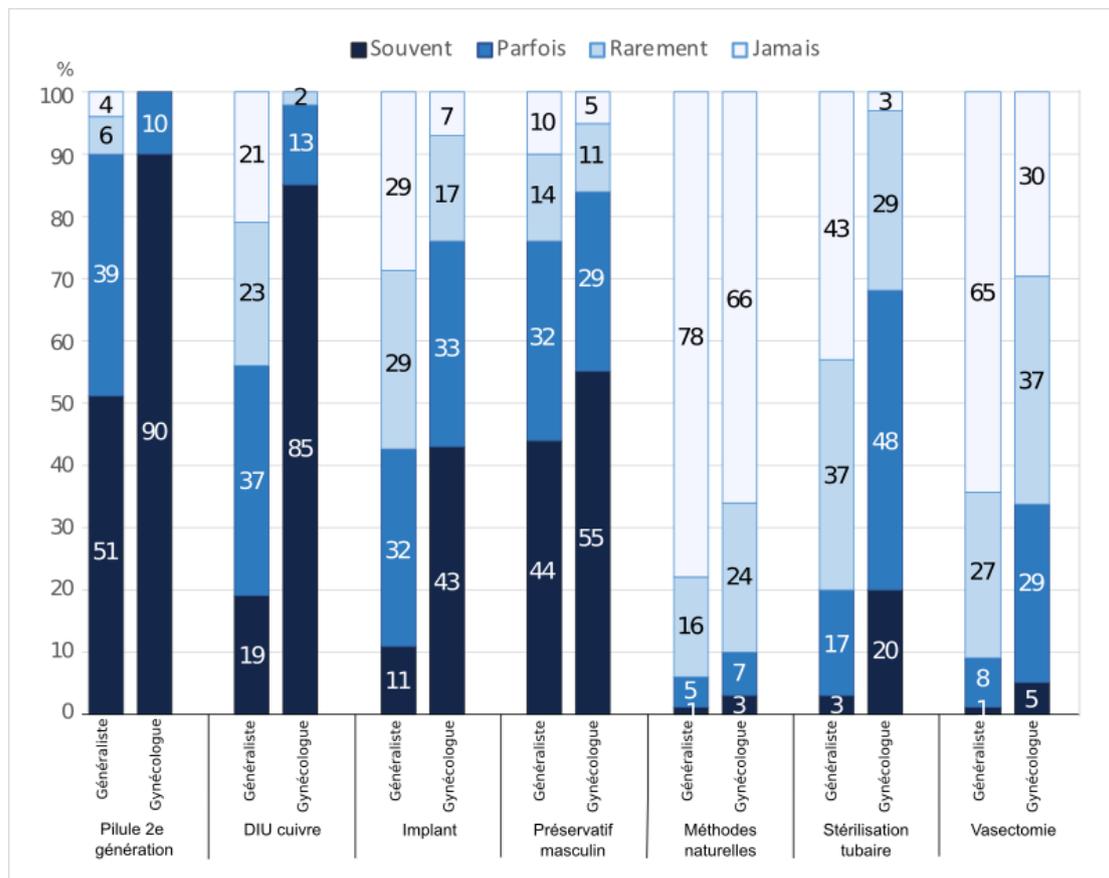
Les données 2010 (figure 5.1), bien qu'elles ne soient pas directement comparables avec celles de 1977 car les questions posées sont sensiblement différentes, suggèrent des tendances similaires. Une très large majorité de médecins recommande les pilules 2^e génération ⁴⁴ souvent ou parfois, les DIU sont plus fréquemment recommandées par les gynécologues que par les généralistes, et les autres méthodes sont également recommandées plus occasionnellement. Si l'implant est recommandé souvent ou parfois par 76 % des gynécologues, il ne l'est que par 43 % des généralistes. Le préservatif masculin lui, est recommandé assez fréquemment par une majorité de professionnel·le·s, mais dans des proportions moindres que la pilule. Les méthodes naturelles apparaissent nettement moins fréquemment recommandées qu'en 1977 (78 % des généralistes et 66 % des gynécologues ne les recommandent jamais). Les techniques de stérilisation sont inégalement recommandées : la stérilisation tubaire est fréquemment recommandée par les gynécologues (68 % déclarent la recommander souvent ou parfois), mais beaucoup moins souvent par les généralistes (20 % la recommandent souvent ou parfois). Quand à la vasectomie, elle n'est recommandée souvent ou parfois que par 34 % des gynécologues et par 9 % des généralistes.

Deux constats peuvent être tirés de ces analyses : d'une part, une majorité de médecins hiérarchisent les différentes méthodes proposées en consultation, en recommandant plus fréquemment et plus systématiquement les méthodes telles que la contraception orale et le DIU que l'ensemble des autres méthodes. Ce constat est stable dans le temps, puisqu'on retrouve les mêmes tendances en 1977 et en 2010.

D'autre part, les personnes qui consultent pour une contraception font face à une très grande variabilité des pratiques de recommandations en fonction des professionnel·le·s consulté·e·s. En effet, à part la pilule qui est souvent recommandée par l'ensemble des prescripteurs·trices, le DIU qui l'est par l'ensemble des gynécologues, et les méthodes naturelles qui sont unanimement non recommandées, les autres méthodes sont l'objet de recommandations très variables en fréquence parmi les différent·e·s professionnel·le·s. La variabilité des recommandations peut être interprétée comme une traduction de l'hétérogénéité de formation des prescripteurs·trices à la prise en charge contraceptive. La hiérarchisation entre les méthodes proposées aux consultantes semble, elle, découler tout simplement de la formation initiale des médecins qui distingue entre les méthodes efficaces et non efficaces, entre les méthodes dignes d'enseignement et les autres, entre celles qui s'inscrivent dans le cadre classique de la prescription médicale et celles qui y échappent.

44. Les données sont similaires pour les pilules de 3^e génération.

FIGURE 5.1 – Fréquence de recommandations de certaines méthodes* en fonction de la spécialité des médecins en 2010



Sources : enquête Fecond 2010, volet « médecins », Inserm-Ined.

Champ : médecins généralistes et gynécologues pratiquant en cabinet en France métropolitaine.

Lecture : En 2010, 51 % des généralistes et 90 % des gynécologues recommandent souvent la pilule 2^e génération à leurs patientes.

*Par souci de lisibilité, je ne présente que sept types de méthodes. Certaines étaient déjà mentionnées dans l'enquête de 1977, d'autres sont apparues plus tard ou n'étaient pas mentionnées en 1977. Les « méthodes naturelles » désignaient dans l'enquête de 2010 à la fois la méthode des températures et le coït interrompu.

Cette hiérarchisation est liée aux représentations que les professionnel·le·s ont des différentes méthodes, de leur praticité et de leur efficacité. D. Hassoun indique par exemple en entretien que lorsqu'elle a commencé à exercer en 1978, les médecins prescrivaient déjà des pilules et des stérilets, parfois des spermicides et des diaphragmes, mais que le préservatif était « honni par tous » et considéré comme « nul de chez nul »⁴⁵. Ce constat dissonne légèrement avec les données de l'enquête de 1977 où le préservatif est plus souvent recommandé que le diaphragme

45. Entretien à son domicile le 8 février 2016.

et les spermicides. Il est possible que le diaphragme comme le préservatif soient progressivement tombés en désuétude au cours des années 1980 (comme le suggère le programme et les sujets d'internat étudiés plus haut, qui ne font jamais mention de ces méthodes), avant que le préservatif ne revienne sur le devant de la scène dans le contexte de l'épidémie de VIH-sida, à la fin des années 1980 et dans les années 1990.

Également disqualifiées dans les représentations médicales, et mentionnées de manière anecdotique par certain·e·s répondant·e·s de l'enquête de 1977, les méthodes définitives sont durablement exclues des consultations en contraception. Une définition de la contraception excluant ces méthodes était déjà portée, en 1962, par la Société française de gynécologie. En effet, lors d'une journée spéciale sur la régulation de la conception, organisée le 21 janvier 1962 et à laquelle assistèrent plus de 400 médecins provenant de toute la France, Raoul Palmer, chirurgien-gynécologue, précise la définition que retient cette Société : « *Par régulation de la conception, nous entendrons l'utilisation de toute méthode susceptible de s'opposer de façon temporaire et réversible à la conception, c'est-à-dire à la rencontre fécondante du spermatozoïde et de l'ovule, ou à la production de ceux-ci. Toutes les autres méthodes de régulation des naissances, qu'il s'agisse d'avortement provoqué ou de méthodes s'opposant à la nidation par des moyens mécaniques, chimiques ou biologiques, sont donc exclues de notre discussion. De même toutes les méthodes s'opposant définitivement à la conception, c'est-à-dire les méthodes de stérilisation féminine ou masculine.* »⁴⁶

La Société française de gynécologie se prononce ainsi, contrairement à l'Ordre des médecins à cette époque, en faveur d'une prise en charge médicale de la contraception, notamment des méthodes hormonales. Mais elle propose une vision très restrictive de la contraception, à savoir limitée à l'anti-conception temporaire, excluant de fait les méthodes contraceptives, abortives, et les méthodes définitives. Les dispositifs intra-utérins, dont le mode d'action est mal connu dans les années 1960, demeurent dans cette perspective une méthode ambivalente pour de nombreux médecins, car elle n'empêche pas la fécondation, mais plutôt la nidation et l'implantation de l'ovule fécondé dans l'utérus⁴⁷. Si le DIU est progressivement réhabilité dans la panoplie des méthodes que les médecins recommandent en consultation, les méthodes définitives demeurent très longtemps disqualifiées

46. Dr Palmer, « Point de vue de la Société Française de Gynécologie sur les problèmes posés par la régulation de la conception », *Colloque organisé par la Maternité Heureuse Mouvement français pour le Planning familial (Royumont, mai 1963)*, actes du colloque, Librairie Maloine, 1964, Fonds Pierre Simon, 17 AF 20, p. 86.

47. Les dispositifs au cuivre, qui arrivent plus tard sur le marché, auraient également un effet spermicide, qui augmenterait leur efficacité, et leur perception comme méthode contraceptive plutôt que contraceptive.

chez les médecins français·es, contrairement à ce que l'on observe dans d'autres pays, comme l'Angleterre, les États-Unis, le Canada, ou encore le Brésil (Giami et Leridon, 2000; Ventola, 2017). Cela se traduit, dans les données de 2010, par le fait que ces méthodes sont moins fréquemment recommandées que les autres méthodes – voire quasiment pas dans le cas de la vasectomie – par l'ensemble des praticien·ne·s interrogé·e·s⁴⁸.

Enfin, il est intéressant de se pencher sur la construction, dans les représentations médicales, du DIU comme méthode de seconde intention, lorsque la pilule contraceptive est contre-indiquée, et de voir comment ces représentations perdurent au cours du temps. J. Brunerie met en évidence les résistances médicales très fortement ancrées à l'égard du DIU dans les années 1970, et l'évolution très lente de ces représentations :

« Quand on a commencé à poser le stérilet, c'est vrai qu'il y avait des échecs. Moi c'était ça surtout, avec les stérilets en plastique, y avait 3 ou 4 % d'échecs, donc c'était un peu difficile, surtout que l'avortement était interdit donc elles étaient enceintes... Et on pouvait pas les dépanner, donc c'était pas... Après on a eu des stérilets efficaces, puis alors après c'étaient des grands stérilets.

- *Quand est-ce que vous avez commencé à en poser ?*

- En 70, mais ça c'était interdit, ça a été permis qu'en 72. Et donc j'étais à Aubervilliers justement, j'étais pas encore installée, et puis on m'avait dit : "c'est interdit...". Bien j'ai dit : "tant pis !" (*rires*). (...) Voilà, donc c'est vrai que y avait des grands stérilets, et la raison pour laquelle moi j'en posais pas beaucoup c'est que ça faisait très mal. Ils étaient grands, les boucles de Lippes, ils étaient vraiment grands. Alors après sont arrivés les fameux petits Gravigarde et puis stérilets au cuivre, fins. Bon c'est sûr que si on pose à une femme qui a pas eu d'enfant, il faut lui donner un peu un antalgique parce que c'est un peu douloureux de passer le col, quand même, un petit peu. (...) Alors moi je crois que c'est le nom. Parce que aux États-Unis ça s'appelle DIU, "stérilet", pourquoi ils ont appelé ça "stérilet" ? Je ne sais pas. Moi je crois que ce mot a... tout de suite ils ont dit : "ça va rendre stérile".

- *C'est qui, "ils" ... ?*

- "Ils", c'est les médecins en général, les gynécos dans les hôpitaux. Alors en plus c'est que quand il y avait une infection sur stérilet ou une grossesse extra-utérine qu'ils les voyaient arriver aux urgences. Pour la masse de stérilets qu'on posait, il y avait des complications quelque fois, elles arrivaient aux urgences. (...) Il y avait

48. Notons toutefois qu'il existe un écart important entre la fréquence à laquelle les médecins déclarent recommander ces deux méthodes, et les pratiques déclarées dans les enquêtes en population générale, en particulier dans le cas de la stérilisation tubaire.

quelque chose de pas toucher au corps, de pas mettre quelque chose dans le corps... Pourtant la pilule c'est aussi intrusif qu'un stérilet ! Encore plus puisque ça... et donc ça a été absolument dingue ! Mais ça dure : "Je vous pose pas de stérilets parce que ça va vous rendre stérile..." Là encore, heureusement qu'il y a eu un peu une poussée des femmes. Moi j'en ai posé, les cabinets qui en posaient, on n'arrêtait pas, on en posait plein, parce qu'elles venaient chez nous parce que la copine était venue, et qu'elle savait qu'on en posait, donc on savait bien qu'on n'avait pas des statistiques abominables. Même la grossesse extra-utérine. Le stérilet ça bloque pas l'ovulation. Enfin maintenant le stérilet à la progestérone c'est un petit peu différent, mais la fille qui doit faire une grossesse extra-utérine, si son œuf a décidé de rester dans la trompe, il va rester dans la trompe ! Le stérilet, il l'empêche de se mettre dedans, mais il l'empêche pas de rester dans la trompe si il doit rester dans la trompe ! (...) Que des trucs comme ça. (*rires*). Et puis à l'hôpital : "Ah bon, tu poses des stérilets aux nullipares, oh bah dis donc t'as pas peur..." Bon voilà : "si y avait une infection, si elle est stérile..." Alors notre argument c'était de dire si elle doit être stérile après, pourquoi vous attendez pas qu'elle ait fait trois ou quatre enfants ? Qu'elle ait fait son lot d'enfants... ? Alors ils étaient d'accord pour poser après un (*rires*). (...) Mais c'est pas que pour les nullipares qu'il y avait un frein. Le premier choix, c'était pas le stérilet... Fallait pratiquement qu'elles le demandent. Et qu'elles disent : "moi, je veux un stérilet". "Ah bon, un stérilet vous êtes sûre?".

- *Et pour les femmes par exemple qui avaient des contre-indications, qu'est-ce qu'on leur proposait ?*

- Des contre-indications aux pilules ?

- *Heu oui, oui. Qui avaient de l'hypertension, ou...*

Bien oui, le stérilet, mais là c'était en deuxième intention. Ah oui ça je suis sûre. Et je crains que ça soit toujours comme ça. »

(Joëlle Brunerie, ancienne gynécologue médicale, ancienne militante au MLAC et au GIS, entretien du 23 janvier 2017 à son domicile)

Si donc la mise à disposition au début des années 1970 de DIU en plastique peut avoir entériné la représentation du DIU comme moins efficace que la contraception orale, cette représentation semble perdurer malgré l'arrivée sur le marché de DIU en cuivre, d'efficacité théorique comparable aux méthodes hormonales, et non sujets aux difficultés d'observance. J. Brunerie associe cela au fait que dans les représentations médicales en France, le DIU est durablement associé à l'idée de stérilité, du fait de son nom d'usage courant, « stérilet »⁴⁹, mais surtout du fait

49. Notons que ce nom semble avoir été inventé par Pierre Simon, à son retour du 7^e congrès de l'IPPF à Singapour en 1963, car il trouvait le terme anglais « *intra-uterine contraceptive device* » trop compliqué à traduire ou trop peu élégant (Société nationale de Gynécologie et

du risque d'infection utérine lié à la communication entre la zone vaginale et la zone utérine au moment de la pose (et davantage lorsque les DIU ont des fils ou une partie qui dépasse légèrement du col de l'utérus pour en faciliter le retrait). Comme elle le suggère, et comme l'affirment plus tard les enquêtes épidémiologiques anglo-saxonnes et les recommandations nationales et internationales sur le DIU, ce risque d'infection est en fait très largement surestimé par les praticien·ne·s, et est quasiment inexistant lorsque ceux ou celles-ci dépistent d'éventuelles infections préalablement à la prescription et à la pose de cette méthode. Ce risque de stérilité davantage présent dans les représentations médicales que dans les résultats d'enquêtes épidémiologiques induit l'idée qu'il ne faut pas poser des DIU à des nullipares, de crainte de causer une stérilité jugée catastrophique chez des femmes n'ayant pas encore eu d'enfant. Cette représentation trouve son origine dans la formation initiale analysée plus haut, où le DIU est décrit dans le cours et dans les questions d'internat comme strictement contre-indiqué chez les nullipares, sans que cette contre-indication ne soit jamais étayée par des références scientifiques sur le sujet.

Tableau 5.3 – Représentations du DIU dans Fecond 2010

Concernant le DIU, diriez-vous qu'il est...	Généralistes (%)	Gynécologues (%)
<i>...contre-indiqué chez les nullipares</i>		
Tout à fait / Plutôt	84	69
Plutôt pas / Pas du tout	16	31
<i>...associé à un risque élevé d'infection pelvienne</i>		
Tout à fait / Plutôt	42	28
Plutôt pas / Pas du tout	58	72
<i>...associé à un risque élevé de grossesse extra-utérine</i>		
Tout à fait / Plutôt	54	42
Plutôt pas / Pas du tout	46	58
<i>...la contraception réversible la plus efficace</i>		
Tout à fait / Plutôt	32	36
Plutôt pas / Pas du tout	68	64

Champ : généralistes et gynécologues pratiquant en cabinet en France métropolitaine.

Source : enquête Fecond 2010, volet « médecins », INSERM-INED.

Lecture : 41 % des médecins généralistes considèrent que le DIU est tout à fait contre-indiqué chez les nullipares.

d'Obstétrique, groupement régional de Paris, réunion du 3 mai 1965, publié dans le Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique, T. 17, n° 3, p. 219-20, 1965, Fonds Simon, 17 AF 39; P. Simon, 1968, *Précis de contraception*, p. 205, Fonds Simon, 17 AF 39).

Ces réticences des médecins à l'égard du DIU perdurent encore aujourd'hui, puisque selon les données de Fecond 2010 (voir tableau 5.3), une très large majorité de prescripteurs·trices considèrent qu'il est contre-indiqué chez les nullipares (84 % des généralistes et 69 % des gynécologues), et une proportion non négligeable pensent qu'il est associé à un risque élevé d'infection pelvienne (42 % des généralistes et 28 % des gynécologues) ou de grossesse extra-utérine (54 % des généralistes et 42 % des gynécologues). Elles et ils considèrent par ailleurs majoritairement que cette méthode n'est pas la contraception réversible la plus efficace (68 % des généralistes et 64 % des gynécologues).

Élisabeth Aubeny met également en évidence comment les pratiques des médecins français·es pouvaient en partie être influencées par des pratiques en vigueur à l'étranger, ici, aux États-Unis :

« Et du coup en parallèle de ça, quelle était la perception du DIU ?

- En bien, le dispositif intra-utérin, moi je me souviens la première fois qu'on en a entendu parlé c'était un Américain qui est venu en parler (...) – nous on nous avait appris dans notre jeunesse que mettre quelque chose à l'intérieur de l'utérus, ça entraînait un risque de syncope mortelle. Et quand l'Américain il nous racontait qu'il mettait des stérilets comme ça, je me souviens qu'avec ma copine on s'est levées et on lui a dit : “est-ce que vous avez eu des accidents mortels ?” Le type nous a regardées avec des yeux ronds, en disant : “mais ça va pas la tête.” Donc on avait dans notre tête que de pénétrer dans un utérus, ça pouvait donner des syncopes mortelles. (...) Donc on était un peu réticents, hein. Ensuite il est arrivé les histoires aux États-Unis avec le Dalkon Shield, ça nous a freiné encore un peu.

- Et ça ça a été beaucoup relayé en France ?

- Ah oui. (...) Tout le monde était au courant. (...) On ne savait pas que c'était à cause de deux fils, deux filaments qui étaient mal faits, que c'était ça, si c'était le Dalkon en particulier, ou si c'étaient tous les stérilets. Et puis le gouvernement nous avait pas encouragés, hein. Vous avez vu, il fallait avoir une bouteille d'oxygène, il fallait je sais pas quoi et je sais pas quoi, pour poser des stérilets. Ça a duré longtemps, ça. (...) Ça a peut-être duré dix ans ces trucs-là, ça trainait. Alors on est passé-e-s outre au bout de quelques temps, parce qu'on a vu que bon, et le Dalkon Shield ça s'est calmé. Mais ça a duré longtemps, on n'était pas très tranquilles. (...) Il a fallu attendre qu'on nous prouve avec les Américains que ça donnait pas d'infection etc. et alors à ce moment-là on s'est dit qu'on pouvait essayer d'en mettre.

- D'en mettre, mais pas forcément beaucoup à des femmes nullipares, si ?

- Mais alors, je pense que moi même j'étais très réticente à mettre à des nullipares, et puis l'expérience a prouvé que c'était bien toléré. Donc on s'est lancé. »

(Élisabeth Aubeny, ancienne gynécologue médicale, co-fondatrice de l'Association
française de contraception, entretien du 16 février 2017 à son domicile)

É. Aubeny relate ici l'impact du scandale sanitaire aux États-Unis autour du Dalkon Shield, un DIU ayant causé la mort de certaines utilisatrices, et de nombreuses perforations utérines et stérilités. Bien que l'importance de ce scandale sur les pratiques prescriptives françaises ne nous ait été confirmée ni par les autres entretiens, ni par nos autres sources⁵⁰, il est intéressant d'envisager qu'un scandale sanitaire aux États-Unis puisse avoir des conséquences durables sur les représentations d'une partie des médecins en France. É. Aubeny suggère également la manière dont les décrets d'application de la loi Neuwirth réglementant la pose du DIU en France, parus en 1972, ont associé durablement cet acte médical à un acte dangereux nécessitant un équipement technique perfectionné et une surveillance médicale spécifique. Ce n'est, selon elle, qu'avec le temps et l'expérience apportée par les médecins d'autres pays que les pratiques ont lentement évolué.

La hiérarchisation dans la recommandation des différentes méthodes par les praticien-ne-s donne donc très largement la primauté à la contraception orale. Les médecins ont tendance à disqualifier les autres méthodes car elles présentent, selon les représentations médicales dominantes, davantage de risques, une moindre efficacité, ou ne répondent pas au critère de réversibilité. La section suivante montre que les pratiques de recommandation des médecins sont d'autant plus diversifiées qu'ils et elles ont suivi des formations dédiées pour la contraception, et qu'à l'inverse, la prescription exclusive de contraceptifs oraux est le fait des médecins formé-e-s *a minima*. Ces analyses ne portent que sur l'enquête Fecond 2010, mais renseignent sur des représentations et des pratiques professionnelles façonnées en amont, dans les années ou les décennies qui précèdent.

5.2.2 (Absence de) formation et prescription contraceptive

Dans le cadre d'un travail portant spécifiquement sur la prescription contraceptive à partir de l'enquête Fecond 2010 (Roux *et al.*, 2017), nous avons cherché à distinguer différents profils de prescripteurs-trices – en fonction des différentes méthodes qu'ils ou elles recommandaient et de leur fréquence de recommandation – et de caractériser ensuite ces profils en fonction des caractéristiques personnelles et socio-professionnelles des médecins et de leurs représentations. Pour établir cette

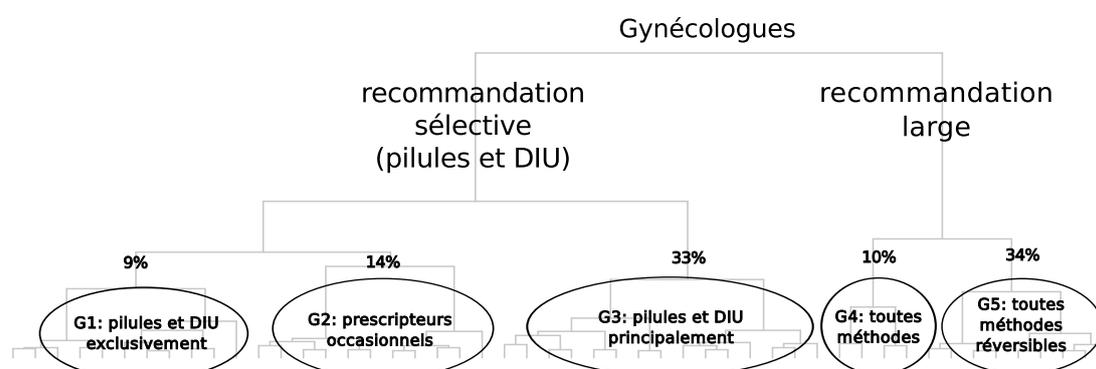
50. Au contraire des États-Unis où le scandale a été retentissant et a entraîné de nombreux procès, et une chute durable dans le recours au DIU (Takeshita, 2012).

typologie des différents profils, nous avons eu recours à une analyse des correspondances multiples (ACM), et à une classification ascendante hiérarchique (CAH) sur les recommandations contraceptives des médecins. Pour chaque méthode de contraception, la fréquence de recommandation sur les douze mois précédent l'enquête était demandée aux médecins⁵¹. Une fois la typologie de prescripteurs·trices obtenue, des variables supplémentaires renvoyant aux caractéristiques, opinions et indicateurs de formation des médecins ont été projetées dans l'espace des pratiques. Les modalités associées à un profil de prescription plutôt qu'à un autre permettent de préciser les caractéristiques des types de prescripteurs·trices. Compte tenu des différences au niveau des pratiques professionnelles, de la formation et des types de patientèles, nous avons mené deux séries d'analyses séparées pour les gynécologues et les généralistes, ce qui permet de prendre en compte les structures de pratiques liées à l'activité (centrée sur la contraception ou au contraire diversifiée sur de multiples motifs de consultation). Ce parti-pris n'empêche pas des similarités dans les structures d'opposition des deux sous-populations, qui rendent leurs logiques de prescription comparables.

Des prescriptions centrées sur la pilule quand les médecins ne sont pas formés à la contraception

L'inégale considération des méthodes contraceptives renvoie à des profils spécifiques de prescripteurs·trices. Les figures 5.2 et 5.3 présentent les représentations graphiques (dendrogrammes) des classifications sur les gynécologues et les généralistes, et la typologie élaborée à partir des résultats de la classification.

FIGURE 5.2 – Dendrogramme de la classification ascendante hiérarchique sur les gynécologues



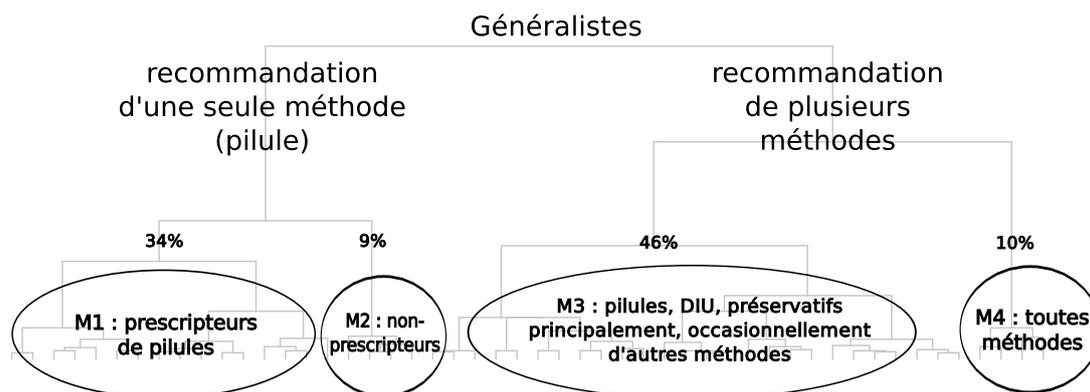
Champ : médecins gynécologues pratiquant en cabinet en France métropolitaine.

Source : enquête Fecond 2010, volet « médecins », INSERM-INED.

51. « Concernant la contraception, avez-vous recommandé les méthodes suivantes au cours des 12 derniers mois ? ». Les réponses possibles étaient « souvent, parfois, rarement, ou jamais ».

Parmi les gynécologues, dont l'activité est en partie dédiée à la contraception et qui en sont les principaux·ales prescripteurs·trices en France, on observe un partage entre les médecins centré·e-s sur un nombre restreint de contraceptifs, et ceux·celles qui recommandent une variété de méthodes. Les deux premières catégories (G1 et G2, 23 % des gynécologues) recommandent rarement ou jamais d'autres méthodes que les pilules ou que les DIU. Le groupe G3 (33 % des gynécologues) se distingue par une recommandation plus fréquente de DIU et de pilules, et propose parfois d'autres méthodes. En opposition à ces trois groupes se trouvent les gynécologues qui recommandent souvent une pluralité de méthodes. Le groupe G4 (10 % des gynécologues) propose toutes les méthodes sans établir de hiérarchie entre elles (y compris la stérilisation tubaire et la vasectomie), tandis que le groupe G5 (34 % des gynécologues) recommande souvent la plupart des méthodes, sauf la stérilisation tubaire, la vasectomie, les méthodes naturelles et le préservatif féminin.

FIGURE 5.3 – Dendrogramme de la classification ascendante hiérarchique sur les généralistes



Champ : médecins généralistes pratiquant en cabinet en France métropolitaine.
Source : enquête Fecond 2010, volet « médecins », INSERM-INED.

Un partage similaire entre recommandation restreinte et recommandation large se retrouve chez les généralistes, avec une focalisation plus marquée sur la pilule contraceptive. Le premier sous-ensemble est constitué par des généralistes qui recommandent essentiellement la pilule, de manière plus ou moins fréquente (43 % des généralistes). Le groupe M1 (34 % des généralistes) propose les différentes pilules, parfois le préservatif masculin, et rarement ou jamais d'autres méthodes. S'ajoutent aux médecins généralistes restrictifs·ives dans leurs recommandations, les praticien·ne-s qui ne prennent que partiellement en charge la contraception dans leur pratique, et qui recommandent occasionnellement des pilules, jamais d'autres méthodes (M2, 9 % des généralistes)⁵². À l'inverse, les groupes M3 et M4 proposent

52. Je les ai appelé·e-s les « non-prescripteurs·trices », car la contraception ne semble représenter

aux femmes plusieurs méthodes contraceptives, quoiqu'inégalement considérées. 46 % des généralistes interrogés (M3) recommandent souvent les méthodes les mieux connues (pilule, DIU, préservatif), et moins souvent les méthodes hormonales alternatives (patch, implant, anneau, contraception d'urgence), les spermicides et la stérilisation tubaire, et jamais les méthodes les moins connues ou les moins légitimes en France (vasectomie, préservatif féminin, méthodes naturelles). Enfin, une petite partie de notre échantillon de généralistes (M4, 10 %) recommande toutes les méthodes sans établir de hiérarchie entre elles, et sans en discriminer certaines *a priori*.

Cette typologie confirme la centralité de la pilule dans les recommandations de tou-te-s les praticien-ne-s, mais aussi l'inégale considération des autres méthodes contraceptives, et la manière dont différents profils de médecins écartent *a priori* certaines méthodes. Dans une enquête qui aurait tendance à sur-sélectionner les médecins qui se sentent concerné-e-s ou intéressé-e-s par les questions de santé sexuelle et reproductive, on perçoit une forte variabilité des recommandations contraceptives. Presque la moitié des médecins recommande une faible diversité de méthodes (pilule ou DIU), et ce quelle que soit leur spécialité. En outre, chez la plupart des médecins qui proposent une diversité de méthodes, il demeure une hiérarchie entre les différentes méthodes contraceptives, qui ne renvoie pas seulement à une logique d'efficacité ou de simplicité de la méthode. Ces médecins ne recommandent par exemple que rarement voire jamais la vasectomie, qui est pourtant la méthode la plus efficace après l'implant et le DIU hormonal, et représente une intervention moins lourde et moins coûteuse que la stérilisation tubaire, pourtant plus fréquemment recommandée.

Afin de mieux comprendre ces profils, nous avons cherché à étudier les caractéristiques socio-professionnelles et les représentations de la contraception associées à chacune de ces catégories de médecins. Aux profils de prescripteurs-trices dessinés par nos classifications correspondent des univers normatifs différenciés, où les représentations des « bonnes » pratiques professionnelles varient en même temps que la légitimité accordée par les médecins à certaines méthodes plutôt qu'à d'autres. Cette légitimité s'inscrit dans les représentations qu'ont les médecins de la meilleure contraception pour les femmes, et des causes possibles des échecs contraceptifs, influencées par leur formation mais aussi par les contextes dans lesquels elles et ils évoluent. Les tableaux 5.4 et 5.5 synthétisent les profils de prescripteurs-trices selon plusieurs variables supplémentaires sur la formation, les caractéristiques socio-professionnelles et les représentations des méthodes contraceptives.

qu'une part négligeable de leur activité. Ils et elles n'ont pour autant pas été exclu-e-s de l'analyse, car ils-elles déclarent prescrire des contraceptifs (principalement oraux).

Ces typologies prescripteurs·trices caractérisées par les variables supplémentaires donnent à voir un lien entre diversité des recommandations et niveaux de formation (universitaire et continue) ou d'information (visiteuses·eurs médicales·aux, congrès, presse médicale, rapports des autorités de santé) en contraception. La classification portant sur les généralistes montre que celles et ceux qui proposent seulement la pilule de manière occasionnelle (groupe M2), et ceux et celles qui recommandent rarement d'autres méthodes que la pilule (groupe M1) n'ont pas suivi de formation médicale continue (FMC) en contraception sur les trois dernières années, n'ont pas reçu de visiteurs médicaux pour des produits contraceptifs sur cette même période, et ne connaissent pas les préconisations de la HAS de 2004. À l'inverse, les généralistes qui proposent d'autres méthodes que la pilule (M3 et M4) ont suivi plusieurs formations à la contraception sur les trois dernières années, signalent avoir reçu des visiteurs médicaux pour l'implant, la pilule de 3^e génération, les DIU au cuivre et à la progestérone, et déclarent connaître les rapports des autorités de santé sur la contraception et lire régulièrement des revues médicales. Ces résultats suggèrent donc des disparités entre les médecins formé·e·s *a minima* ou non formé·e·s, et les généralistes qui entreprennent une démarche pour se former en matière contraceptive, renvoyant à une « spécialisation informelle » développée selon leur intérêt et leur conception personnelle de la médecine et du patient. Ces disparités de formation tiennent également à la variabilité des carrières professionnelles des médecins (Bloy, 2011), et semblent par exemple renforcées par la diversité des lieux d'exercice. Les recommandations contraceptives sont en effet plus variées chez les généralistes qui exercent dans des structures collectives (centre hospitalier, clinique privée, cabinet privé de groupe) que chez les médecins qui exercent seul·e·s en cabinet privé. L'exercice médical au sein d'une structure collective peut en effet permettre de pallier l'absence de formation par la circulation de l'information et de savoir-faire entre collègues.

Chez les gynécologues, bien que la formation en contraception fasse partie du cursus universitaire, on retrouve un antagonisme similaire dans le lien entre recommandations et degrés de formation. Le clivage s'établit non pas entre faibles prescripteurs·trices et les autres, mais entre ceux ou celles qui limitent leurs recommandations à la pilule et au DIU, et celles et ceux qui proposent aux femmes un panel de méthodes plus large. Les premier·e·s n'ont pas suivi de formation en sexologie – médecine sexuelle (G1) ou sont spécialisé·e·s en obstétrique (G2), ne sont pas en contact avec des visiteuses·eurs médicales·aux (G1, G2) et n'ont pas suivi de formation continue ou de congrès en santé sexuelle et reproductive au cours des trois dernières années, tandis que les second·e·s sont davantage formé·e·s et informé·e·s en matière contraceptive.

Les médecins les moins bien formé·e·s en contraception partagent des savoirs profanes sur les méthodes long cours qui vont à l'encontre des études sur l'efficacité contraceptive, considérant par exemple que le DIU n'est pas la méthode réversible la plus efficace (groupe G1), et l'associant à un risque élevé d'infection pelvienne (M2). Si ces médecins se déclarent peu à l'aise pour aborder avec leurs patientes les problèmes associés aux contraceptifs (intolérance au DIU, effets secondaires de la pilule, IVG, grossesses non prévues), leur absence de formation spécifique se traduit surtout dans leurs représentations négatives des méthodes long cours. Elles et ils jugent les stérilisations féminines et masculines sans intérêt ou inutiles car il existerait d'autres moyens réversibles aussi efficaces (G1, G2, M1, M2). Par ailleurs, les grossesses non prévues sont dans ces groupes davantage renvoyées à des enjeux psychologiques (insouciance vis-à-vis du risque de grossesse, ambivalence des femmes face au désir d'enfant) qu'à des difficultés techniques (échecs de DIU, de préservatifs, ou de méthodes naturelles, difficultés d'observance de la contraception). À l'inverse, les médecins les mieux formé·e·s en santé sexuelle et reproductive et qui recommandent la plus grande diversité de méthodes sont celles et ceux qui se sentent le plus à l'aise pour aborder toutes les thématiques contraceptives, qui attribuent les grossesses non prévues à des erreurs techniques plutôt qu'à des défaillances psychologiques, et qui ne jugent ni le DIU ni les méthodes de stérilisation dangereuses ou inutiles.

À travers ces représentations de la contraception se pose la question du choix laissé aux utilisatrices, et de la conception qu'ont les praticien·ne·s de leur rôle dans ce choix. Renvoyer les échecs contraceptifs à des caractéristiques psychologiques individuelles permet d'occulter la question de l'adéquation des méthodes à leurs utilisatrices, et de la responsabilité professionnelle dans cette adéquation. En outre, le fait de sélectionner *a priori* les méthodes contraceptives à recommander (et d'en écarter implicitement certaines comme étant des mauvaises méthodes) laisse penser que la prise en compte des attentes et contraintes individuelles des usager·e·s n'est pas au centre des recommandations des médecins les moins bien formé·e·s. En l'absence de formation spécifique sur la contraception, la méthode la plus prescrite est la méthode la plus connue, mais sans doute aussi la plus facile à prescrire. La prescription de pilule – ou sa reconduction – maintient le cadre classique de la consultation médicale où le médecin prescrit un traitement après avoir écarté les contre-indications éventuelles, sans nécessiter la maîtrise d'un geste technique spécifique (comme dans le cas de la pose du DIU ou de l'implant), ni l'évocation de la sexualité des patientes lors de la consultation. L'absence de formation spécifique sur la contraception laisse par ailleurs le champ libre à la subjectivité des praticien·ne·s.

Tableau 5.4 – Typologie des gynécologues de la CAH avec variables supplémentaires (Fecond 2010)

Variables actives : recommandations contraceptives

Variables supplémentaires : indicateurs de formation initiale et continue (spécialité, spécialisations, FMC et congrès, lecture de revues médicales, connaissance des rapports sur la contraception, visiteuses-eurs médicales-aux pour des produits contraceptifs) ; degré de prise en charge contraceptive et pose de contraceptifs (DIU, implant) ; contexte d'exercice (lieu d'exercice, localisation, âges et sexes de la patientèle, lien avec l'enseignement-recherche) ; caractéristiques personnelles des médecins (âge, sexe) ; variables d'opinion sur les causes des grossesses non prévues, les indications du DIU, de la stérilisation tubaire et de la vasectomie ; fait d'être à l'aise pour aborder certaines thématiques avec leurs patient-e-s.

Note : FMC : Formation médicale continue ; VM : visiteuse-eur médical-e ; HAS : Haute autorité de santé ; GNP : grossesse non prévue.

Avis sur les méthodes : ++ : très bonne méthode ; + : bonne méthode ; - : avis mitigé ; - - : pas très bonne méthode ; - - - : mauvaise méthode.

	Formations et informations	Caractéristiques	Opinions
G1 (9 %, n=39) : Prescripteurs-trices de pilules et DIU exclusivement	Pas de FMC en sexologie – médecine sexuelle, pas de VM pour un implant ou un DIU. Ne connaît pas les recommandations de la HAS. Ne pose jamais d'implants. Prend en charge la contraception en partie.	Patientèle : grande ville, femmes de 18-45 ans, rarement ou jamais de filles de moins de 18 ans. Activité d'enseignement-recherche (10 dernières années). Homme.	DIU : + - (pas la plus efficace, mais débouche rarement sur des GNP. GNP : liées à une ambivalence des femmes face au désir de grossesse. Stérilisation tubaire et vasectomie : - -
G2 (14 %, n=56) : Prescripteurs-trices occasionnel-le-s	Spécialisé en gynécologie-obstétrique. Pas de formation en sexologie – médecine sexuelle, contraception ou prise en charge de l'IVG. VM pour des implants.	Clinique privée. Homme. Prend en charge moins souvent des filles de 15-17 ans.	GNP : pas liées à une ambivalence des femmes face au risque de grossesse, ou à des échecs de DIU. Stérilisation tubaire : - -
G3 (33 %, n=137) : Prescripteurs-trices de pilules et DIU principalement		Ne fait pas d'enseignement ni de recherche. Femme.	DIU : ++ ; pas associé à un risque élevé de grossesse extra-utérine. GNP : liées à des difficultés d'observance de la contraception, ou à des échecs de préservatifs.
G4 (10 %, n=42) : Prescripteurs-trices non discriminant-e-s	A reçu des VM pour un implant.	Prend en charge des filles de 11-14 ans et de 15-17 ans tous les jours.	Stérilisation tubaire : ++ GNP : liées à des échecs du préservatif ou des méthodes naturelles. Très à l'aise pour aborder les dysfonctions sexuelles féminines avec ses patient-e-s.
G5 (34 %, n=138) : Prescripteurs-trices de méthodes réversibles	A suivi des FMC en contraception, et prise en charge de l'IVG. A reçu des VM pour différents produits contraceptifs.	Exerce en centre de PMI. Femme. Prend moins souvent en charge des filles de 11-14 ans.	Vasectomie : - -

Tableau 5.5 – Typologie des généralistes de la CAH avec variables supplémentaires (Fecond 2010)

Généralistes	Formations et informations	Caractéristiques	Opinions
M1 (34 %, n=198) : Prescripteurs-trices de pilules	Pas de formation universitaire en gynécologie-obstétrique, ou de FMC en contraception. Pas de VM pour les DIU ni l'implant. Ne connaît pas les recommandations de la HAS ni le rapport IGAS sur la contraception. Ne pose jamais d'implant ni de DIU. Lit parfois des revues médicales.	N'exerce ni en clinique privée ni en centre hospitalier. Patientèle : hommes et femmes de 18-45 ans, filles et garçons de moins de 18 ans. Homme, n'a pas eu recours aux spermicides ni au DIU avec ses partenaires.	Plutôt à l'aise pour aborder les effets secondaires de la pilule, l'IVG et les GNP, mais pas l'intolérance au DIU. DIU : + - ; contre-indiqué chez les nullipares. Stérilisation tubaire : + - (efficace mais méthodes réversibles aussi efficaces). GNP : pas dues à l'ambivalence des femmes face au désir de grossesse ou à des échecs de préservatifs, mais parfois aux difficultés d'observance de la contraception.
M2 (9 %, n=55) : Non-prescripteurs-trices	Pas de FMC en contraception ni prise en charge de l'IVG, pas de VM pour des contraceptifs. Ne connaît pas les recommandations de la HAS. Adresse à un autre spécialiste pour la contraception, ou prend en charge la contraception en partie. Ne pose jamais d'implant ni de DIU.	Cabinet privé seul-e. Patientèle : femmes et d'hommes de 18-45 ans, moins souvent des filles et des garçons de 15-17 ans, et jamais de filles de 11-14 ans. A entre 40 et 44 ans.	Pas du tout à l'aise pour aborder l'intolérance au DIU, les difficultés ou dysfonctions sexuelles féminines, les effets secondaires de la pilule, l'IVG. GNP : dues à l'insouciance vis-à-vis du risque de grossesse, rarement à des difficultés d'observance. Vasectomie et stérilisation tubaire : - - DIU : risque élevé d'infection pelvienne.
M3 (46 %, n=269) : Prescripteurs-trices de méthodes diverses, mais inégalement considérées	A suivi plusieurs FMC en contraception, et a reçu des VM pour plusieurs contraceptifs. Connaît les recommandations de la HAS. Prend en charge la contraception intégralement. Pose parfois des implants et des DIU.	Cabinet privé de groupe. Patientèle : filles 11-14 ans, filles et garçons de 15-17 ans et femmes de 18-45 ans. Femme, 45-49 ans.	À l'aise pour aborder les dysfonctions sexuelles féminines avec ses patient-e-s. GNP : liées aux difficultés d'observance de la contraception, parfois à de l'insouciance vis-à-vis du risque de grossesse. Stérilisation tubaire : ++. DIU : ++ ; pas contre-indiqué chez les nullipares.
M4 (10 %, n=59) : Prescripteurs-trices non discriminant-e-s, spécialisé-e-s en contraception	Mode d'exercice particulier. Formation universitaire en sexologie et gynécologie/obstétrique, et formation continue en contraception, prise en charge de l'IVG et sexologie – médecine sexuelle. VM pour plusieurs produits contraceptifs. Connaît les rapports de la HAS et de l'IGAS sur la contraception, et lit souvent des revues médicales. Prend en charge la contraception intégralement, pose souvent des implants et des DIU.	Clinique privée ou centre hospitalier. Patientèle : femmes de 18-45 ans, rarement des moins de 18 ans, et jamais d'hommes. Femme.	À l'aise pour aborder tous les sujets avec leurs patient-e-s. Vasectomie et stérilisation tubaire : ++. DIU : ++ ; pas associé à un risque d'infection pelvienne, mais contre-indiqué chez les nullipares. GNP : souvent dues à une ambivalence face au désir de grossesse, à des échecs de préservatif, et à de l'insouciance vis-à-vis du risque de grossesse.

Des professionnel·le·s aux logiques profanes

En l'absence de formation standardisée, les caractéristiques personnelles et l'expérience contraceptive – en tant qu'utilisateur·e·s – des médecins sont d'autant plus susceptibles d'orienter leurs recommandations. Le sexe du médecin est d'ailleurs explicitement associé à certains profils de prescripteurs·trices : chez les généralistes, les prescripteurs·trices de pilules (M1) sont principalement des hommes, tandis que les recommandations diversifiées sont principalement le fait de femmes (M3). Chez les gynécologues, on retrouve le même clivage entre des profils plus masculinisés qui recommandent peu de méthodes, et des profils relativement plus féminisés associés à des recommandations diversifiées. Le fait que le groupe des médecins diversifiant leurs recommandations soit plus féminisé fait écho à l'attribution traditionnelle des responsabilités contraceptives au sein du couple aux femmes exclusivement, et à la croyance en une expertise féminine en matière de santé reproductive qui serait naturelle. Mais l'importance des expériences personnelles en matière de contraception s'illustre surtout par le lien entre utilisation d'une méthode contraceptive par le ou la médecin et recommandation de cette méthode (Tableau 5.6).

En effet, quelle que soit la spécialité et quel que soit le sexe du·de la médecin, le fait d'avoir personnellement utilisé une méthode conduit à la recommander davantage. La probabilité de recommander une méthode plutôt que de ne pas le faire est en effet 2 à 5 fois plus grande lorsque le·la médecin (ou sa·son partenaire) a déjà expérimenté la méthode. Et ce, non seulement dans le cas des méthodes les moins utilisées (anneau, implant, ou spermicides), mais aussi pour les méthodes les plus connues et les plus utilisées par les praticien·ne·s (pilules de 2^e et 3^e générations, DIU au cuivre, préservatif masculin). Une analyse stratifiée montre également l'impact accru de l'expérimentation de certaines méthodes sur leur recommandation, en fonction du sexe du médecin⁵³.

Non seulement le fait d'avoir utilisé une méthode conduit à la recommander davantage, mais plus les médecins ont utilisé de méthodes, plus leurs recommandations sont diversifiées. Un modèle de régression linéaire expliquant le nombre de méthodes recommandées par le nombre de méthodes utilisées, le sexe et la spécialité, montre de manière significative qu'il existe un effet propre du degré d'expérience personnelle du médecin en matière contraceptive sur sa diversité de

53. Avoir déjà utilisé la méthode avec son partenaire accroît davantage les chances relatives des femmes médecins de recommander des pilules de 3^e génération, des DIU, et des méthodes naturelles. Chez les hommes, le fait d'avoir utilisé la méthode avec sa partenaire augmente les chances de proposer des implants, des préservatifs masculins et des méthodes naturelles autre que le retrait. L'expérience personnelle apparaît différenciée chez les médecins hommes et femmes, augmentant inégalement leurs probabilités de recommandations.

recommandation ⁵⁴.

Tableau 5.6 – Rapport de chances relatives (odds-ratios bruts) de recommander une méthode lorsque les médecins l'ont déjà utilisée avec leur partenaire

Méthode utilisée par les médecins avec leur partenaire	Pourcentage de médecins qui l'ont utilisée	Pourcentage de recommandation chez ceux qui l'ont utilisée	OR de recommandation	95 % IC
Pilule 3 ^e génération	39 %	97 %	3,9***	[2,12 ;7,13]
Pilule 2 ^e génération	72 %	95 %	2,0*	[1,14 ;3,40]
Pilule progestative	21 %	93 %	1,7	[0,81 ;3,52]
DIU cuivre	43 %	86 %	3,5***	[2,52 ;4,81]
DIU progestérone	22 %	84 %	1,7*	[1,11 ;2,45]
Implant	1,6 %	81 %	3,4	[0,97 ;12,1]
Anneau	6,1 %	87 %	5,1***	[2,38 ;10,8]
Préservatif masculin	59 %	84 %	1,8***	[1,35 ;2,52]
Préservatif féminin	1,7 %	29 %	2,1	[0,72 ;5,96]
Spermicides	16 %	54 %	3,2***	[2,25 ;4,47]
Retrait, méthodes naturelles	19 %	14,2 %	2,5***	[1,49 ;4,03]

* Significatif à 10 % ; ** Significatif à 5 % ; *** Significatif à 1 %

Source : enquête Fecond 2010, volet « médecins », INSERM-INED.

Champ : médecins généralistes et gynécologues pratiquant en cabinet en France métropolitaine.

Lecture : La probabilité de recommander la pilule de 3^e génération plutôt que de ne pas le faire est 3,9 fois plus grande lorsque le-la médecin a déjà utilisé la méthode avec son-sa partenaire, que lorsqu'il ou elle ne l'a jamais expérimentée.

Au final, l'hétérogénéité des profils de prescripteurs·trices de contraception renvoie à la diversité de leur formation, de leur parcours professionnel, de leur expérience personnelle en matière contraceptive, et de leur identité sexuée. Plus les médecins ont mis à jour leurs connaissances par des formations récentes, en lien avec les résultats des recherches nationales et internationales sur la contraception, plus elles et ils sont susceptibles d'avoir des logiques de prescription diversifiées, qui ne hiérarchisent pas les méthodes. Comme l'a montré C. Ventola, cela tient globalement à un problème plus structurel dans la formation continue des médecins

54. Toutes choses égales par ailleurs, les chances de recommander une méthode supplémentaire augmentent de 2 % à chaque fois que le ou la médecin a expérimenté une méthode supplémentaire au cours de sa carrière contraceptive. Cela signifie par exemple qu'un-e médecin – quel que soit son sexe et sa spécialité – qui a expérimenté six méthodes au cours de sa vie a 32 % de chances en plus qu'un-e médecin qui n'a connu qu'une seule méthode de recommander une méthode supplémentaire (résultats significatifs au seuil de 1 %).

en France, qui n'est conditionnée à aucun objectif de santé publique (Ventola, 2017). En l'absence d'encadrement des pratiques et de formation standardisée sur la prescription contraceptive, les recommandations des médecins en matière contraceptive sont très variables. Leurs logiques prescriptives varient selon le type de formation qu'ils et elles ont reçue mais également selon leurs expériences personnelles des méthodes contraceptives, rattachant leurs pratiques professionnelles à des logiques profanes plutôt qu'à des connaissances scientifiques. Les logiques de prescription des médecins sont également susceptibles de varier en fonction des caractéristiques des personnes qui consultent.

5.2.3 Des logiques de prescription discriminantes

Plusieurs travaux ont montré dans quelle mesure le déroulé de la consultation médicale pouvait varier selon les caractéristiques des patient·e·s (Boltanski, 1971; Fainzang, 2001), posant des questions d'équité et d'égalité dans la délivrance des soins. Certains travaux ont montré que cette question se posait également dans le domaine de la prescription contraceptive. Lucile Ruault (2015) a notamment montré que les gynécologues dispensaient l'information sur les méthodes contraceptives de manière très variable selon l'âge et le nombre d'enfants des femmes qui les consultaient, présentant ainsi les mêmes méthodes de manière très différentes selon qu'ils ou elles avaient affaire à des femmes jeunes ou d'âge mûr, ayant eu des enfants ou non. Elle parle ainsi de « douce pédagogie » employée par les médecins pour présenter le DIU à des femmes jeunes sans enfants comme une méthode douloureuse lors de la pose, avec de nombreux effets secondaires indésirables, mal tolérée et d'une efficacité variable, alors qu'il est présenté comme une méthode parfaitement simple et efficace, sans inconvénients et très peu douloureuse à la pose à des femmes ayant déjà eu des enfants, notamment au-delà de 35 ans. Au contraire, pour cette catégorie d'âge le préservatif est systématiquement banni par les professionnel·le·s et disqualifié en cours de consultation, étant associé dans les propos des médecins à la jeunesse et à l'immaturité, et donc ne convenant pas à des femmes d'âge mature. Elle montre plus globalement comment les professionnel·le·s participent à inscrire les femmes dans une norme reproductive, basée sur un âge socialement souhaitable pour enfanter, situé entre 20 et 35 ans. De cette norme reproductive découlent la recommandation d'une méthode de choix pour chaque âge de la vie des femmes, et la disqualification des méthodes utilisées hors de ce cadre normatif, mais également la stigmatisation des femmes qui y dérogent.

Cette disqualification de la légitimité d'une méthode ou de la légitimité pour certaines catégories de femmes d'y recourir se retrouve lorsque l'on s'intéresse

à des contraceptifs plus marginalement utilisés, qui sortent donc de la norme contraceptive. Dans son étude sur le contraceptif injectable, H. Bretin montre ainsi que « *les catégorisation des publics et des méthodes font aussi intervenir l'évaluation des compétences et des aptitudes requises pour une utilisation efficace, voire la légitimité même, du contrôle de la fécondité* » (Bretin, 2004, p. 89). Méthode commercialisée depuis les années 1980 en France mais très peu publicisée par ses fabricants auprès des médecins et rarement – voire jamais – mentionnée dans la formation médicale à la contraception, le contraceptif injectable apparaît ainsi comme une méthode de « dernier recours », lorsque les méthodes plus classiques que sont la pilule ou le DIU ont mené à des grossesses non souhaitées, et que les femmes se trouvent dans une situation socio-économique ou familiale trop précaire pour se permettre une grossesse au moment où elle utilisent ce contraceptif. Il est d'ailleurs utilisé comme contraception d'arrêt chez une partie des femmes interrogées, ne souhaitant plus d'enfants mais auxquelles la stérilisation tubaire a été refusée en raison de leur âge jugé trop peu élevé. La proposition (et plus rarement, l'imposition) de cette méthode par les professionnel-le-s de santé ne se fait que dans le cadre d'une « marginalité contraceptive », lorsque les femmes sont jugées incapables de prendre la pilule – en raison de leur faible niveau d'instruction, de leur précarité sociale et économique, de leur absence de maîtrise de la langue française dans le cas de femmes étrangères, ou encore dans le cas de troubles mentaux. Les rapports de classe dans lesquels s'inscrit l'étiquetage de l'incapacité contraceptive de ces femmes se doublent dans certains cas de rapports de pouvoir de race, puisque cette méthode est plus systématiquement proposée dans les structures de soins à des femmes étrangères nées dans des pays du Maghreb ou d'Afrique subsaharienne qu'à des femmes françaises ou nées dans d'autres zones géographiques. H. Bretin note ainsi que : « *s'appuyant sur des représentations partielles de la culture maghrébine, la pratique qui se conçoit et s'énonce comme un soutien à des femmes démunies est aussi une réponse médicalisée à la différence sociale et culturelle* » (Bretin, 2004, p. 96). Plus globalement, on peut dire que les logiques de prescription contraceptive s'orientent vers l'assignation de méthodes jugées marginales à des femmes catégorisées comme « déviantes » du point de vue de la norme contraceptive. Cette norme enjoint les femmes à maîtriser leur fécondité par les méthodes contraceptive, et stigmatise les grossesses trop rapprochées ou le recours à l'avortement.

Dans les cas les plus extrêmes, ces processus d'étiquetage et de réassignation culturelle peuvent conduire à ne même pas proposer de contraception, comme dans le cas de la prise en charge hospitalière des femmes identifiées comme roms étudiée par Dorothée Prud'Homme (Prud'Homme, 2016). Dans le service de gynécologie-

obstétrique qu'elle a étudié, les médecins considéraient en effet comme trop difficile d'aborder la question de la contraception avec les patientes identifiées comme roms, et renonçaient la plupart du temps à évoquer les possibilités contraceptives avec ces patientes au nom du respect de la différence culturelle, dans une vision stéréotypée de la communauté rom comme assignant les femmes très tôt et de manière durable à la maternité. Or comme le montre l'article, ces représentations sont parfois en décalage avec les attentes des femmes elles-mêmes, qui souhaiteraient obtenir des informations sur les contraceptifs, mais qui éprouvent souvent des difficultés à exprimer cette demande, du fait de décalages linguistiques mais également du rapport de classe perçu dans le cadre de la consultation médicale.

À l'inverse de ces situations de marginalités contraceptives, Nathalie Bajos et ses collègues ont montré que les prescripteurs·trices pouvaient également orienter leur recommandations selon la classe sociale des consultantes, nourrissant parfois les inégalités de santé dans l'accès aux innovations médicales (Bajos *et al.*, 2004). Elles et ils montrent ainsi que les pilules dites de troisième génération, supposées comporter moins d'effets androgénisants que les pilules d'anciennes générations et donc être mieux tolérées, sont plus facilement accessibles aux femmes des classes supérieures qu'aux femmes de catégories intermédiaires et populaires. Si la question du coût de ces méthodes à l'époque innovantes et non prises en charge par la Sécurité sociale peut jouer, l'article montre également que les prescripteurs·trices ont des logiques de prescription discriminantes selon la classe sociale des femmes qui consultent. Ainsi, les gynécologues proposent plus systématiquement des pilules de troisième génération aux femmes des classes supérieures qu'aux autres catégories de femmes, ce qui vient redoubler une inégalité déjà présente dans l'accès à ces spécialistes, qui est davantage le fait des femmes de classes supérieures. Les généralistes apparaissent moins discriminant·e·s que les gynécologues dans les méthodes proposées selon la classe sociale des consultantes. La prescription de ces pilules de nouvelles générations et l'ajustement des doses de manière personnalisée aux consultantes s'inscrit dans la rhétorique professionnelle de la gynécologie médicale centrée sur le suivi individualisé et l'écoute des femmes (Guyard, 2008)⁵⁵.

Les logiques de prescription consistant à orienter les recommandations contracep-

55. Ce suivi personnalisé fonction de la classe sociale se retrouve dans d'autres contextes géographiques, comme ce que décrit Emilia Sanabria (2010) au Brésil. Les contraceptifs injectables y sont particulièrement personnalisés, et l'ajustement des doses à chaque femme fait partie de la rhétorique des consultations privées principalement accessibles aux femmes de classes supérieures. À l'inverse, le recours à la pilule contraceptive dont le dosage est plus standardisé s'inscrit plutôt dans les consultations du secteur public, davantage utilisé par les femmes de classes populaires. Le recours au contraceptif injectable et à des doses d'hormones individualisées et non standardisées apparaît ici comme un facteur de forte distinction sociale, à l'instar de ce qui peut se jouer lors des consultations gynécologiques en France.

tives en fonction des caractéristiques sociales des femmes qui consultent s'inscrivent dans des rapports de pouvoir que ces logiques contribuent à reproduire. La disqualification de certaines usagères comme ne correspondant pas à la norme contraceptive et l'assignation de méthodes jugées marginales à ces usagères participe, par contraste, à renforcer la norme *médicale* contraceptive française : recommandation du préservatif chez les jeunes qui ne sont pas en couple stable, de la pilule chez les femmes en couple, jusqu'à 35-40 ans ou après deux enfants, et recommandation du DIU comme contraception d'arrêt. En cas de déviance des femmes par rapport aux normes sociales produites par la médecine (femme saine non migrante qui ne fume pas et qui a des enfants), d'autres méthodes sont envisagées, mais le choix semble principalement relever d'une décision du·de la médecin plutôt que des préférences de la personne qui consulte (Bretin, 1992). Cette manière de prendre en charge les demandes contraceptives entérine l'attitude médicale classique dans le cadre du traitement d'une maladie, et ne prend que rarement en compte les spécificités de la prescription contraceptive. Cette forme de prise en charge contribue également à renforcer une vision très pharmacologique de la contraception, où la pilule est la contraception de premier choix, sauf cas particulier de pathologies, d'âge ou de conditions sociales. En d'autres termes, cela renforce la centralité de la pilule dans la norme contraceptive française, et la qualification des autres méthodes comme caractérisant des situations médicalement pathologiques ou socialement déviantes.

Enfin, l'institutionnalisation de la formation médicale entre les années 1960 et les années 2000 s'oriente vers une très nette préférence pour la pilule contraceptive, qui se met en place dans les années 1970 et 1980, au moment même où l'expertise en contraception s'émancipe de la sphère militante et s'institutionnalise (chapitre 3). La formation initiale, telle qu'elle est dispensée au cours des études de médecine dans les années 1980 et 1990, entérine une vision pharmacologique de la prescription contraceptive, centrée sur la pilule, accordant au DIU un statut de méthode de seconde intention, et discriminant *a priori* les autres méthodes comme trop peu efficaces, ou comme ne faisant pas partie du champ de la contraception (à l'instar des méthodes définitives ou des méthodes contraceptives). La formation d'une partie des prescripteurs·trices s'arrête à cette formation initiale, et ce sont souvent les industries pharmaceutiques qui prennent le relais dans l'information sur les méthodes contraceptives. Or, comme le montre la partie suivante de cette thèse, de nombreuses logiques autres que la seule efficacité contraceptive ou la satisfaction des usager·e·s prévalent à l'élaboration des (in)formations produites par les industries. Les recommandations des prescripteurs·trices en matière contraceptive traduisent le pilulocentrisme de leur formation initiale, puisque moins les médecins sont formé·e·s, au-delà de leurs années d'études, aux spécificités de la prise en charge contraceptive,

plus elles et ils se focalisent sur les contraceptifs oraux, et, dans une moindre mesure, sur le DIU. Au contraire, ce sont les profils de prescripteurs·trices (in)formé·e·s de manière plus récente à la prescription contraceptive qui recommandent la plus grande diversité de méthodes, sans nécessairement les hiérarchiser *a priori*. La consultation en contraception n'est donc pas standardisée, et une grande variabilité existe selon les professionnel·les auxquelles femmes s'adressent, et selon le profil social des femmes. Mais qu'elles et ils soient formé·e·s ou non, la pilule demeure, dans tous les cas, la méthode la plus recommandée.

Conclusion de la partie II : la centralité de la pilule comme norme médicale française

Cette partie a permis d'analyser les ressorts de la (bio)médicalisation de la contraception en France, et la mise en place de la centralité de la pilule dans les normes produites par les expert·e·s et dans les pratiques médicales des gynécologues comme des généralistes.

Premièrement, la progressive professionnalisation de l'expertise en contraception entre les années 1960 et 2000 a favorisé une focalisation progressive de cette expertise sur les contraceptifs oraux. En effet, d'une activité militante, illégitime et semi-clandestine, l'expertise en contraception est progressivement institutionnalisée, notamment à l'hôpital. Cette professionnalisation et le gain de prestige qui l'accompagne se traduisent par une focalisation de plus en plus nette des expert·e·s médicaux·ales sur les produits hormonaux exclusivement, et la marginalisation des autres méthodes.

En second lieu, la biomédicalisation de la contraception apparaît comme un processus conjoint à l'institutionnalisation de la spécialité de gynécologie médicale. Si les gynécologues médicales·aux semblent avoir joué un rôle important dans la diffusion de la contraception médicale en France, et plus largement dans la médicalisation du corps des femmes, cette spécialité participe plus largement à la définition d'une norme médicale centrée sur la pilule.

Enfin, découlant des deux processus précédents, la formation des médecins en contraception s'est progressivement centrée sur les contraceptifs oraux. En effet, la définition du contenu de cette formation, tributaire des expert·e·s en contraception, mais également des logiques portées par la spécialité médicale la plus concernée par la prescription contraceptive, a progressivement conduit les médecins à considérer la pilule contraceptive comme méthode de première intention, le DIU comme méthode de relai – en cas d'impossibilité de recourir aux contraceptifs oraux – et à disqualifier les autres méthodes. La focalisation de la formation médicale sur ces deux méthodes et la hiérarchie très nette établie entre elles contribuent à limiter la diversité des méthodes effectivement recommandées et prescrites par les médecins lors des consultations contraceptives. C'est ce dernier argument qui nous permet de considérer que la norme contraceptive française est avant tout une norme médicale, résultant de pratiques professionnelles instituées entre les années 1970 et la fin des années 1980.

Le système contraceptif français s'est ainsi historiquement orienté vers une prise en charge médicale de la contraception, de l'information sur les contraceptifs et de leur mise à disposition. Le Planning familial, qui aurait pu constituer un

appui dans ce système et un contre-pouvoir au pouvoir médical, a rapidement été marginalisé dans l'arsenal étatique déployé en matière contraceptive, n'étant pas, au moment de la légalisation de la contraception et de la parution des décrets de la loi Neuwirth, investi du statut d'organisme d'utilité publique reconnu par l'État. Le Conseil supérieur à l'information sexuelle, mis en place sous l'égide des médecins qui ont quitté le Planning en 1973, a été reconnu comme organisme d'utilité publique et avait vocation à remplacer le Planning Familial dans le rôle d'information du public qu'il a joué dans les années 1960, tandis que la profession médicale devait prendre sa suite en matière de conseil et de mise à disposition des méthodes. Le Planning familial est donc, au début des années 1960, relégué au rang de simple association, non valorisée symboliquement ou économiquement par l'État. Au contraire, la profession médicale est investie d'une forte autorité et d'une large autonomie en matière contraceptive, que ce soit dans la définition des pratiques professionnelles ou du contenu de la formation médicale. Par la loi de 1967 puis celles de 1974 et de 1979, l'État organise la délégation de son pouvoir d'intervention en matière de régulation des naissances, en conférant aux médecins un monopole d'expertise et de prescription dans ce domaine.

Toutefois, la production de normes contraceptives ne se limite pas aux expert·e·s. Les industries pharmaceutiques interviennent également dans l'arène contraceptive française, afin d'orienter l'offre contraceptive et d'influencer les pratiques et les représentations médicales. La troisième partie de cette thèse explore les enjeux, pour ces industries, d'orienter leur offre vers les contraceptifs oraux, et leur rôle dans le façonnement d'une norme médicale centrée sur la pilule.

Troisième partie

Une norme co-produite :
industries et expert·e·s dans le
façonnement de l'offre
contraceptive

La norme de prescription de la pilule en première intention et du DIU comme relais à la pilule ou comme méthode d'arrêt n'est pas qu'ancrée dans les pratiques professionnelles des médecins. Il s'agit également d'une norme négociée et co-construite par les industries pharmaceutiques et les expert·e·s, dont les intérêts, de natures différentes, convergent vers la promotion de ce moyen de contraception.

Le chapitre 6 vise à montrer qu'après une période de diversification des types de contraceptifs mis sur le marché dans les années 1960 et 1970, l'offre contraceptive en France s'est progressivement centrée dans les années 1980 et 1990 sur les méthodes hormonales de contraception, et plus particulièrement sur les contraceptifs oraux. La promotion des pilules – davantage que des autres méthodes – constitue un enjeu économique important pour les industries pharmaceutiques, qui recentrent progressivement leurs innovations sur la diversification des types de pilules plutôt que sur une diversification de l'ensemble des méthodes.

Le chapitre 7 permet ensuite de comprendre les ressorts du façonnement de l'expertise médicale en contraception par ces mêmes industries pharmaceutiques. Ce chapitre explore dans quelle mesure la centralité de la pilule est co-construite par les industries et par les expert·e·s, en analysant les modalités selon lesquelles l'industrie parvient à informer l'expertise. La convergence des intérêts de ces deux types d'acteurs·trices, qui jouent un rôle central dans la formation médicale et dans l'établissement de pratiques professionnelles de prescription, permet de comprendre *in fine* la force de cette norme contraceptive centrée sur la pilule, et les difficultés à la contester.

Chapitre 6

Marketing scientifique et restriction de l'offre contraceptive : perspective historique sur le marché contraceptif

Ce chapitre s'intéresse à la manière dont l'industrie pharmaceutique façonne l'offre contraceptive, à travers l'orientation de ses recherches pour développer de nouveaux produits, et au travers du marketing scientifique déployé par les firmes (Gaudillière et Thoms, 2015). L'objectif de ce chapitre est d'identifier le contenu de l'offre contraceptive disponible et promue en France, de 1960 aux années 2000. Plus spécifiquement, quels sont les produits contraceptifs disponibles en France, entre 1960 et 2000, et quelles sont les innovations technologiques et marketing qui rythment l'évolution de ce marché ? De quels produits parle-t-on lorsque l'on parle de « la pilule » ou « du stérilet » ou de leurs alternatives ? Enfin, comment l'innovation technologique est traduite par les firmes en termes promotionnels ?

Dessiner les contours et les évolutions de l'offre contraceptive en France permet d'éclairer, sous un autre angle, comment la consommation de contraceptifs évolue avec et en fonction de l'offre proposée, les deux versants n'étant que rarement reliés dans les études sociologiques sur les produits pharmaceutiques, et l'offre elle-même restant un point aveugle de la plupart des enquêtes sur la contraception ¹.

1. H. Leridon (1987) parle de l'offre disponible avant la légalisation, dans les années 1960, pour souligner la circulation effective de produits alors même qu'ils sont censés être illégaux. Il retrace ensuite dans ses travaux l'évolution des pratiques contraceptives au travers des enquêtes

Il s'agit ici de comprendre dans quelle mesure l'évolution des pratiques a pu se faire conjointement à – ou résulter de – l'évolution de l'offre contraceptive et de sa promotion par les firmes pharmaceutiques. Autrement dit, dans quelle mesure la centralité de la pilule observée dans les pratiques contraceptives a-t-elle été façonnée par les industries pharmaceutiques, entre 1960 et 2000 ?

Ce chapitre se situe ainsi à la croisée de deux champs d'étude. D'une part, une perspective d'histoire des sciences et des techniques, soucieuse de rendre de compte des évolutions des produits utilisés pour limiter la fécondité, de leur élaboration et de leur circulation (Bullough, 1981; Marks, 2001; Tone, 2001; Oudshoorn, 2003; Löwy, 2011; Rusterholz, 2019). D'autre part, une perspective d'histoire et de sociologie de l'industrie pharmaceutique, attentive aux enjeux que peuvent représenter pour les firmes les différentes composantes du marché contraceptif, et leurs orientations stratégiques face aux évolutions de ce marché (Chauveau, 1999; Quirke, 2004; Gaudillière, 2004, 2010; Kessel, 2015; Greene, 2007; Coutinet et Abecassis, 2008; Abecassis et Coutinet, 2008; Ravelli, 2015; Nouguez, 2017). Il se centre spécifiquement sur le contenu de ce marketing scientifique, et notamment du matériel promotionnel produit par l'industrie².

Cette analyse historique s'inscrit également dans une mutation plus large du secteur de l'industrie pharmaceutique entre les années 1950-60 et les années 2000, marqué par de nombreuses évolutions. Certains travaux mettent en évidence les restructurations de l'industrie pharmaceutique dans l'après-guerre, issues de tendances plus large amorcées par l'expansion de l'industrie chimique dans les années 1920 et 1930 dans plusieurs pays européens et en Amérique du Nord (Chauveau, 2002; Gaudillière, 2004, 2010; Quirke et Gaudillière, 2008). Les années 1920 et 1930 avaient vu la transition d'un secteur pharmaceutique dominé par les préparations en pharmacies d'officine vers le développement de laboratoires de biochimie et de structures de recherche en lien avec des grandes entreprises de l'industrie chimique pour élaborer et produire à grande échelle des composants utilisés à des fins thérapeutiques.

Le succès de plusieurs innovations thérapeutiques dans les années 1950 et 1960 contribue à l'établissement de l'industrie pharmaceutique comme secteur de pointe, incarnation du progrès médical (Chauveau, 2002). L'expansion du secteur pharmaceutique est également soutenue par la rapide croissance de la consommation de médicaments, permise par la généralisation à toutes les couches de la population

nationales sur la contraception qu'il dirige, et au travers des chiffres de vente des produits. Mais sa focale principale reste l'évolution de la consommation de contraceptifs, et non l'offre contraceptive elle-même.

2. La question plus spécifique du lien entre ce marketing scientifique et l'élaboration de l'expertise en contraception est traitée dans le chapitre 7.

du système de Sécurité sociale. Ces décennies voient également la modernisation des équipements de l'industrie et la diversification des classes thérapeutiques produites, par l'achat de licences, et l'intensification de la Recherche et Développement (R&D) de nouveaux produits, intégrée dans des départements des grands groupes industriels qui se sont constitués à l'échelle nationale – voire européenne – entre les années 1930 et les années 1950.

La régulation accrue du secteur du médicament par les pouvoirs publics et le durcissement des conditions de mises sur le marché de nouveaux produits dans les années 1960 et 1970, ainsi que l'essoufflement plus global de l'innovation purement chimique conduisent à des restructuration du secteur, et à une orientation accrue des firmes vers le marketing, au travers des études de marché, et de l'intensification et diversification de la publicité auprès des prescripteurs-trices (Chauveau, 2002). À la fin des années 1970 et au début des années 1980, les firmes pharmaceutiques s'inscrivent de plus en plus dans des stratégies internationales, dans un contexte de mondialisation accrue du marché des médicaments (Chauveau, 1999, p. 637), et plusieurs phénomènes de ventes des activités annexes des firmes et de rachats de licences ou de développement de partenariats conduisent à une concentration de plus en plus forte du secteur (Abecassis et Coutinet, 2008). Les industries amorcent au cours des années 1980 la financiarisation de leurs activités (Montalban, 2011). Se développe ce que plusieurs travaux appellent le modèle des médicaments « *blockbuster* » qui sont consommés à grande échelle et dégagent de nombreux profits pour les firmes.

Enfin, les années 1970 à 1990 voient le déploiement de politiques de réduction des dépenses de santé dans de nombreux États, dont la France, et la mise en place de politiques de génériques (Abecassis et Coutinet, 2017; Nouguez, 2017), qui déstabilisent ce modèle des « *blockbusters* ». Les industries pharmaceutiques s'adaptent toutefois à la politique des génériques en développant plusieurs stratégies marketing (Grandfils, 2007), et en développant les produits pour deux marchés différenciés, un marché des *princeps* et un marché des génériques. Dans le même temps, plusieurs mouvements de fusions-acquisitions contribuent à la constitution de grands groupes pharmaceutiques mondiaux entre les années 1995 et 2010 (Abecassis et Coutinet, 2008).

Comme le montre ce chapitre, les différentes évolutions qui caractérisent le marché de la contraception s'inscrivent dans ces tendances plus larges qui affectent le secteur de l'industrie pharmaceutique. Pour cela, il s'appuie sur trois sources principales. Premièrement, l'analyse des archives du *Dictionnaire Vidal*, le dictionnaire des médicaments utilisé comme référence par les médecins français-es, permet de retracer en partie l'évolution de l'offre effective de contraceptifs en

France (quels produits sont disponibles à quel moment sur le marché, à quels prix, quel remboursement, etc)³.

Deuxièmement, l'analyse du matériel promotionnel de divers produits contraceptifs, récolté dans des revues médicales françaises des années 1960 aux années 2000⁴, permet de voir quels produits sont promus en France à quels moments, et d'identifier les firmes importantes sur le marché contraceptif.

Enfin, j'analyse les archives d'une firme pharmaceutique leader sur le marché européen – puis mondial – de la contraception : Schering AG. Cet important fonds d'archives consultable dans les locaux de l'entreprise Bayer à Berlin, comprend à la fois du matériel promotionnel des différents produits de l'entreprise, de la littérature grise sur les produits, des correspondances entre responsables de la firme et des rapports et analyses du marché contraceptif (voir encadré 6.1). Le fonds comprend également des publications documentaires élaborées par la firme elle-même sur son histoire et le développement de ses produits, notamment des oestro-progestatifs⁵. En suivant plus précisément la trajectoire d'une firme, on peut ainsi situer les enjeux de promotion de nouveaux produits, par rapport aux produits concurrents (stratégies de distinction), mais aussi par rapport à la gamme de produits déjà sur le marché (innovation). L'annexe F précise les produits mis sur le marché français par la firme, et les slogans associés au lancement de chaque produit.

La première partie du chapitre dessine globalement les contours du marché contraceptif français, et expose ses principales évolutions à partir de l'analyse des trajectoires de produits élaborées grâce au *Dictionnaire Vidal*. Le chapitre adopte ensuite une perspective chronologique, visant à retracer, pour trois périodes distinctes de 1960 à 2000, les dynamiques d'innovation sur ce marché et les logiques de promotions des nouveaux produits. L'annexe D de cette thèse permet de visualiser graphiquement les principaux produits qui sont en circulations en France pendant ces quatre décennies.

La deuxième partie du chapitre, focalisée sur la période allant de 1960 à 1974,

3. Les éditions annuelles du *Dictionnaire* ont pu être consultées de 1967 à 1999 aux archives de la Bibliothèque interuniversitaire de Santé-Médecine de l'Université Paris-Descartes, à l'exception de l'édition de 1970 qui n'était pas disponible. Les éditions de 1960 à 1966 n'étaient disponibles ni à cette bibliothèque, ni à la BnF où le *Dictionnaire* est également consultable de 1967 à 2000.

4. Les publicités analysées sont celles que j'ai trouvées dans des revues médicales lors de ma consultation des fonds d'archives de Pierre Simon (17 AF) et de Suzanne Képès (19 AF) à la Bibliothèque Universitaire d'Angers, complétée par l'analyse de la revue *Contraception, fertilité, sexualité* à la BnF.

5. R. Unger, U. Lachnit-Fixson, 1989, *Historische Entwicklung der "Pille" unter besonderer Berücksichtigung der Schering-Innovation*, Berlin, Schering Aktiengesellschaft, Schering Archives, 03-013-89-002 ; Schering, 1998, *Schering : Aus Berlin in alle Welt. Die Schering AG 1949-1971*, Berlin, Schering-Aktiengesellschaft, Schriftenreihe Scheringianum.

ENCADRÉ 6.1 – Schering AG, une entreprise leader sur le marché européen de la contraception

Une partie des analyses de ce chapitre repose sur des matériaux d'archives d'une firme pharmaceutique leader sur le marché de la contraception en Europe et dans le monde, Schering AG, basée à Berlin en Allemagne. L'entreprise Schering, issue de la tradition d'officine pharmaceutique allemande, se spécialise dans les années 1920-30 dans la préparation de produits hormonaux à partir de l'extraction de tissus glandulaires, puis à partir de la purification chimio-organique de matières premières naturelles à fort rendement hormonal (Gaudillière, 2004). Comme les autres firmes du secteur pharmaceutique, elle connaît plusieurs restructurations entre les années 1950 et les années 2000, mais parvient à s'imposer pendant cette période comme l'une des firmes dominantes sur le marché mondial des contraceptifs oraux, aux côtés de la firme américaine Wyeth, et de la firme hollandaise Organon. Elle est rachetée en 2006 par l'entreprise Bayer, spécialisée dans la chimie lourde et agraire, et qui cherche alors à développer sa branche pharmaceutique.

Les archives de Schering sont divisées en plusieurs fonds, comprenant des documents sur l'histoire de la firme, son orientation commerciale et stratégique, ou encore des documents juridiques et de gestion. Elles sont composées en outre de collections spécifiques pour chaque produit développé par Schering, comprenant des informations techniques, les publications relatives au produit et aux essais cliniques, des coupures de presse, et du matériel promotionnel, dans différentes langues correspondant aux pays où le produit est commercialisé. Elles comprennent enfin des fonds thématiques par pays, dont un fonds portant sur les activités de la firme en France. Disponibles à la consultation pour un travail de recherche, ces archives ont par ailleurs fait l'objet d'une commission de recherche sur l'histoire de la firme. La facilité de consultation de ces archives contraste avec l'expérience d'autres chercheurs-euses vis-à-vis des archives de firmes pharmaceutiques françaises (Chauveau, 1999, p. 637).

Au cours de ces quatre décennies, Schering n'est pas constamment leader sur le marché français, et est même sur certaines périodes en retrait comparé à d'autres pays voisins où la firme possède une position largement dominante (Allemagne, Pays-Bas, Grande-Bretagne). Mais la trajectoire de cette firme est emblématique des transformations qui affectent le secteur de l'industrie pharmaceutique entre les années 1960 et les années 2000 (Chauveau, 2002; Abecassis et Coutinet, 2008), et le marché contraceptif par la même occasion. Après avoir mis sur le marché la première pilule européenne en 1961 (Anovlar), cette firme est à l'origine de nombreuses innovations dans le domaine de la contraception. D'une firme basée à l'échelle nationale puis européenne, Schering devient dans les années 1980-90 l'un des leaders mondiaux de la contraception. À partir des années 1990, la firme est de plus en plus présente sur le marché français avec la commercialisation des pilules de troisième génération, des anti-acnéiques, du DIU hormonal, puis, au cours des années 2000, des pilules de quatrième génération et d'autres méthodes hormonales (patch, anneau, implant).

analyse les recompositions d'un marché contraceptif préexistant (bien qu'illégal), avec l'arrivée sur le marché de nouveaux produits, notamment les œstro-progestatifs, commercialisés en Europe comme contraceptifs à partir de 1961 par la firme berlinoise Schering AG⁶. Cette période est également celle de la légalisation de la contraception en France par la loi Neuwirth de 1967, qui aboutit à la fin des années 1960 à l'autorisation pour les firmes de faire de la publicité pour des contraceptifs auprès des prescripteurs-trices (l'interdiction de la publicité auprès des consommateurs-trices demeure). Fin 1974 paraît la loi Veil sur la régulation des naissances, qui prolonge la loi Neuwirth et marque la fin d'un marché contraceptif non régulé. Cette loi permet l'ouverture d'une seconde période, marquée par la saturation progressive des produits sur le marché contraceptif.

Cette seconde période, allant de 1975 au milieu des années 1980, voit moins l'arrivée d'une diversité de nouvelles techniques contraceptives que l'innovation au sein d'une gamme de produits déjà existants (pilules et DIU), dans un contexte davantage concurrentiel où plus de firmes sont présentes sur le marché, et donc où les firmes doivent investir en marketing afin de différencier leurs produits de ceux des concurrents. Le nombre de produits augmente de manière importante sur ce marché, mais pour des produits qui demeurent relativement similaires entre eux. Le milieu des années 1980 est marqué par l'arrivée sur le marché de nouveaux contraceptifs oraux, les pilules de troisième génération et les anti-acnéiques, qui accompagnent une restructuration importante du secteur, s'inscrivant dans les tendances de l'industrie pharmaceutique précédemment évoquées.

Ainsi, la dernière période, allant de la fin des années 1980 aux années 2000, voit le triomphe d'un seul type de contraceptifs, les œstro-progestatifs, avec l'apparition des pilules dites de « nouvelles générations », qui représentent alors – ou sont présentées comme telles par les firmes – l'aboutissement du progrès scientifique en matière de contraceptifs. Cette période voit ainsi se finaliser le glissement d'un marché marqué par une diversité de produits innovants technologiquement, à un marché caractérisé par de l'innovation principalement en matière de marketing, et par la diversification des techniques et moyens mis en œuvre pour la promotion d'un produit, dans le contexte d'une financiarisation accrue et de l'internationalisation des stratégies des firmes pharmaceutiques. La fin de la période voit également des reconfigurations importantes de ces stratégies liées à la politique des génériques mises en œuvre par l'État à partir du milieu des années 1990.

6. Des médicaments œstro-progestatifs et progestatifs sont commercialisés depuis les années 1950 pour d'autres indications.

6.1 Le marché contraceptif français : généralités et principales évolutions

L'étude du marché contraceptif français s'appuie tout d'abord sur une analyse des trajectoires des produits contraceptifs sur ce marché. Pour cela, j'ai consulté les notices-produits des éditions du *Dictionnaire Vidal* allant de 1967 à 1999. Le dictionnaire, à parution annuelle, répertorie tous les produits disponibles en pharmacie en France, et intègre depuis le milieu des années 1990 les données de l'Agence du médicament⁷. Un sommaire thématique est présent au début de chaque édition. Les notices de chaque produit sont rangées par ordre alphabétique de nom de produit, et comportent plusieurs informations sur chacun d'eux : composition, indications, contre-indications, prix, remboursement par la Sécurité sociale. À partir de 1977 et dans les éditions les plus récentes, les dates d'obtention de l'AMM et de la mise effective sur le marché sont précisées, ce qui permet de compléter rétrospectivement certaines informations manquantes sur la période 1960-66.

Sur la base de ces données, j'ai pu établir quand un produit à indication contraceptive était mis sur le marché et quand il en était retiré. Pour les éditions de 1967 et 1968, la vente et la promotion de produits à visée contraceptive étant interdites, l'index du Vidal ne contient pas de catégorie dédiée, il a donc fallu repérer les produits à partir des mentions d'utilisation dans d'autres archives⁸. Les produits et dispositifs non hormonaux n'apparaissent pas dans le Vidal avant 1973. La figure 6.1 récapitule l'ensemble des trajectoires des produits contraceptifs cités dans le Vidal entre 1967 et 2000. Chaque courbe horizontale indique la présence d'un produit sur le marché. Le premier point correspond à la date de mise sur le marché, le dernier à la date de retrait. L'étoile indique la date d'obtention de l'AMM. Les différentes couleurs renvoient aux différentes firmes pharmaceutiques, mentionnées entre parenthèse après le nom de chaque produit. Cela permet de voir quels produits sont mis sur le marché pour les différentes périodes analysées. Construite de la même manière, la figure 6.2 reprend ces mêmes produits, classés cette fois par type de contraceptifs, en quatre catégories (contraceptifs oraux, dispositifs intra-utérins, autres produits hormonaux et méthodes barrières et spermicides). Cette disposition permet de mettre cette fois l'accent sur les différents produits concurrents qui apparaissent sur le marché, et à quelle période. Il permet, plus généralement, d'observer que le développement de l'offre de contraceptifs oraux

7. Devenue Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé en 1999, puis Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en 2012.

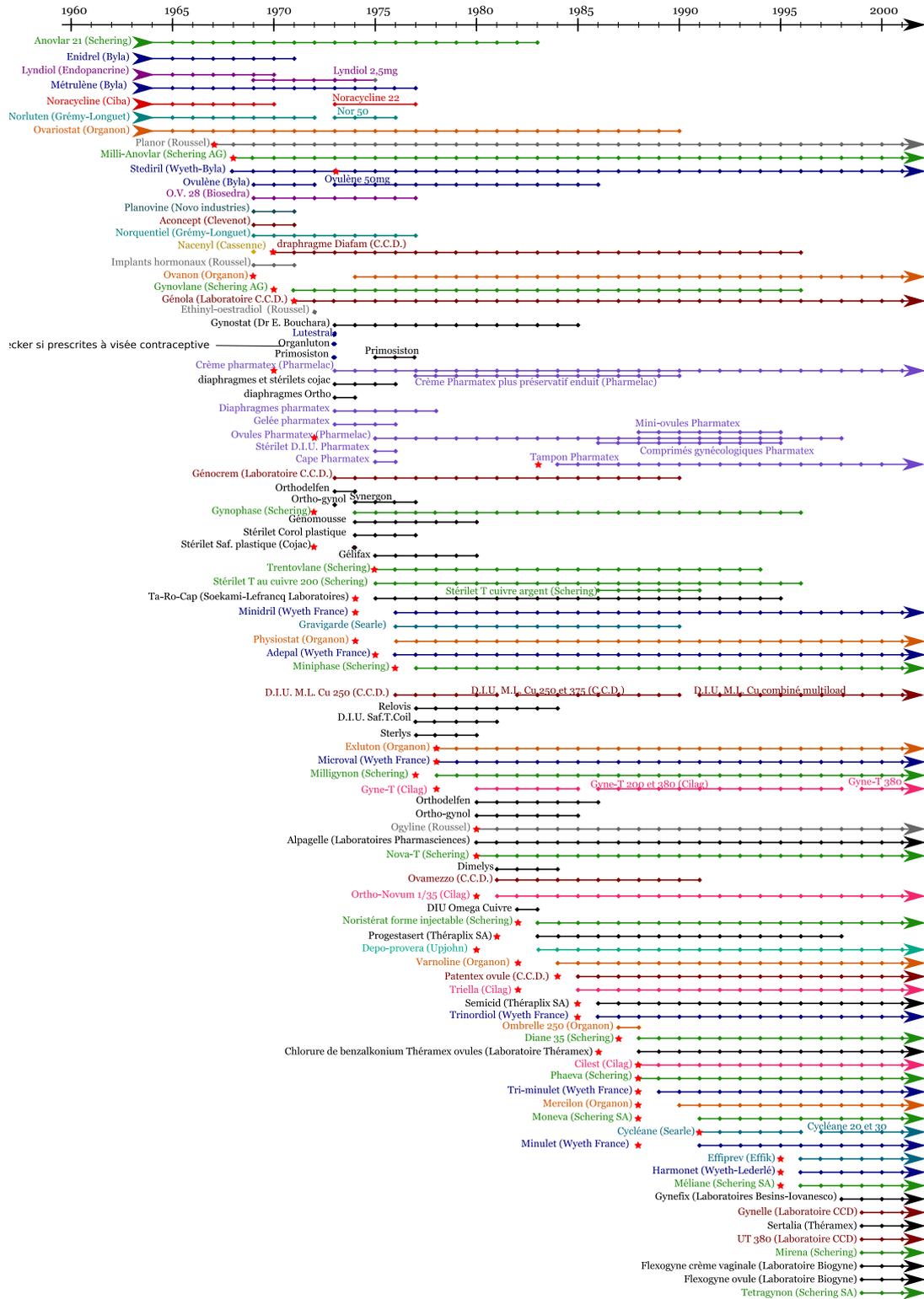
8. Jean Cohen, dans la revue *Fertilité, orthogénie*, dresse une liste des principaux œstro-progestatifs disponibles en France. Voir *Fertilité, orthogénie*, vol. 1, n° 1, janvier 1969, p. 11-12.

est beaucoup plus important que celui des autres produits. Enfin, la figure 6.3 classe cette fois-ci les produits par firme pharmaceutique, ce qui permet de voir la spécialisation de certaines grosses entreprises sur des secteurs spécifiques du marché contraceptif.

Ces données, si elle ne sont pas le reflet exact de la disponibilité des produits, renseignent néanmoins sur l'apparition et la disparition de produits sur le marché contraceptif français, et sur les dates auxquelles ils sont répertoriés pour les prescripteurs-trices. Ces matériaux donnent une représentation de l'offre contraceptive en France, comprise comme un ensemble de produits mis sur le marché par des firmes, et à disposition des prescripteurs-trices. Cette représentation exclut *de facto* tous les produits, techniques ou instruments qui ne relèvent pas de la réglementation pharmaceutique, et donc une partie des pratiques contraceptives, comme le coït interrompu, les méthodes d'auto-observation, ou, dans une certaine mesure, les préservatifs. Formulé autrement, la « demande » contraceptive telle qu'elle est objectivée par la consommation de produits pharmaceutiques à visée contraceptive ne recoupe qu'imparfaitement les pratiques elles-mêmes. Néanmoins, mues par l'objectif de vendre leurs produits à un maximum de consommatrices-teurs, les firmes déploient des ressources considérables pour que *leur* offre se confonde avec *la* demande, c'est-à-dire pour conquérir des parts de marché et augmenter leur chiffre d'affaire.

Il faut enfin noter que la réglementation française des mises sur le marché de nouveaux produits évolue pendant la période considérée (Chauveau, 2002, p. 174-77). De 1941 à 1972, les mises sur le marché de nouveaux médicaments sont régies par un système de visas, mis en place par le décret-loi du gouvernement de Vichy, datant du 11 septembre 1941 : une autorisation d'exploitation est accordée après l'examen d'un dossier scientifique et technique sur le produit et ses conditions de fabrication. Les visas ne peuvent être accordés, jusqu'en 1972, qu'aux médicaments fabriqués en France, d'où l'existence, sur le début de la période analysée, de filiales françaises des entreprises européennes, fabriquant et commercialisant les produits contraceptifs des firmes étrangères, à l'instar de Schering ou d'Organon. Ce système prend fin avec la mise en place des AMM en 1967 et le décret de 1972 autorisant la fabrication à l'étranger de spécialités ayant obtenu une AMM en France (Chauveau, 2002, p. 176). À partir de là, des firmes allemande (Schering), hollandaise (Organon) ou américaine (Wyeth) peuvent demander une AMM pour de nouveaux produits, sans avoir besoin de passer par la fabrication du produit dans une filiale française. La mise en place des procédures d'AMM en 1967 par les pouvoirs publics en France correspond à des exigences accrues de la régulation des médicaments et des conditions de mise sur le marché de nouveaux produits.

FIGURE 6.1 – Trajectoires de produits à visée contraceptive répertoriés dans le *Dictionnaire Vidal*, entre 1960 et 2000, par date de mise sur le marché et par firme

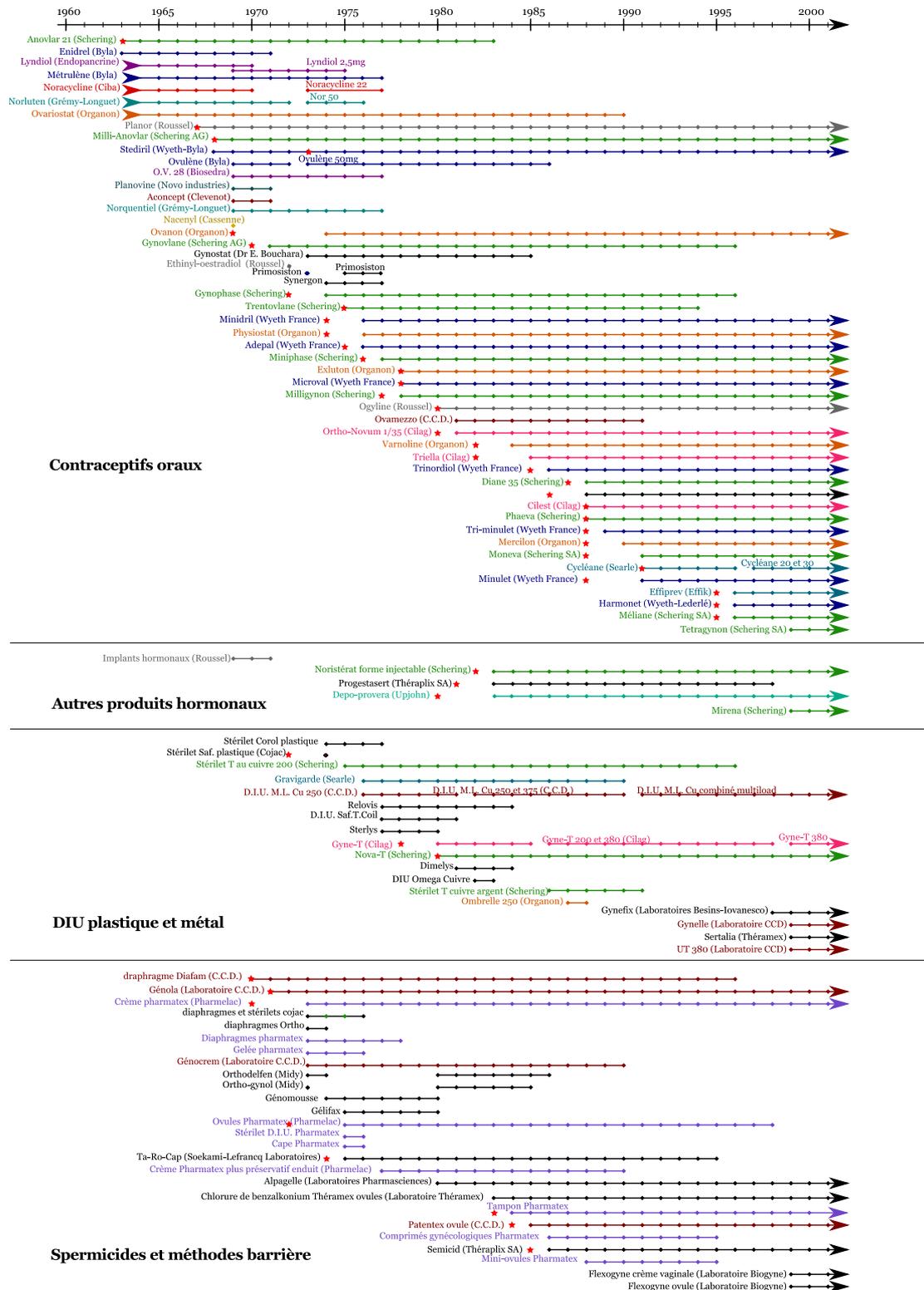


Source : Données reconstituées à partir du *Dictionnaire Vidal*, éditions de 1967 à 1999.

Lecture : Anovlar est mis sur le marché par Schering en 1963, et retiré en 1983.

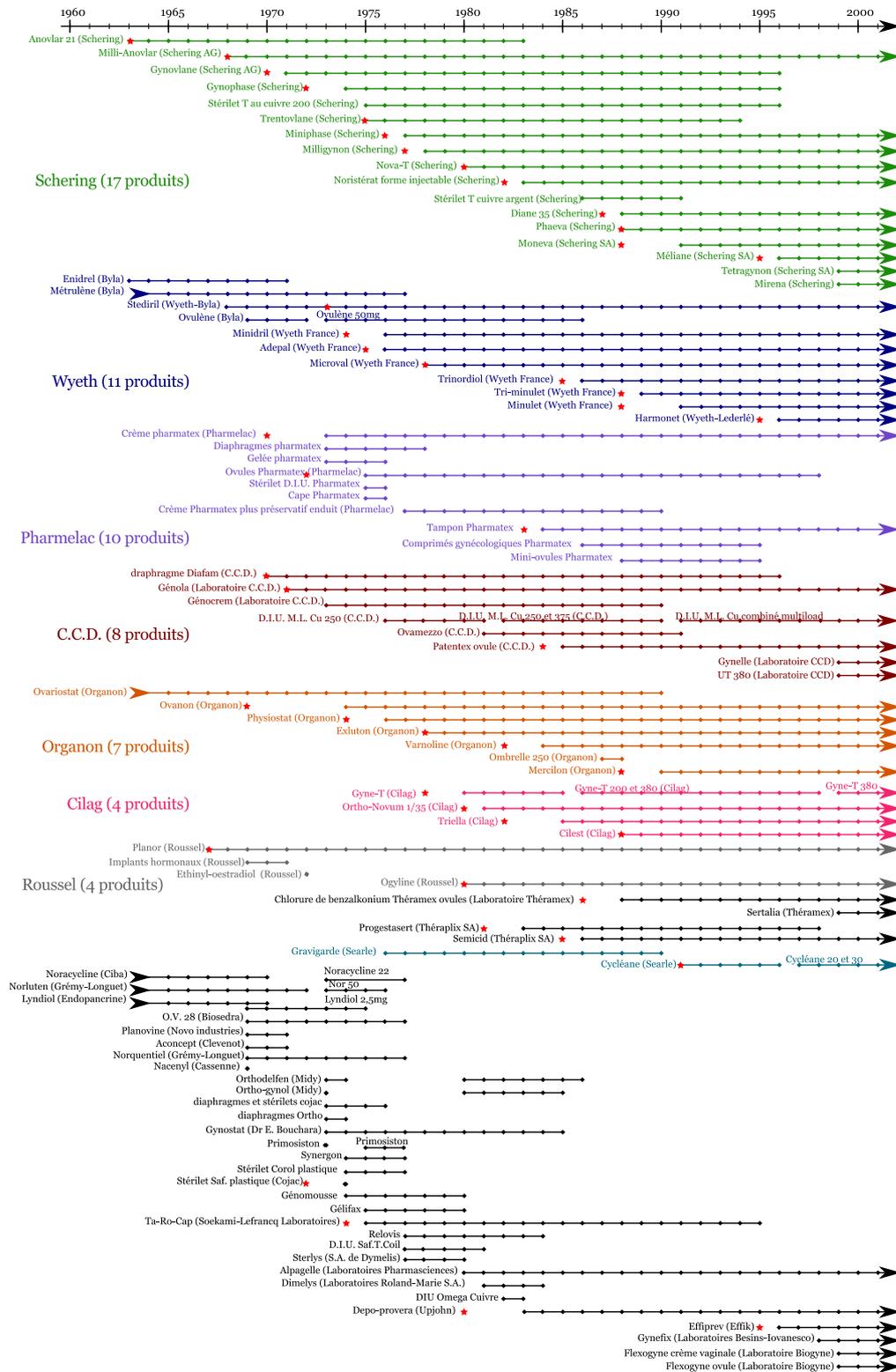
Marketing scientifique et restriction de l'offre contraceptive : perspective historique sur le marché contraceptif

FIGURE 6.2 – Trajectoires de produits à visée contraceptive répertoriés dans le *Dictionnaire Vidal*, entre 1960 et 2000, par type de produit



Source : Données reconstituées à partir du *Dictionnaire Vidal*, éditions de 1967 à 1999.

FIGURE 6.3 – Trajectoires de produits à visée contraceptive répertoriés dans le *Dictionnaire Vidal*, entre 1960 et 2000, par firme



Source : Données reconstituées à partir du *Dictionnaire Vidal*, éditions de 1967 à 1999.

6.1.1 D'un marché émergent à un marché saturé et très concurrentiel

Le premier élément qui caractérise ce marché est le nombre de firmes relativement restreint dans les premières années, lorsque la contraception est encore illégale. Les années 1960 à 2000 voient la multiplication des produits pharmaceutiques à visée contraceptive, et la multiplication des firmes pharmaceutiques sur le marché de la contraception.

On peut alors parler d'un « marché » de la contraception au sens économique du terme, sur lequel une offre rencontre une demande, et où les producteurs·trices font face à des concurrent·e·s. Pour que ce marché émerge, il faut que les produits soient relativement substituables, et que l'utilité « contraceptive » soit identifiée comme telle par les consommateurs·trices ou par les producteurs·trices. C'est justement ce qui se met en place dans les années 1960, avec une légitimité plus grande accordée par les pouvoirs publics et par les médecins à la « demande » en contraception, et des stratégies de plus en plus clairement affirmées par les firmes pour proposer une offre contraceptive.

Comme nous le verrons, le marché va progressivement revêtir la structure d'un marché concurrentiel : plusieurs entreprises se font concurrence sur un marché où de nombreux produits relativement similaires existent. La concurrence passe par la fixation de prix de marché relativement similaires entre des gammes de produits équivalentes, et par une promotion visant à distinguer son produit des produits concurrents. Cette concurrence accrue s'accompagne pour les firmes d'une injonction à l'innovation, qui se traduit par de fréquentes nouvelles mises sur le marché, à un rythme d'environ trois produits par an entre 1970 et 2000.

Enfin, le marché contraceptif se structure progressivement en différents secteurs, sur lesquels certaines firmes se spécialisent. Ainsi, Schering, Organon, Wyeth et Roussel, à la pointe de la recherche sur les hormones dans les années 1930 et 1940, se spécialisent dans les années 1960-70 sur le marché des contraceptifs oraux. Ils sont rejoints ensuite par la firme suisse Cilag. Régulièrement, ces firmes sont des vecteurs d'innovations dans le secteur des contraceptifs oraux, et contribuent même à créer des sous-secteurs (pilules plus ou moins dosées et avec un dosage plus ou moins constant selon le moment du cycle). Bien que spécialisées dans les hormones, certaines de ces firmes se placent également sur d'autres secteurs, à l'instar de Schering qui met sur le marché plusieurs DIU au cuivre (T-cuivre, Nova-T, T-cuivre-argent) avant de développer le DIU à la progestérone (Mirena), d'Organon (stérilet Ombrelle 250) ou de Cilag (Gyne-T). D'autres firmes se spécialisent, elles, sur les méthodes alternatives aux pilules, comme la firme C.C.D. qui développe plusieurs

produits de contraception locale (diaphragmes, spermicides, DIU), ou la firme Pharmelac qui se spécialise dans la contraception chimique locale. Globalement, toutes ces alternatives à la pilule semblent investies par des laboratoires de taille plus réduite, de pérennité moindre sur le marché, et de plus faible portée internationale que les firmes dont les contraceptifs oraux constituent des produits à hauts chiffres de ventes dans de nombreux pays.

6.1.2 Des mises sur le marché de plus en plus centrées sur les pilules

Le relevé des occurrences des produits dans le *Dictionnaire Vidal* nous a permis de compter combien de mises sur le marché survenaient par année, et quels types de produits sont chaque année mis sur le marché. L'objectif de ce chapitre étant de montrer la centralité de plus en plus importante des produits hormonaux et particulièrement de la contraception orale dans l'offre contraceptive, nous avons classé les contraceptifs mis sur le marché en quatre types : les DIU non hormonaux, les spermicides et méthodes barrières (diaphragmes, préservatifs, capes cervicales), les pilules (œstro-progestatives et progestatives) et les autres méthodes hormonales (injections, DIU à la progestérone). Le tableau 6.1 récapitule, pour chacune des périodes considérées dans ce chapitre, le pourcentage de mise sur le marché de chaque type de produit. Globalement, le taux de mise sur le marché des pilules contraceptives est plus important que pour les autres produits, mais on perçoit deux évolutions importantes : la part des produits hormonaux semble augmenter avec le temps (ce qui sera accentué dans les années 2000 avec l'arrivée du patch, de l'anneau et de l'implant) ; et d'autre part l'offre de DIU se développe alors que les spermicides et méthodes barrières ont plutôt tendance à stagner. Un phénomène intéressant à relever, néanmoins, est que l'offre alternative à la pilule ne disparaît pas avec le temps : des alternatives aux contraceptifs oraux sont mises sur le marché de manière relativement continue, par plusieurs firmes.

6.1.3 Un changement de rhétorique, perceptible dans l'évolution du matériau analysé

La description que fait Q. Ravelli (2015) du monde de l'industrie pharmaceutique à la fin des années 2000 rend compte de changement majeurs intervenus dans la production et la vente de médicaments dans la seconde moitié du XX^e siècle. Au travers de l'étude de cas de Sanofi-Aventis et de la pristinamicine – antibiotique best-seller de la firme qui est reconfiguré d'un traitement des infections dermato-

Tableau 6.1 – Produits mis sur le marché, par type de produits, pour trois périodes-clefs (1960-2000)

Type de produits	1960-1974	1975-1988	1989-2000
DIU plastique et métal	9 %	26 %	17 %
Spermicides et méthodes barrières	39 %	24 %	22 %
Pilules	52 %	42 %	57 %
Autres méthodes hormonales	0 %	8 %	4 %
Total	100 %	100 %	100 %

Source : Statistiques établies à partir de la recension des nouveaux produits apparaissant dans les différentes éditions du *Dictionnaire Vidal* de 1967 à 1999.

Lecture : 9 % des produits mis sur le marché entre 1960 et 1974 sont des DIU en plastique ou en métal.

logique en traitement respiratoire – l'auteur fait un état des lieux du monde de l'industrie pharmaceutique au cours de son enquête (de 2007 à 2012) qui correspond à ce que l'on retrouve pour la plupart des firmes pharmaceutiques leaders sur le marché de la contraception. Il note par exemple l'orientation des politiques commerciales vers les objectifs de maximisation du profit, au détriment parfois du service médical rendu. Il relève également les ressorts multiples et complémentaires du marketing scientifique déployé par les firmes, notamment *via* les visiteuses-eurs médicales-aux, ou *via* la collecte massive de données sur les prescripteurs-trices afin d'identifier des profils de prescription et d'orienter la force de terrain que constituent ces visiteuses-eurs médicales-aux. En amont de cela, les firmes élaborent un design produit très minutieusement déterminé, qui résulte de multiples enjeux et tensions entre les différents départements (tendance marketing du-de la chef-fe-produit *versus* tendance réglementariste du-de la médecin, chargé-e de vérifier la conformité du produit avec les recommandations des autorités de santé et les régulations en vigueur). Certains de ces éléments sont déjà en place au début de la période considérée, comme le déploiement des visiteuses-eurs médicales-aux ou les publicités dans les revues. D'autres se mettent progressivement en place au cours des années 1960 à 2000, notamment tout ce qui consiste à intégrer les méthodes de gestion et de marketing.

Ces évolutions sont perceptibles dans le type de matériau que j'ai rencontré dans les archives. Les archives de la firme Schering de la fin des années 1960 comportent en effet des matériaux plutôt centrés sur les aspects scientifiques des produits, que ce soit dans le contenu de la promotion (publicités très détaillées sur les aspects scientifiques et effets des produits, et composition), ou dans les archives qui entourent chaque produit (communications entre cliniciens et responsables de

la firme sur des aspects techniques et scientifiques, brochures de congrès mondiaux sur la contraception, brochures techniques sur les aspects scientifiques des produits, publications tirées des essais cliniques de chaque produit). Une littérature grise est collectée par les firmes sur les publications relatives aux produits et aux essais cliniques. Progressivement, et à mesure que l'on dépouille les archives concernant les produits des années 1970, 1980, 1990, le volume de matériaux exclusivement marketing augmente considérablement et se diversifie. Ceci, jusqu'aux années 2000 où chaque produit a son « Brand Design Manual », précisant la stratégie et les supports de communication pour vendre non plus seulement un produit pharmaceutique ou un médicament, mais véritablement une marque.

La langue usuelle qui entoure les produits évolue également : si les matériaux et la documentation des produits, ainsi que les études marketing, sont jusqu'à la fin des années 1970 principalement renseignées en allemand, une large part des documents relatifs à la stratégie marketing de la firme à partir des années 1980 est en anglais. Ainsi, on peut percevoir comment une stratégie nationale ou européenne se transforme progressivement en stratégie de promotion mondiale.

Quelles sont les grandes étapes de mise en place de ces marchés, des stratégies de développement et de marketing mises en place par les firmes ? La première période que j'ai considérée, 1960-1975, voit d'importants bouleversements dans ce marché contraceptif et sa régulation : d'un marché illégal avec quelques produits clandestins, on passe avec la loi Neuwirth puis la loi Veil à un marché légal et de plus en plus concurrentiel, avec la multiplication des produits et une promotion qui devient centrale.

6.2 1960-1974 : la construction d'un marché contraceptif mû par le progrès scientifique

6.2.1 L'arrivée de nouveaux produits sur le marché

Comme l'a montré le chapitre 2 de cette thèse, un certain nombre de produits circulent en France en 1960, malgré l'interdiction de loi de 1920 : diaphragmes, crèmes spermicides, préservatifs, calendriers Ogino, et inhibiteurs de l'ovulation « à visée thérapeutique ». Le marché est illégal parce que la contraception l'est, mais les produits circulent. De nombreux produits sont importés d'Angleterre ou des États-Unis par les médecins de l'association Maternité Heureuse, qui vont, à la fin des années 1950 puis au début des années 1960, se former à la prescription contraceptive à l'étranger. Certain·e·s acceptent de prescrire des contraceptifs, malgré les menaces de sanction de l'ordre des médecins. Les contraceptifs oraux œstro-progestatifs

n'existent pas encore sur le marché européen avec cette indication, et viennent tout juste d'être mis sur le marché américain par la firme Searle⁹. Ils ont par ailleurs à ce stade marqués une relative illégitimité scientifique, dans la mesure où ils n'ont été reconnus par les experts ni comme contraceptifs efficaces (chapitre 3), ni comme produits sans danger.

Entre 1960 et 1969, le marché peut être considéré comme « clandestin », dans un contexte où la publicité et la prescription de contraceptifs sont rendues illégales par la loi de 1920, et où les produits sont considérés comme illégitimes moralement et scientifiquement. Les décrets d'application de la loi Neuwirth légalisant la contraception ne paraissent en effet qu'à partir de 1969, et jusqu'en 1972, pour préciser les conditions de distribution des produits contraceptifs, notamment des pilules¹⁰ et des DIU¹¹ (chapitre 2).

Contrairement à d'autres pays, l'arrivée en France de ces nouveaux produits est donc ralentie par un cadre légal qui met du temps à se mettre en place. Mais cette interdiction légale n'empêche pas les firmes de mettre sur le marché des produits explicitement vendus comme contraceptifs dans d'autres pays que la France. Comme le remarque Werner Dietrich, directeur du marketing scientifique et médical de Schering, dans un document qui retrace l'histoire des contraceptifs oraux, les firmes peuvent contourner l'interdiction légale en ne proposant pas une mise sur le marché pour des produits comme contraceptifs, mais comme « inhibiteurs de l'ovulation à visée thérapeutique » :

« Ce n'est que très difficilement que nous avons pu faire en sorte que nos employés dans notre filiale française soumettent une demande de mise sur le marché pour Anovlar [la première pilule contraceptive européenne]. Cependant, la demande s'est bien déroulée et nous avons sorti Anovlar en France en 1964, mais seulement dans la version allégée avec la mention : "Pour la mise au repos de l'ovaire". »¹²

9. La molécule en elle-même obtient l'autorisation de la FDA en 1956, dans le traitement des dysménorrhées. Enovid, mis sur le marché en 1960, est le premier produit hormonal explicitement prescrit à visée contraceptive.

10. Décrets n° 69-104 et n° 69-105 du 3 février 1969 portant règlement d'administration publique pour l'application de certaines dispositions de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique ; Arrêté du 3 février 1969 portant inscription sur un tableau spécial de certains médicaments susceptibles d'être utilisés à des fins contraceptives.

11. Décret n° 72-180 du 7 mars 1972 portant application du quatrième alinéa de l'article 3 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique ; arrêté du 2 avril 1972 fixant les conditions techniques requises des établissements et cabinets médicaux pour l'insertion des contraceptifs intra-utérins.

12. « Wir konnten daher unsere französischen Mitarbeiter in unserer französischen Tochtergesellschaft nur mit großen Schwierigkeiten dazu bringen, einen Registrierungsantrag für Anovlar zu

De fait, dans les brochures publicitaires pour l'Anovlar 21, on trouve des brochures datées de 1966, faisant la promotion en France du produit en cas de « dysménorrhée, endométriose, stérilité fonctionnelle, certains troubles du cycle »¹³.

Agata Ignaciuk (2015) décrit le même type de processus dans le cas de l'Espagne franquiste, soumise à une interdiction de publicité et distribution de contraceptifs similaires au cadre instauré par la loi française de 1920. L'interdiction est levée en 1978, trois ans après la mort de Franco, par une loi autorisant la contraception. Si des produits sont en circulation avant cette date et leurs effets contraceptifs ou effets secondaires sont ouvertement débattus dans les cercles médicaux, la diffusion massive du produit ne commence qu'après la mise en place d'un cadre légal qui légitime la contraception (Ignaciuk *et al.*, 2014; Ignaciuk et Ortiz-Gómez, 2016). Dans les deux cas, la profession médicale demeure frileuse à se prononcer en faveur d'un changement législatif ou même du développement de ce nouveau marché, hormis quelques acteurs·trices publiquement engagé·e·s dans la défense de la légitimité contraceptive, ainsi que des prescripteurs·trices isolé·e·s qui acceptent de prescrire lors de leur consultation.

Quid, alors, en France, de l'arrivée de ces nouveaux produits ? Le graphique 6.1 déjà cité permet de cerner les dynamiques de marché entre le début des années 1960 et 1975. On observe une multiplication des molécules œstro-progestatives, de la part de nombreuses firmes de tailles variables. Des firmes comme Schering, Byla, Ciba, Organon ou Roussel ont déjà un poids économique assez conséquent dans le monde de l'industrie pharmaceutique, tandis que les laboratoires Grémy-Longuet, Endopancrine, Biosedra ou Cassenne ont à ce stade une taille plus restreinte et une visée locale ou nationale plutôt qu'internationale. Mais globalement, les firmes qui se portent sur le marché français – *via* des filiales qui produisent et commercialisent ces produits en France – ne constituent pas à cette époque de grands groupes de l'ampleur de ceux qui domineront le marché par la suite. Il s'agit plutôt des petits laboratoires, issus de la tradition d'officine et davantage spécialisés sur l'aspect scientifique que sur l'aspect commercial des produits, similaires au modèle que décrit Jean-Paul Gaudillière pour l'entreprise Schering dans les années 1920-30, et qu'il oppose à la grosse entreprise capitaliste qu'est Bayer (Gaudillière, 2004). Cette structure d'un marché émergent explique la présence de produits aux trajectoires très courtes (moins d'une dizaine d'années). Les années 1970 sont

stellen. Der Antrag ging dann allerdings glatt durch und wir führten 1964 Anovlar in Frankreich ein, aber auch nur in der weichen Version mit der Aussage : "Zur Ruhigstellung des Ovars" », *Zur Geschichte der oralen Kontrazeption oder – wie der Volkmund kurz sagt – der Pille*, p. 13, avril 1966, Schering Archives, S1 348/3 : Anovlar (1961) ; Vorgeschichte und Einführung ; Erste Kongresse.

13. Brochure publicitaire pour Anovlar 21, imprimée en France, datée par un tampon du 29 mars 1966, Schering Archives, S1 347/c : Anovlar 21 (weitere Werbung).

marquées par une plus grande concentration de l'offre contraceptive entre quelques firmes, qui sont aussi celles qui ont les moyens de faire de la publicité dans les revues médicales, autrement dit celles qui parviennent à mettre en œuvre des formes nouvelles de marketing scientifique. Ainsi, on passe progressivement dans les années 1970 d'une structure de marché plutôt concurrentielle, à une structure de marché oligopolistique¹⁴.

Le fait qu'entre 1960 et 1974 figurent seulement des contraceptifs oraux constitue l'une des limites de notre source, et de la définition d'un « marché » de la contraception. Avant 1974, les contraceptifs autres que les pilules ne sont pas considérés comme des dispositifs nécessitant une prescription, et ne font pas l'objet d'une régulation avec nécessité de demander une autorisation de mise sur le marché. Ou alors, dans le cas des DIU, les décrets régulant leur utilisation mettent tant de temps à paraître que leur mise sur le marché officielle est retardée, bien que des produits soient en circulation. Ainsi le « marché » de la contraception que permet d'appréhender le dictionnaire *Vidal* est en fait le marché officiel, celui où les firmes composent avec les régulations nationales pour proposer un produit sur le marché et en faire la promotion auprès des expert·e·s et prescripteurs·trices. Un marché plus officieux de produits non régulés ou importés coexiste avec ce marché officiel, même si le premier va progressivement être intégré au second par des demandes d'AMM successives pour ces spécialités et dispositifs médicaux et pharmaceutiques.

Le début des années 1970 voit ainsi une première diversification des produits mis sur le marché, avec l'arrivée officielle des produits spermicides (Génola, Crème Pharmatex, Génocrem, ovules), des diaphragmes (Ortho, Cojac, Pharmatex) ou des DIU en plastique (stérilets Cojac, stérilets Pharmatex, stérilet Corol). Il s'agit en fait, pour grande partie, de l'intégration dans le répertoire de prescription à disposition des médecins de produits qui étaient déjà en circulation et déjà prescrits par certain·e·s d'entre eux·elles. Mais cette nuance n'est pas anodine, puisqu'elle révèle d'une part la plus grande légitimité de l'idée que la contraception dans son ensemble relève d'une prérogative médicale (et non seulement le produit qui était considéré comme un médicament, à savoir la pilule), et d'autre part puisque leur inscription dans le dictionnaire des spécialités médicales dans une catégorie dédiée (« contraception locale ») leur donne une plus grande visibilité aux yeux des prescripteurs·trices. Elle est d'ailleurs sanctionnée par la loi Veil du 4 décembre 1974 sur la régulation des naissances, qui élargit la loi Neuwirth, et qui intègre l'ensemble des « produits, médicaments ou objets contraceptifs » dans le dispositif

14. Et, plus récemment, à un quasi-monopole avec les fusions-acquisitions opérées par de grands groupes internationaux, à l'instar du rachat de Schering par Bayer en 2006.

de régulation par demande d'autorisation de mise sur le marché accordée par le ministre chargé de la santé publique.

Du fait de ce long processus de régulation qui caractérise le marché contraceptif français, il faut noter un certain décalage entre la temporalité de l'innovation à l'échelle européenne et mondiale – perceptible dans les archives de Schering – et la temporalité de mise sur le marché des produits en France. En effet, les années 1960 sont marquées par d'importantes évolutions des produits contraceptifs et de leur marketing, qui pénètrent peu le marché français. Lorsque surviennent les décrets d'application de la loi Neuwirth en 1969 puis en 1972, c'est déjà une deuxième génération de produits œstro-progestatifs qui arrive sur le marché de la contraception, avec un dosage plus faible en œstrogène et en progestatif de synthèse, pour des molécules qui ont un cycle de vie sur le marché assez long, puisque certaines demeurent jusqu'à aujourd'hui (comme le Stédiril, par exemple). Ainsi, les premiers DIU et les premières pilules hormonales à être massivement commercialisées avec une indication contraceptive (par opposition aux premiers produits posés dans une relative clandestinité et à visée thérapeutique) sont en fait déjà ce que l'on a appelé la « seconde génération » de produits, qui présentent une efficacité supérieure et moins d'effets secondaires que les produits en circulation dans les années 1960.

Comment ces évolutions du marché contraceptif se traduisent en termes de marketing scientifique, et notamment comment les firmes publicisent ces produits à destination des prescripteurs·trices de contraception ?

6.2.2 Une diversité de produits promus

Les années 1960 à 1975 voient la mise en place et la stabilisation du marché contraceptif, avec l'arrivée dans les années 1960 de nouveaux produits, et la campagne du MFPF visant à légitimer le recours à ces méthodes. Toutefois, la promotion de ces produits comme contraceptifs n'est qu'assez tardive sur la période, puisque l'indication « contraception » n'apparaît dans les argumentaires des publicités qu'en 1969 (publicité pour l'Alpagel), et l'indication n'apparaît dans les notices des œstro-progestatifs renseignées dans le Vidal qu'en 1975¹⁵.

Si ces produits ne sont pas directement promus avec l'indication « contraception », qui semble rester un mot tabou dans les revues médicales jusqu'au début des années 1970, ils font l'objet de publicités dans ces revues dès 1968. La législation de 1967 semble ouvrir un marché, et les firmes n'ont alors pas besoin d'attendre

15. Les notices des années précédentes, et jusqu'en 1974, renseignent dans les indications « inhibition hormonale de l'ovaire », ou « blocage de l'ovulation », en précisant dans les premières années « à visée thérapeutique ».

de formes de régulation précises (visas ou AMM) pour commencer à promouvoir leurs produits auprès des médecins. On relève ainsi une certaine diversité dans les produits qui sont promus : pilules, préservatifs, DIU, capes cervicales et spermicides, et ce dès la fin des années 1960. Dans la revue émanant du Collège médical du MFPP (*Fertilité*, puis *Fertilité, orthogénie*, puis *Contraception, fertilité, sexualité*), les publicités sont diverses et elles anticipent sur les évolutions législatives intégrant la contraception locale au champ de la prescription. Des publicités pour Alpagel du laboratoire Janfranval vantent ainsi, en 1969, puis en 1972 une crème spermicide « utilisé[e] depuis 1962 par les adhérentes du M.F.P.F. »¹⁶, et les laboratoires Pharmelac promeuvent en 1969 plusieurs de leurs produits de « contraception physique » (préservatifs, diaphragmes, crèmes et ovules spermicides, DIU)¹⁷. Dès 1971, la firme Sodermec publicise également son DIU « Omga »¹⁸. Cette publicité est importante, et l'on en trouve assez peu pour des DIU dans les revues médicales avant la fin des années 1970, car les décrets qui règlementent la prescription de DIU en font un produit essentiellement dispensé dans des cadres hospitaliers réglementés, et non accessible à tou-te-s les praticien-ne-s. La loi Veil de 1974, en élargissant le cadre de la prescription de DIU¹⁹, permet ainsi d'ouvrir un nouveau marché et légitime auprès des firmes de promouvoir ce type de produits auprès de l'ensemble des médecins et non plus seulement auprès de spécialistes exerçant à l'hôpital.

Si des produits alternatifs à la contraception orale existent et sont mentionnés dans les années 1968 à 1975 dans la presse médicale comme dans la presse généraliste (voir chapitre 2), les œstro-progestatifs ont toutefois une place prépondérante dans le volume de publicités publiées dans la presse médicale, et dans les ressources mobilisées par les firmes. Cela fait écho au foisonnement des produits observé précédemment.

6.2.3 Un marketing scientifique informatif, rassurant sur l'innocuité et la fiabilité des contraceptifs oraux

La promotion pour les œstro-progestatifs dans les revues médicales françaises ne mentionne pas explicitement, jusqu'en 1975, l'indication contraceptive, la promotion

16. Publicités pour Alpagel, *Fertilité, orthogénie*, vol. 1 n° 2, 1969 ; *Fertilité, orthogénie*, 1972, Centre d'Archives du Féminisme, Fonds Simon, 17 AF 21.

17. Publicité pour les produits Pharmelac, *Fertilité, orthogénie*, vol. 1 n° 1, février 1969, Fonds Simon, 17 AF 21.

18. Publicité pour le DIU Omga, *Fertilité, orthogénie*, 1971, CAF, Fonds Simon, 17 AF 100.

19. « L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle est faite soit au lieu d'exercice du médecin, soit dans un établissement hospitalier ou dans un centre de soins agréé. » (article 3)

des produits se faisant alors sur le registre purement thérapeutique : il s'agit de promouvoir un traitement contre diverses affections gynécologiques (dysmenhorrées, endométriose, troubles du cycle, stérilité, voir figure 6.4), qui passe par le « blocage médical de l'ovulation » (publicité pour le Planor, figure 6.4). On peut relever quatre caractéristiques qui reviennent fréquemment dans ces publicités. D'une part, la promotion se fait sur un mode technique et scientifique, et le texte comme l'agencement graphique viennent soutenir cette image d'un produit « sérieux ». Beaucoup d'informations techniques sur la composition des produits et leurs divers effets sont présentées (parfois même les résultats des essais cliniques, comme sur la publicité pour Ovariostat). L'argumentaire prend beaucoup plus de place que la représentation graphique du produit ou son logo, qui sont parfois même inexistantes.

Par ailleurs, une partie de l'argumentaire de ces publicités vise à convaincre les prescripteurs·trices de leur innocuité. Au moment où les débats sont vifs à l'Assemblée nationale et dans la presse sur la nature de ces produits et leurs conséquences médicales (chapitre 2), les firmes pharmaceutiques usent de nombreuses précautions pour mettre en avant leur caractère sans danger. La publicité pour Anovlar 21 (figure 6.5) mentionne ainsi six fois le terme « assurée » pour lister toutes les vertus du produit, comme si le martèlement opéré par cette anaphore permettait de persuader les médecins de la sûreté du produit. La publicité pour Ovariostat mentionne une « triple sécurité » et une « tolérance inégalée ». Il s'agit en outre, de convaincre de l'efficacité du produit. Là encore, l'argument passe davantage par un texte descriptif que par une image ou un slogan : la publicité pour Norquentiel vante le fait qu'il est « entièrement efficace », tandis qu'Ovariostat est présenté comme d'une « efficacité absolue ».

Enfin, au-delà de ces divers éléments visant à conférer une légitimité scientifique et médicale aux produits, il s'agit pour les firmes de conquérir une légitimité commerciale en se distinguant des produits et des firmes concurrentes. Cela passe par l'affirmation de la bonne réputation de la firme et de son expérience dans le domaine des contraceptifs oraux, ou par l'affirmation d'une supériorité d'un produit par rapport aux concurrents. La publicité pour Ovariostat mentionne ainsi « une expérience mondiale de huit ans » dans le domaine des hormones et des stéroïdes, et les publicités pour Norquentiel ou Anovlar comparent explicitement ces produits aux autres produits sur le marché.

L'historienne des sciences Lisa Malich, dans son étude comparative des publicités pour la pilule dans les revues médicales allemandes et françaises entre 1960 et 1980 (Malich, 2015), relève également que le marketing dans les premières publicités pour la pilule est orienté vers l'objectif de convaincre les praticien·ne·s de leur innocuité : beaucoup d'informations décrivent la composition, les indications, et le

procédé de ces produits. Elle note en outre que le marketing scientifique se fait dans cette période sur le registre de la recherche biomédicale, au moment où la pilule est encore controversée, socialement comme sanitaire. Progressivement, elle observe un glissement vers un marketing scientifique centré sur le côté novateur du produit et la réponse qu'il apporte en termes de confort de vie plutôt que sur sa légitimation scientifique, lorsque le produit devient largement répandu et accepté tant par ses utilisatrices que par ses prescripteurs-trices (années 1970-80).

L'analyse des publicités de Schering permet de vérifier ce glissement, mais également de voir qu'il s'opère plus rapidement dans d'autres pays que la France, où la législation évolue plus rapidement en faveur de la diffusion des contraceptifs. À ce titre, deux publicités pour Anovlar adressées aux médecins anglais-es sont intéressantes à étudier (figure 6.5). Dans un premier temps, l'argument de vente consiste à affirmer l'efficacité totale du produit, sans commune mesure avec les autres produits disponibles. Des brochures promotionnelles et d'information à destination des médecins soutiennent l'idée que « la méthode est 100 % efficace avec peu d'effets secondaires ». Toutefois, à mesure que le nombre d'utilisatrices et de prescripteurs-trices augmente, cette affirmation d'une efficacité absolue se voit légèrement modulée par la réalité pratique de l'utilisation de ce produit, comportant des possibilités d'erreur ou d'échec contraceptif et de nombreux effets secondaires. Schering adapte alors son propos, pour cette fois affirmer que la méthode est 100 % efficace *si elle est bien utilisée*. Une campagne de 1966 précise alors que « la seule défaillance est une défaillance de la patiente »²⁰. Étonnamment, les responsables chargé-e-s de la promotion d'Anovlar au sein de Schering vont affirmer dès 1963 qu'il n'est plus besoin de promouvoir l'innocuité du produit, mais de mettre en œuvre une stratégie de distinction par rapport aux autres produits en passe de conquérir des parts de marché²¹. Dès le début des années 1960, la firme a donc identifié le fait que le marché des contraceptifs oraux est en pleine expansion,

20. « The only failure is a patient failure. », Schering Archives, 1-7415.

21. Ainsi, un bulletin d'information sur Anovlar, où il est précisé « pour usage interne (en allemand, anglais, français et espagnol) », affirme que « les ventes d'ANOVLAR au cours du mois de mai ont fortement progressé dans de nombreux pays. (...) De nombreux médecins, jusqu'ici réticents à l'égard de la contraception orale, ont modifié leur position. En outre, l'annonce de l'introduction d'une série d'autres produits a communiqué une nouvelle impulsion à la propagande de la contraception orale. Ceci peut être le début d'un développement qui, dans certaines circonstances, multipliera dans un délai relativement court le nombre des personnes utilisant des contraceptifs oraux. En conséquence, **la propagande pour l'ANOVLAR doit être dès maintenant et immédiatement intensifiée, si nous voulons nous tailler une part d'un marché en pleine expansion.** Il ne s'agit plus tant de conquérir de nouveaux adeptes à la contraception orale, car ceci se fera même sans notre intervention, mais plutôt d'affirmer et d'améliorer la place que nous occupons dans le groupe des contraceptifs oraux dont le nombre s'accroît sans cesse. », bulletin d'information du Medical Wissenschaftliche Abteilung Ausland à Schering AG Berlin, 12 septembre 1963, Schering Archives, S1 348/1 : OC-Präsentation.

que l'acceptation du produit se fera d'elle-même auprès de la population comme des médecins. Il ne s'agit donc plus, pour Schering, de rassurer sur l'innocuité du produit, mais plutôt d'affirmer dans l'argumentaire de vente sa supériorité par rapport aux concurrents, afin d'assurer à la firme sa position de leader sur le marché des contraceptifs oraux. Cette temporalité tranche avec la temporalité française, où la question de l'innocuité demeure centrale dans les publicités pour Anovlar comme pour les autres produits jusqu'au milieu des années 1970. Ceci témoigne de la résilience des firmes face aux critiques adressées aux produits dans des contextes nationaux spécifiques, qu'elles savent rapidement intégrer à leur argumentaire de vente.

Progressivement, l'argumentaire de vente va glisser de la rhétorique de l'efficacité absolue et universelle pour toutes les femmes, à celle de la spécificité de certaines femmes, auxquelles les produits seraient à même de s'adapter. Ainsi se met en place l'idée d'une gamme de produits proposée par les firmes, avec des pilules « pour la plupart des femmes », et des pilules « pour les autres femmes ». Ce glissement s'observe à la fin des années 1970 dans les publicités allemandes et anglaises pour les produits Schering, mais n'apparaîtront qu'au milieu des années 1970 en France.

Les contraceptifs oraux font l'objet d'un investissement important de la part de firmes qui entrent en concurrence dans la promotion de leurs produits au cours des années 1960. Cet investissement et les termes de la promotion s'observent avec un décalage d'une dizaine d'années en France, par rapport à des pays voisins comme l'Allemagne, l'Angleterre ou les Pays-Bas. Néanmoins, une fois le changement législatif entériné et les nouveaux produits légitimés scientifiquement auprès des prescripteurs·trices, le marché contraceptif semble stabilisé. Les années 1975 à 1988 voient l'intensification de la concurrence entre produits sur ce marché, et le rapprochement de la temporalité de promotion en France, et dans les autres pays.

Marketing scientifique et restriction de l'offre contraceptive : perspective historique sur le marché contraceptif

FIGURE 6.4 – Publicités pour des pilules, 1968-1972

SEPTEMBRE 1968 LA REVUE DE MEDECINE

dans la dysménorrhée l'endométriose la stérilité les troubles du cycle

anovlar 21

fidélité des résultats thérapeutiques assurée par la "mise au repos de l'ovaire"
 assurée par la prise régulière d'anovlar 21
 assurée par la présentation : "plaquette-calendrier"
 assurée par la poursuite du traitement : "emballage 3 plaquettes"
 assurée par la régularité des cycles
 assurée par le choix de la prescription simple de 21 jours de traitement : 1 comprimé par jour
 assurée par 7 jours de pause

présentations
 • 1 plaquette de 21 comprimés dragés
 • 3 plaquettes de 21 comprimés dragés à 4 mg d'acétate de norethistérone et 50 gamma d'éthinylœstadiol p. de 7 et 18 - tableau A - non remboursé S. S.
 contre-indications
 grossesse, antécédents thrombo-phlébitiques

produit de la Schering A.G. Vente et Fabrication : SEPPS Société d'exploitation de Produits Pharmaceutiques Spécialisés
 47, rue Cassini - 92000 Nanterre - Tél. 75.16.01 + 75.16.02
 Bureau à Paris 10^e - 15, rue Molitot - Tél. 27.05.20 +

1320

Centre d'Archives du Féminisme (Angers), Fonds Kepes 19 AF 29, publicité pour Anovlar 21 (Schering) dans *La revue de médecine*, 1968

ovariostat

une efficacité absolue

tolérance inégalée

prix

présentations adaptées à vos prescriptions

facilité d'emploi

expérience mondiale sur 8 ans

triple sécurité par mode d'action à 3 niveaux

ORGANON S.A. capital 1.000.000 F
 48, rue de la Procession
 Paris 15^e - Tél. : 273.29.70

302

BnF, publicité pour Ovariostat (Organon) dans *Fertilité, orthogénie*, vol. 1, n° 1, janvier 1969

Pourquoi bloquer l'ovulation avec Norquentiel ?

- PARCE QUE NORQUENTIEL EST PLUS PHYSIOLOGIQUE**
 NORQUENTIEL assure le blocage ovulatoire selon une technique séquentielle pratique (1) : il reproduit le cycle menstruel physiologique, œstrogène puis progestatif. Il induit ainsi un endomètre très proche de l'endomètre normal, et ne donne jamais d'atrophie, fréquente avec les œstroprogestatifs.
- PARCE QUE NORQUENTIEL NE PROVOQUE PAS D'AMÉNORRHÉE**
 Conséquence du caractère physiologique de la méthode séquentielle, on n'enregistre avec NORQUENTIEL aucune aménorrhée thérapeutique. Les règles apparaissent à la date prévue, normales en durée et en abondance (2).
- PARCE QUE NORQUENTIEL EST ENTIÈREMENT EFFICACE**
 L'efficacité du blocage ovulatoire dans la méthode séquentielle dépend étroitement de la dose d'œstrogène : avec 100 γ, elle se révèle aussi efficace que les œstroprogestatifs, alors que les doses inférieures sont moins sûres. De plus, avec 100 γ l'oubli d'un comprimé ne rend pas l'ovulation plus probable qu'avec les œstroprogestatifs (3). NORQUENTIEL, c'est la méthode séquentielle à 100 γ.

1 / NORQUENTIEL EST PRÉSENTÉ EN UNE SEULE PLAQUETTE DE 15 COMPRIMÉS BLANCS DOSÉS À 100 γ D'ETHINYL-CESTRADIOL ET 6 COMPRIMÉS ROSES DOSÉS À 100 γ D'ETHINYL-CESTRADIOL + 5 MG DE NOBÉTHISTÉRONÉ. LA PRÉSCRIPTION EST DONC SIMPLE : 1 COMPRIMÉ PAR JOUR DE NORQUENTIEL, DU 5 AU 24^e JOUR DU CYCLE, DANS L'ORDRE DES NUMÉROS.
 2 / "LE TRAITEMENT SÉQUENTIEL PAR LES PROGESTATIFS DE SYNTHÈSE EN GYNÉCOLOGIE". P. VILLEDIEU (VIE MÉDICALE THÉRAPEUTIQUE - 15.12.68).
 3 / "EFFICACITÉ COMPARÉE DES DIVERSES MÉTHODES DE BLOCAGE OVULATOIRE". J. RUSSIERE (LA PRESSE MÉDICALE - 76 N° - 11.2.68)

Cycles irréguliers - aménorrhées - dysménorrhées - troubles de la ménopause. Éviter de prescrire en cas de grossesse et d'antécédent de thrombophlébite. Voir N° 4713 - Tab. A - Prix 7,85 F - non remboursé par la Sécurité Sociale.

GRÉMY LONGUET
 23 rue Balbu Paris 9

BnF, publicité pour Norquentiel (Grémy-Longuet) dans *Fertilité, orthogénie*, vol. 1, n° 2, avril 1969

La synthèse totale des stéroïdes... une date dans l'histoire de la Recherche Chimique Française

première application thérapeutique

planor

bloccage médical de l'ovulation

indications

- dysménorrhée
- dystrophie ovarienne polykystique (ovaire scléro-kystique)
- certains troubles menstruels : méno-métrorragies fonctionnelles spanioménorrhée polyménorrhée
- stérilité
- endométriose

posologie

1 comprimé par jour du 5^e au 25^e jour du cycle puis, après sept jours d'arrêt, régulièrement trois semaines sur quatre.

— Exceptionnellement 2 comprimés par jour (méno-métrorragies)
 — Eventuellement en cure continue (endométriose)
 présentations
 a) 1 plaquette de 21 comprimés dosés à :
 — 17 + éthinyl-triulonone (norgestronone) 2 mg
 — éthinyl-œstradiol 0,050 mg
 excipient q.s.p. un comprimé
 b) 3 plaquettes de 21 comprimés
 Tableau A - Prix : 7,60 et 19,75 S.S. - C.M. via N. 388
 (décret n° 68, 544 du 13 juin 1968)
 contre-indications
 Grossesse
 Antécédents thrombo-phlébitiques

ROUSSEL LES LABORATOIRES ROUSSEL
 35 bd des Invalides - Paris 7^e - TEL. 705-93-28

Centre d'Archives du Féminisme (Angers), Fonds Képès 19 AF 100, publicité pour Planor (Roussel) dans *Fertilité, orthogénie*, 1971

FIGURE 6.5 – Publicités pour Anovlar, 1962 et 1966

Anovlar

as an oral contraceptive and for other indications which require ovulation control

Indications	Results
cycle disturbances	excellent
endometriosis	good
dysmenorrhoea	very good
functional sterility	moderate
contraception	100%

References

- MEARS, E. Family Planning, Vol. 11, No. 1, April 1962
- SWYER, G. I. M. Extract from a lecture held at the Société Française de Gynécologie, Paris, Jan. 18th, 1962
- MEARS, E. and GRANT, E. C. G. Brit. Med. J. 5297, 75 (1962/II)

Packing
20 tablets, each containing 4 mg. norethisterone acetate + 0.05 mg. ethinyl oestradiol

Schering
SCHERING A.G.
BERLIN/GERMANY

(a) Brochure anglaise récapitulative du produit, 1963, SchA S1/348 : Anovlar

'The only failure associated with oral contraception is patient failure'

Anovlar 21

Indications
Contraception, Dysmenorrhoea, Endometriosis, Functional sterility, Normalisation of irregular cycles.

Dosage
1 tablet daily for 21 days, followed by a tablet-free interval of 7 days. Each new course of tablets is started on exactly the same day of the week as the previous course.
N. B. The first course should start on the fifth day of the menstrual cycle.

Presentation
21 tablets, each containing 4 mg. norethisterone acetate and 0.05 mg. ethinyl oestradiol, in the unique Memo-Pack.

Schering
SCHERING AG BERLIN / GERMANY
Scientific Information Office
SCHERING ASIA G. m. b. H.
PAKISTAN BRANCH
P. O. BOX 3195, KARACHI-29.

ES2 PC II 2045 March 1966

(b) Brochure publicitaire anglaise, 1966, SchA S1/347/b : Anovlar 21 (weitere Werbung)

6.3 1975 - milieu des années 1980 : l'expansion du marché contraceptif, « faire du différent avec le similaire »

Plusieurs évolutions du marché contraceptif français marquent la période allant de 1975 au milieu des années 1980. Ce marché connaît une certaine saturation en termes de produits, et une uniformisation des produits proposés. La plupart des mises sur le marché pendant cette période constituent soit une variation posologique de principes actifs déjà mis sur le marché (supports de produits spermicides, DIU au cuivre), soit une variation de molécules et de dosages pour un même principe d'action (blocage de l'ovulation par la prise quotidienne d'une combinaison d'œstrogène et de progestatif de synthèse). La période voit également l'arrivée de très nombreux nouveaux produits sur le marché, qui chassent en quelque sorte la première génération de contraceptifs. Certains de ces produits de « 2^e génération » ont un cycle de vie beaucoup plus long sur le marché que les produits précédents, et persistent parfois jusqu'aux années 2000 et au-delà. Enfin, de nombreuses innovations ont lieu en termes de marketing et de registre sémiotique utilisé dans les publicités.

6.3.1 Des produits « nouveaux » relativement similaires

Emilia Sanabria (2014, 2016) décrit dans son travail sur les hormones au Brésil comment la mise sur le marché de « nouveaux » produits peut en fait consister à décliner des produits relativement similaires, en employant simultanément la rhétorique du différent (pour distinguer leur produit des autres et leur donner une relative unicité) et la rhétorique du similaire (pour insister sur l'interchangeabilité des produits). On observe la même tension sur le marché français de la contraception dans les années 1970 et 1980, où le marketing employé insiste sur la nouveauté d'une gamme de produits qui restent relativement similaires aux produits déjà existants, malgré la rhétorique constamment employée de la révolution thérapeutique que constituerait telle ou telle nouveauté sur le marché.

Le profil des firmes évolue également sur la période. Progressivement, le marché contraceptif très concurrentiel se constitue en oligopole de grosses firmes pharmaceutiques européennes ou américaines, parallèle à l'évolution de l'ensemble du secteur pharmaceutique. Selon l'historienne S. Chauveau, celui-ci est marqué dans les années 1970 par une plus grande concentration des firmes, où les laboratoires de petites et moyennes tailles dont la rentabilité n'est pas assurée disparaissent, ou sont rachetés par de plus grosses entreprises (Chauveau, 2002). C'est ce que

l'on observe également sur le marché contraceptif français, avec la pérennisation des produits provenant de firmes établies à l'échelle internationale, et le retrait du marché des produits provenant de plus petits laboratoires existant uniquement à l'échelle nationale.

Qu'en est-il, alors, de l'innovation effective portée par ces nouvelles mises sur le marché? À partir de 1975, on observe deux mouvements dans l'offre contraceptive : la disparition d'une majorité de produits mis sur le marché au début des années 1960, et l'apparition d'un grand nombre de produits, qui restent sur le marché au moins jusqu'aux années 2000, et qui rend la génération précédente de produits obsolète. L'innovation porte sur trois points principaux : concernant la contraception hormonale, on assiste à une période d'innovations sur les molécules œstro-progestatives, qui permet une progressive réduction des doses des produits et de leurs effets secondaires. Le principe d'action reste le même (blocage de l'ovulation par administration continue d'œstro-progestatifs ou de progestatifs sur une période de 21 à 28 jours), mais la composition des produits évolue. Concernant les DIU, les dispositifs en plastique sont progressivement remplacés par des dispositifs avec du cuivre, ce qui conduit à une efficacité accrue et à la possibilité réduire leur taille, qui limite les risques d'infection. Enfin, on assiste au développement par certaines firmes des modes d'administration de produits alternatifs à la pilule ou au DIU, notamment des produits spermicides : crèmes, gels, ovules, tampons. Les méthodes barrières (préservatifs, capes cervicales) sont les seules à demeurer quasi-identiques à ce qu'elles étaient au début des années 1960.

La réduction des dosages de la contraception hormonale

La première pilule contraceptive, Enovid, est testée à Porto Rico au milieu des années 1950 (Marks, 2001; Briggs, 2002). Fortement dosée par rapport aux produits actuellement sur le marché, elle comporte une dose quotidienne de 10 mg d'un progestatif de synthèse, le noréthynodrel, et de 0,15 mg d'un œstrogène de synthèse, le mestranol. L'effet contraceptif de cette combinaison est mise en évidence par les essais conduits par G. Pincus et son équipe à Porto-Rico, mais le produit a des effets secondaires si conséquents que beaucoup de femmes cessent de le prendre et quittent l'essai clinique (Briggs, 2002). Les firmes pharmaceutiques mettent d'ailleurs du temps à considérer le potentiel marchand de ce produit, qui paraît comporter bien trop d'effets secondaires ou de risques à long termes pour qu'une population saine les prenne massivement. La firme Searle obtient néanmoins l'autorisation de mise sur le marché du Enovid comme contraceptif par la FDA en mai 1960 (Briggs, 2002; Raynal, 2009).

Dans le même temps, la firme Schering achète la licence du noresthistérone –

un autre progestatif similaire au noréthynodrel – à la compagnie Syntex (basée au Mexique) en 1956, et met sur le marché un dérivé de ce produit pour le traitement des troubles menstruels et des troubles de la fertilité²². En 1961, Schering obtient une autorisation de mise sur le marché pour la pilule contraceptive Anovlar. Combinant 4 mg d'acétate de noresthérone (progestatif) et 0,05 mg d'éthinyl-estradiol (œstrogène de synthèse qui sera utilisé dans la plupart des contraceptifs oraux pendant les décennies qui suivent), ce produit s'avère nettement moins dosé que son concurrent américain, et cette première réduction importante des doses d'hormones de synthèse permet à un plus grand nombre d'utilisatrices de le tolérer, avec moins d'effets secondaires. Seul contraceptif oral sur le marché européen pendant les quelques mois suivant sa sortie, Anovlar est progressivement concurrencé par des produits de composition similaire provenant des firmes Organon (Pays-Bas), Parke-Davis (États-Unis) et Ciba (Suisse).

Peu de temps après la sortie d'Anovlar, une innovation importante sur le marché de la contraception orale concerne la mise au point par la firme américaine Wyeth du norgestrel, progestatif beaucoup plus puissant que l'acétate de noresthérone et avec moins d'effets secondaires, et qui permet la réduction des doses conjointes de progestatifs et d'œstrogènes contenus dans chaque pilule quotidienne. Le norgestrel et ses dérivés vont ainsi devenir les progestatifs les plus utilisés dans les contraceptifs oraux durant les deux décennies qui suivent. Après des négociations avec Wyeth qui s'étalent sur deux ans, Schering obtient l'exploitation de la licence du norgestrel, et peut ainsi distribuer le produit et ses dérivés dans la plupart des pays, excepté les États-Unis, le Canada, la France et l'Afrique du Sud, où Wyeth souhaitait mettre son propre produit sur le marché. Schering introduit en 1966 sur le marché européen la pilule Eugynon, comportant 0,5 mg de DL-norgestrel (contre 4 mg de progestatif auparavant). Sur le marché français, c'est Wyeth qui sort en 1968 ce même produit sous le nom de Stédiril (l'Eugynon ne verra jamais le jour en France). Cette première réduction des doses de progestatifs, qui signe le début de l'ère des « minipilules »²³, constitue un tournant important dans la contraception orale,

22. Les éléments historiques du développement des contraceptifs oraux au sein de la firme Schering sont tirés de la publication : Schering, 1998, *Schering : Aus Berlin in alle Welt. Die Schering AG 1949-1971*, Berlin, Schering-Aktiengesellschaft, Schriftenreihe Scheringianum.

23. Notons que l'appellation « minipilule » est celle qui est utilisée en France, notamment chez les expert·e·s, afin de signifier une réduction des doses hormonales de cette deuxième génération de produits par rapport aux premières pilules. En France, la classification des pilules selon leurs dosages en œstrogènes se stabilise dans les années 1980, et distingue les pilules « macrodosées » (lorsque la pilule possède plus de 50 µg d'œstrogène comme l'éthinyl-estradiol), pilules « normodosées » (50 µg d'œstrogène) et pilules « minidosées » (moins de 50 µg d'œstrogène). Cette classification ne recoupe pas non plus complètement la division entre différentes « générations » de pilules, qui correspondent aux différentes générations de *progestatifs*. Elle est toutefois utilisée par les professionnel·le·s en France, et apparaît dans le *Dictionnaire*

puisqu'il s'agit de produits qui deviendront des *best-sellers* mondiaux, pendant une longue période, et qui sont même parfois encore sur le marché (c'est le cas du Stédiril en France). Ce sont donc des molécules avec un cycle de vie sur le marché particulièrement long, de plus de quarante ans.

S'ensuivent plusieurs innovations sur les molécules progestatives qui permettent de réduire les doses, parce qu'il s'agit de produits plus actifs, limitant ainsi les effets secondaires associés à la prise d'œstro-progestatifs. À partir de la licence exploitée auprès de Wyeth, Schering synthétise le lévonorgestrel, un dérivé du norgestrel qui permet de réduire le dosage en progestatif de moitié : Neogynon est ainsi introduit sur le marché allemand en août 1970, et comporte 0,25 mg de progestatif (soit quarante fois moins que la première pilule Enovid), et 0,05 mg d'œstrogène (trois fois moins que dans Enovid).

Cette course scientifique et industrielle à la réduction des doses des contraceptifs se poursuit en mai 1973, lorsque Schering obtient l'autorisation de mise sur le marché pour Microgynon, la première pilule considérée – au regard des critères actuels de prescription – comme « faiblement dosée ». Il s'agit des mêmes composants que les produits précédents Eugynon et Neogynon, mais on passe dans l'ère des produits « micro »-dosés : 30 μg (0,03 mg) d'éthinyl-estradiol et 150 μg (0,15 mg) de levonorgestrel. Ces produits se révèlent efficaces à doses réduites dans la plupart des cas, et la réduction des doses permet de réduire encore les effets secondaires éventuels sans réduire l'effet contraceptif. La commercialisation de Microgynon coïncide en fait avec l'émergence d'inquiétudes, en Allemagne notamment mais surtout aux États-Unis et en Angleterre, sur les risques associés aux œstro-progestatifs, suite à la publication des premiers résultats des suivis de cohortes de femmes prenant des contraceptifs oraux, et aux mises en causes dont « la » pilule fait l'objet dans plusieurs pays (Watkins, 1998). La réponse apportée par les firmes à ces mises en cause publiques consiste justement à arguer de la différence entre ces nouveaux produits micro-dosés aux risques très réduits, et les anciens produits trop fortement dosés, désormais obsolètes (voir chapitre 8).

À ces pilules œstro-progestatives micro-dosées s'ajoutent ce qui s'appelle en France les « micropilules », des pilules exclusivement à base de progestatifs²⁴. L'ère

Vidal comme mode de catégorisation des œstro-progestatifs à partir de 1991.

24. Il faut relever une ambiguïté entre le terme de « *mikropille* » tel qu'il est employé en allemand par la firme Schering pour désigner ses produits « microdosés » en œstrogène et progestatif, et repris dans le nom de « Microgynon », et le terme de « micropilule » qui s'impose en France pour désigner des produits exclusivement constitué de progestatifs, comme c'est le cas de Microval (Wyeth) ou de Milligynon (Schering). À l'inverse, le terme de « *minipille* » désigne en allemand les pilules composées exclusivement de progestatifs, tandis que le terme de « minipilule » désigne en France les œstro-progestatifs plus faiblement dosés que les premières générations de produits.

des micropilules arrive en France avec un léger décalage par rapport aux sorties sur le marché européen : après Milligynon mis sur le marché par Schering en 1977, Wyeth reçoit l'AMM pour Microval en 1978.

Au final, pendant cette période, l'innovation en matière de contraception orale repose essentiellement sur la réduction des doses grâce à la mise aux points de nouveaux œstrogènes et progestatifs de synthèse. Les produits en eux-mêmes évoluent assez peu dans les molécules employées du début des années 1970 à la fin des années 1980, malgré les nombreuses mises sur le marché de produits de composition similaire, aux dosages légèrement différents.

L'expansion des DIU au cuivre

Du milieu des années 1970 au milieu des années 1980, plusieurs DIU avec un composant métallique sont également mis sur le marché. Composés dans les années 1960 de plastique, avec de grandes variations de formes selon les modèles, les dispositifs au cuivre font leur apparition dans les années 1970 avec la mise sur le marché du Gravigarde par la firme américaine Searle (voir annexe D pour une représentation graphique de ces différents modèles). Peu de temps après, d'autres modèles au cuivre sont mis sur le marché par les laboratoires C.C.D. et Schering. La forme du DIU se standardise, ainsi que sa taille et sa composition : il se présente le plus souvent sous la forme d'un T dépliant d'environ 5 cm, ce qui facilite son insertion. Entre 1976 et 1988, plus d'une dizaine de dispositifs au cuivre sont introduits sur le marché, concurrençant ainsi le nombre de mises sur le marché des pilules contraceptives. On en trouve un écho dans les publicités, nombreuses, pour des DIU au cuivre dans la presse médicale.

Au même titre que les nouvelles pilules mini puis micro-dosées, les dispositifs intra-utérins au cuivre semblent incarner la modernité et le progrès scientifique en matière de contraception, en améliorant l'efficacité pratique de la méthode et en diminuant ses effets secondaires non désirés ou ses risques. De fait, une amélioration importante de l'efficacité de ces dispositifs est observée par les expert·e·s ainsi que par les professionnel·le·s, et ces produits ne diffèrent que très peu de ceux qui sont aujourd'hui sur le marché et considérés comme très efficaces.

Spermicides et méthodes barrières : déclinaisons des modes d'administration, similarité des produits

Malgré son caractère assez spécialisé et le fait qu'il ne représente pas plus de 5 à 10 % des pratiques contraceptives de France métropolitaine entre les années 1960 et les années 2000 (Bajos *et al.*, 2012), le secteur des spermicides est

relativement dynamique dans les années 1970 et 1980. Notamment, quelques firmes se spécialisent sur ces produits, et proposent de nombreuses déclinaisons des modes d'administration : le laboratoire Pharmelac met ainsi sur le marché, entre 1973 et 1988, six formes de spermicides et quatre autres formes de contraception locale²⁵. De nombreuses autres firmes proposent des crèmes, gelées ou ovules spermicides (Laboratoires C.C.D, laboratoires Pharmasciences). Dans leur composition, ces produits évoluent assez peu. C'est principalement le mode d'administration proposé qui fait l'objet d'innovations et de nouvelles mises sur le marché.

Les autres méthodes locales (capes cervicales, diaphragmes et préservatifs) demeurent assez marginales dans cet espace des produits pharmaceutiques. Les préservatifs, principalement préconisés par les médecins français-es dans la prévention des infections sexuellement transmissibles, ne sont que rarement recommandés pour prévenir les grossesses (chapitre 5), ce que reflète leur seule occurrence dans le Vidal *via* l'entrée « crème Pharmatex plus préservatif enduit » commercialisée par le laboratoire Pharmelac. Les préservatifs font d'ailleurs pendant longtemps partie des seuls contraceptifs industriels, avec les spermicides, à ne pas être remboursés par la Sécurité sociale (que ce soit pour la prévention des IST ou pour la contraception).

Ainsi, l'offre contraceptive en France, telle qu'elle est perceptible au prisme du *Dictionnaire Vidal*, se développe assez diversement entre 1975 et le milieu des années 1980. De nombreux produits sont mis sur le marché, différentes déclinaisons de pilules œstro-progestatives, mais aussi de DIU au cuivre et de produits spermicides ou barrière. Dans quelle mesure cette diversité des produits se reflète-t-elle dans leur promotion ? Les moyens mis en œuvre par les industries sont-ils les mêmes pour tous les produits ?

6.3.2 (R)évolutions dans le champ du marketing scientifique

Le tournant marketing et la conquête de nouvelles parts de marché

Un type de stratégie marketing consiste à diversifier une gamme de produits pour parvenir à cibler le plus de consommateurs·trices et d'usager·e-s possibles. Il s'agit ainsi, par la publicité et par le marketing qui entoure un produit ou une gamme de produits, de construire des catégories de population ayant un profil de consommation spécifique, et d'accentuer ces différents profils pour qu'à chaque consommateur·trice corresponde un produit. Dans le cas du marketing

25. Crème, gelée, ovules solubles, mini-ovules, comprimés gynécologiques, tampon enduit et diaphragme, préservatif, cape et stérilet.

scientifique, il s'agit de distinguer des profils de prescription auxquels correspondent tel ou tel produit pharmaceutique. Ainsi, d'un marketing scientifique orienté vers des consommateurs et consommatrices abstraites de « contraceptifs » (voire, initialement, orienté uniquement vers des cas pathologiques), la promotion de ces contraceptifs oraux glisse progressivement vers la définition de segments spécifiques de marché.

La période voit ainsi une forte diversification de la gamme de produits contraceptifs, avec l'idée d'une déclinaison d'un même produit pour s'adapter à différentes franges du marché, plutôt que la commercialisation de produits fondamentalement différents. On a ainsi affaire à ce que Lisa Malich décrit comme une standardisation des produits : tous s'alignent sur un même format, les différentes firmes mettent sur le marché des produits équivalents en termes de composition (Malich, 2015). Mais également à ce que Emilia Sanabria a analysé comme des manières de faire « du différent avec du similaire », soit des techniques marketing de différenciation de gammes de produits relativement équivalents en terme de composition et de mode d'action (Sanabria, 2014).

Dans le contexte d'un marché relativement saturé en termes de nombres de produits (et de marques), la stratégie adoptée par les firmes consiste à segmenter le marché et à proposer des produits explicitement destinés à tel ou tel groupe d'usagers. Cette stratégie s'inscrit plus largement dans la réorganisation des activités des firmes pharmaceutique, dans les années 1970-1980 (Chauveau, 2002). La plupart des firmes multinationales se dotent sur la période de départements marketing, qui prennent une place croissante dans l'organigramme des entreprises comme dans leur budget (Montalban, 2011; Ravelli, 2015)²⁶. Ainsi, la firme Schering développe à partir de 1975 une structure marketing en interne, composée d'un département d'études de marché, de plusieurs « managers-produits » et d'un studio de publicité²⁷. Cette réorganisation se poursuit au début des années 1980, avec la mise en place du « management par segment de marché » (« *Segmentmanagement* ») :

« Afin de promouvoir davantage la réflexion interdisciplinaire sur les segments et les projets et de pouvoir adapter de manière optimale les activités

26. L'économiste Matthieu Montalban note ainsi qu'en 2004, les budgets marketing des grosses entreprises pharmaceutiques représentent entre une fois et demie et deux fois le budget de Recherche & Développement, et que les employé-e-s en marketing sont bien plus nombreux-euses que les employé-e-s en R&D (Montalban, 2011, p. 16).

27. « À partir de 1975, construction d'une structure marketing (Département d'études de marché + 5 Productmanagers + studio de publicité » (« Ab 1975 wurde eine Marketing-Struktur gebildet (Marktforschungs-abteilung + 5 Productmanagers + Werbestudio »), Avis sur l'état et les perspectives de la stratégie en France, de Demkse (UE/Referat Strategische Planung) à Bülow (Schering SA) avec annexes (compte-rendu sur les discussions stratégiques), Strategic Planning, Pharma Division, France von 1982 bis 1990 (2000), décembre 1983, p. 13, Schering Archives, B9 854 : Strategieunterlagen Pharma Ausland (Frankreich).

de Recherche & Développement aux exigences du marché, le “management par segment” de marché a été établi en 1983. Le directeur de segment, qui relève directement du porte-parole de la direction divisionnaire, est appuyé par un groupe-segment. »²⁸

La mise en place de ce « management par segments de marché » témoigne de la réorientation stratégique de la firme selon les « exigences de marché » et de la restructuration de son activité autour des résultats des études de marché plutôt qu’ autour de la recherche de laboratoire et de l’activité scientifique, auparavant centrales. Les analyses de marché prennent ainsi une place de plus en plus stratégique pour les firmes, qui doivent à la fois connaître le marché et les demandes des consommatrices·teurs, mais également anticiper leurs évolutions sur plusieurs années. Dans un document de 1982 sur le planning stratégique de la firme Schering concernant le marché pharmaceutique français, on aperçoit cette importance grandissante de la science du marché, qui établit des objectifs de vente sur vingt ans, et vise à identifier et donner la priorité aux produits et aux secteurs les plus rentables. La firme anticipe à ce moment-là une assez large extension du segment des contraceptifs oraux, et l’augmentation de ses parts sur le marché français de la contraception, sur laquelle elle est relativement en retrait par rapport à ses concurrentes, passant de 21,4 % de parts de marché en 1982 (situation au moment de l’écriture du document) à un tiers du marché en 1990, selon les estimations optimistes (33 %). Cette hausse prévisionnelle serait notamment liée à la mise sur le marché d’une nouvelle génération de pilules : les anti-acnéiques anti-androgènes (Diane et Diane 35, mises sur le marché prévues en 1982 et 1987), et des produits basés sur un nouveau progestatif de synthèse, le gestodène (mise sur le marché prévue en 1987) :

« CONTRACEPTION MÉDICAMENTEUSE

1. Développement de notre participation au marché des contraceptifs oraux par l’ajout de DIANE (82), GESTODEN Triphasic (87), DIANE 35 (87/88).

	MARCHÉ	M/S ²⁹ SCHERING
1982	166 MF	21,4%
1985	266 MF + 11% 82/85	25,4%
1990	288 MF +5% de 85 à 90	26,0-33%

28. « Um das fachbereichsübergreifende Denken in Segmenten und Projekten weiter zu fördern und die Aktivitäten von Forschung + Entwicklung an die Erfordernisse des Marktes optimal anpassen zu können, wurde im Jahre 1983 das ”Segmentmanagement” etabliert. Der Segmentmanager, der direkt dem Sprecher der Spartenleitung untersteht, wird unterstützt von einer Segmentgruppe. », *Historische Entwicklung der 'Pille' unter besonderer Berücksichtigung der Schering-Innovation*, Schering Archives B3-653.

Marketing scientifique et restriction de l'offre contraceptive : perspective historique sur le marché contraceptif

2. Développement de produits qui nous permettent de garder notre niveau de parts de marché, en nous préservant de l'arrivée des produits substitués compétitifs (Roussel, Organon, Substantia).

- les produits classiques : un nouveau progestatif avec un effet antigonadotrope, qui permet de remplacer l'ethinyl-estradiol par un œstrogène "naturel" comme l'estradiol valérate.

- nouveaux produits :

. contraceptifs et abortifs (progestatif antiprogestérone, prostaglandine antiprogestérone)

. un contraceptif hormonal mensuel (contraception injectable (20% du marché oral actuel) ou oral (80% du marché oral actuel)

. un contraceptif masculin (10% du marché actuel)

. un contraceptif hormonal avec une nouvelle forme galénique (paper pill, formes sublinguales, etc...)

En conclusion,

- Possibilité de développer nos parts de marché dans le champ de la contraception orale

- Priorité à la recherche de nouveaux contraceptifs (de Schering ou des licences), qui sont actuellement recherchés par nos concurrents. Dans le cas contraire, Schering aurait des difficultés sur ce segment dans les années 1990. »³⁰

Dans le secteur des contraceptifs oraux, la croissance des parts de marché anticipée par la firme sur le marché français dans les années 1980 et 1990 grâce à ses nouvelles pilules ne pourra être soutenue, selon ce plan stratégique, que par le développement de nouvelles pilules et de nouveaux produits hormonaux innovants, qui permettent de faire face aux produits développés par les concurrentes. Le

30. « MEDICINAL CONTRACEPTION : 1. Development of our participation on the oral contraception market by addition of DIANE (82), GESTODEN Triphasic (87), DIANE 35 (87/88). [TABLE]; 2. Development of products allowing us to keep our market share at its level by securing us from the arrival of competitive substitution products (Roussel, Organon, Substantia) : Classical products : new progestative with an antigonadotropic effect, allowing to replace EO by a "natural" oestrogen such as oestradiol valerate. New products : contraceptive and abortive (antiprogestérone progestative, anti-progestérone prostaglandine) ; monthly hormonal contraceptive : injection contraception (20% of the present oral market) or oral (80% of the present oral market) ; male contraceptive (10% of the present market) ; hormonal contraceptive with a new galenic form (paper pill, sublingual form, etc. . .). In conclusion, possibility of developing our market share in the field of oral contraception ; priority to research (Schering or licenses) for new contraceptives which are at the present time searched by our competitors. In the opposite case, Schering would have difficulties in this segment during the 90s. », Avis sur l'état et les perspectives de la stratégie en France, de Demkse (UE/Referat Strategische Planung) à Bülow (Schering SA) avec annexes (compte-rendu sur les discussions stratégiques), Strategic Planning, Pharma Division, France von 1982 bis 1990 (2000), décembre 1983, p. 35-37, Schering Archives, B9 854 : Strategieunterlagen Pharma Ausland (Frankreich).

document décrit plus loin l'intérêt qu'aurait Schering à développer également le segment de la contraception « locale » (DIU, spermicides, méthodes d'observation du cycle menstruel, contraceptifs masculins ou tests de grossesse avec produit abortif). Les objectifs affirmés sur le segment des DIU sont particulièrement révélateurs de la logique d'innovation pharmaceutique telle qu'elle se met en place dans les années 1980. Le document mentionne que Schering possède 40 % des parts du marché français des DIU (pour un marché évalué à 46,5 millions de francs, contre 166 millions de francs pour les contraceptifs oraux), et que cette position devrait se maintenir dans les années à venir, à condition de :

« A minima, améliorer notre NOVA T, particulièrement sur la technique d'insertion.

Si ça n'est pas possible, il est nécessaire pour nous d'avoir à disposition un nouveau DIU qui a les mêmes avantages (*le dernier produit mis sur le marché est toujours le meilleur...*³¹).

De prévoir un nouveau DIU avec un progestatif ou de la prostaglandine qui viendrait compléter notre gamme actuelle. »³²

On entrevoit dans ce passage un des enjeux de l'industrie, consistant à toujours mettre des nouveaux produits sur le marché, quand bien même ils ne sont pas si nouveaux que ça (« un nouveau DIU qui a les mêmes avantages »). Mettre sur le marché un nouveau produit aux caractéristiques similaires avec de légères améliorations permettrait à la firme de bénéficier de l'effet nouveauté, qui à lui seul préserverait des parts de marché parce qu'il rendrait le produit plus attrayant. Sans réelle innovation, le plan stratégique de la firme consiste ainsi à faire du nouveau et du différent à partir du similaire (Sanabria, 2014). L'innovation elle-même (un nouveau DIU avec un progestatif) n'est imaginée que dans un second temps.

Ce passage montre également la hiérarchisation des objectifs pour les firmes, entre l'enjeu financier considérable que représente le marché des contraceptifs oraux, amené à s'étendre selon les prévisions, et qui nécessite la mise en œuvre d'une innovation réelle dans la composition des produits ; et le marché de la contraception

31. Je souligne.

32. « But to reach this point, following measures have to be taken : at a minima, improvement of our NOVA T, especially regarding the insertion technique. If impossible, it's necessary for us to have at our disposal a new I.U.D. having the same advantages (the last product being launched is always the best one..). To forecast a new I.U.D. with progestative or prostaglandine which would come as a complement in our present range », Avis sur l'état et les perspectives de la stratégie en France, de Demkse (UE/Referat Strategische Planung) à Bülow (Schering SA) avec annexes (compte-rendu sur les discussions stratégiques), Strategic Planning, Pharma Division, France von 1982 bis 1990 (2000), décembre 1983, p. 37, Schering Archives, B9 854 : Strategieunterlagen Pharma Ausland (Frankreich).

locale, dont les DIU, qui représente un enjeu financier important, mais trois à quatre fois moins conséquent selon le document ci-dessus que le marché des pilules hormonales, et qui ne nécessite donc pas un investissement si important dans la recherche de réelles innovations des produits eux-mêmes.

La constante mise sur le marché de produits « nouveaux » pour faire face à la concurrence sur les différents segments du marché de la contraception, et le développement de l'offre de pilules pour sécuriser ses parts de marché sur ce segment spécifique constituent donc les deux stratégies principales de la firme Schering, dans les années 1980, pour développer et étendre ses parts du marché français de la contraception. Ces stratégies sont soutenues par différentes techniques marketing innovantes, qui s'inscrivent plus globalement dans l'amélioration des techniques de gestion et de marketing au sein des industries pharmaceutiques européennes – puis mondiales à la fin des années 1970 et au cours des années 1980.

À chacune sa pilule. Un marketing scientifique orienté vers l'extension des publics-cibles

Progressivement, l'offre proposée par les firmes va glisser d'une séparation entre femmes « normales » (qui peuvent prendre des contraceptifs oraux sans contre-indication) et femmes « anormales » (où la contraception orale est contre-indiquée), à la définition de segments spécifiques de marché et de publics-cibles clairement identifiés. Ainsi, sont conçues des gammes de produits plus ou moins dosés, s'adaptant au rythme « naturel » des femmes, et permettant de cibler des catégories d'âge spécifiques (les pilules peu dosées en progestatif pour les femmes jeunes, les pilules normalement dosées pour les femmes en âge de procréer, et les pilules faiblement dosées en œstrogènes pour les femmes en préménopause), mais également des climats hormonaux spécifiques (pilules plus ou moins dosées en œstro-progestatifs, pilules progestatives seules). Le marketing de ces années-là façonne l'idée qu'à chaque type de femme correspond une pilule, d'où la définition, par les firmes, de gammes de produits répondant à tous les cas de figure possibles, et la promotion souvent simultanée dans les publicités de ces différents produits³³. La multiplication des produits et la nécessité de les distinguer les uns des autres conduit au glissement progressif d'une rhétorique de « la pilule qui convient à toutes les femmes » à une rhétorique de « à chaque femme sa pilule » qui permet de proposer non plus seulement un produit miracle, mais une gamme de produits, pour différents segments de marché.

Graphiquement, les publicités pour les contraceptifs oraux en France restent

33. Publicité conjointe pour Anovlar et Milli-Anovlar (Schering) ; publicité pour Stédiril, Minidril et Adépal (Wyeth, voir figure 6.6).

dans un premier temps assez sobres. Si l'indication contraceptive est de plus en plus explicitement revendiquée à la fin des années 1970, la plupart des publicités comportent peu d'images, et sont centrées sur le descriptif des produits (voir figure 6.6). Plusieurs publicités mettent en avant soit la réduction des doses des contraceptifs oraux, soit le fait qu'une gamme de produit peut s'adapter à plusieurs cas (à l'instar des produits proposés par Wyeth). Un certain nombre de publicités pour des pilules progestatives seules mettent également en avant que l'accès à la contraception orale est possible même pour des femmes qui ne tolèrent pas bien les œstro-progestatifs classiques. Ainsi, plusieurs firmes martèlent dans leur publicité l'idée que la multiplication des produits et des différents dosages « rend la contraception orale accessible à plus de femmes »³⁴. La réduction des doses est également mise en avant dans ces publicités qui promeuvent des produits toujours moins dosés et toujours mieux tolérés.

La sobriété graphique de fin des années 1970 et du début des années 1980 est relativement spécifique aux publicités dans la presse médicale française. Alors que l'argumentaire passe essentiellement par le texte et le caractère sérieux et respectable du produit en France, les publicités dans d'autres pays laissent davantage libre cours à l'image et à la métaphore. C'est le cas pour la promotion d'Eugynon, l'équivalent du Stédiril, que la firme Schering promeut dès 1965 dans plusieurs pays du monde, par une large campagne qui compare le produit à plusieurs œuvres d'art connues, avec le slogan : « touche à la perfection » (voir figure 6.7). Ces publicités ne verront pas le jour en France, et il faut attendre le milieu des années 1980 pour que les publicités pour les contraceptifs perdent leur caractère austère et que les éléments iconographiques ou le slogan deviennent prépondérants sur le descriptif technique. Quelques exceptions, comme la publicité de 1981 pour Ortho-Novum 1/35 de Cilag figurant des fées-pilules flottant au-dessus d'une sorte de désert paradisiaque (voir annexe H), font figure de précurseuses.

Dans son étude des publicités dans la presse médicale française et allemande, L. Malich (2015) affirme qu'entre la fin des années 1960 et les années 1980, la focale des publicités se déplace progressivement du produit vers l'utilisateur, avec de plus en plus de représentations de femmes dans les publicités. La présente analyse tempère ce constat, qui se vérifie dans le matériel promotionnel conçu par Schering à destination de plusieurs pays européens, mais qui ne se traduit en France que vers la fin des années 1980. Progressivement en effet, on glisse de l'idée des contraceptifs hormonaux comme remèdes à certains maux (dont les grossesses non souhaitées) à l'idée du produit comme réponse à une demande des femmes.

34. Publicité pour Exluton (Organon), *Contraception, fertilité, sexualité*, 1979, CAF, Fonds Simon 17 AF 42.

FIGURE 6.8 – Publicités pour des DIU, 1979-1985

**bien pense:
facile à poser**

DISPOSITIF INTRA UTERIN **NOVA-T** le nouveau DIU. schering

Présentation et description. Présentation unique stérile comprenant un D.I.U. et un inserteur. Le D.I.U. en polyéthylène souple, inséré par injection, dont les extrémités sont conçues pour être visibles et d'une boucle finale est introduite par la sonde introduite par la sonde de travail. Avant de la faire pénétrer dans la cavité utérine, l'inserteur est introduit dans le col. L'inserteur est introduit dans le col utérin par la sonde introduite par la sonde de travail. L'inserteur est introduit dans le col utérin par la sonde introduite par la sonde de travail. L'inserteur est introduit dans le col utérin par la sonde introduite par la sonde de travail.

Centre d'Archives du Féminisme (Angers), Fonds Simon 17 AF 42, publicité pour Nova-T (Schering), Contraception, fertilité, sexualité, 1981

GYNE-T®
(T de Tatum)
dispositif intra-utérin

Pour les femmes qui inaugurent la contraception ou pour celles qui en changent

Indication. Contraception intra-utérine. **Contre-indication.** Grossesse, malformations utérines et fibromes sous-muqueux ou adhérents à la cavité utérine. **Précautions d'emploi.** Les femmes qui ont subi une intervention chirurgicale sur le système génital doivent être surveillées.

Centre d'Archives du Féminisme (Angers), Fonds Simon 17 AF 42, publicité pour Gyne-T (Cilag), Contraception, fertilité, sexualité, 1979

ML Cu 250
Dispositif intra-utérin cuprocontraceptif

2 tailles : ■ standard ■ mini

Le dispositif intra-utérin M.L. Cu. 250 est constitué de deux bras flexibles en polyéthylène, d'un fil vertical autour duquel s'enroule un fil de cuivre de 250 mm², opaque aux rayons X, et d'un fil de nylon monofilamentaire attaché à la base de ce dispositif.

Contre-indications : Grossesse, malformations utérines, anomalies de la cavité, antécédents d'inflammations péritonéales, endométrites, affections utérines et salpingiennes, suspicion de néoplasie, tumeurs, fibromes, myomes.

Effets secondaires éventuels : Contractions, saignements, réactions inflammatoires, qui justifient une surveillance médicale.

Remarque importante : Une radiothérapie ou une électrothérapie utilisant des courants de haute fréquence (diathermie, ondes courtes) est contre-indiquée chez les patientes porteuses d'un stérilet au cuivre, surtout lorsqu'elle est appliquée sur la zone du petit bassin.

Le M.L. Cu. 250 est livré stérile prêt à être mis en place.

Vendu en Pharmacie - Remboursé S.S.
A.M.M. n° S. 14 et S. 15 - Visa publicitaire n° PM 162H 281 - Documentation sur demande.
Distributeur exclusif : **LABORATOIRE C.C.D.**
44, rue Nef de Lorette - 75009 PARIS (tél. : 874.40.90 et 526.05.16)

Centre d'Archives du Féminisme (Angers), Fonds Simon 17 AF 42, publicité pour le DIU ML Cu 250 (C.C.D.), Contraception, fertilité, sexualité, 1979

GRAVIGARDE®
LA PLUS GRANDE EXPÉRIENCE DANS LA CONTRACEPTION AU CUIVRE.

Contre-indications : Grossesse, malformations utérines, anomalies de la cavité, antécédents d'inflammations péritonéales, endométrites, affections utérines et salpingiennes, suspicion de néoplasie, tumeurs, fibromes, myomes.

Effets secondaires éventuels : Contractions, saignements, réactions inflammatoires, qui justifient une surveillance médicale.

Remarque importante : Une radiothérapie ou une électrothérapie utilisant des courants de haute fréquence (diathermie, ondes courtes) est contre-indiquée chez les patientes porteuses d'un stérilet au cuivre, surtout lorsqu'elle est appliquée sur la zone du petit bassin.

Mise en garde : Le dispositif intra-utérin gravigarde ne doit pas être utilisé chez les femmes qui ont subi une intervention chirurgicale sur le système génital.

Centre d'Archives du Féminisme (Angers), Fonds Képès 19 AF 27, publicité pour Gravigarde (Searle), Journal de gynécologie et d'obstétrique du praticien, 1982

Les DIU-prouesse-technique

Les années 1970 et 1980 constituent la grande période de promotion de nouveaux DIU, ce qui correspond à une période d'innovation technique, et à la mise sur le marché de nombreux dispositifs par les firmes. Il s'agit pour la plupart des mêmes firmes que celles qui commercialisent les pilules, ce qui semble suggérer que celles-ci considèrent leur offre de DIU plutôt comme complémentaire que comme concurrente de leur offre de pilules. Comme le suggère l'analyse stratégique du marché français par Schering en 1982, il s'agit en fait d'un autre segment de marché à conquérir (les femmes qui ont des contre-indications à la pilule ou qui ont des échecs trop répétés sous contraception orale). Sur ce segment de marché, la concurrence se fait aussi rude que sur les autres segments entre les principales firmes. L'accent, dans les publicités, est clairement mis sur la technicité du produit et sur l'élément principal qui les distingue : leur forme (figure 6.8). À l'instar des publicités pour les pilules qui se centrent sur le produit plutôt que sur l'usagère, les publicités pour les DIU mettent clairement l'accent sur la fonction remplie par l'objet. Ainsi, le plus souvent, en lieu et place de représenter l'usagère, les publicités représentent leur utérus, explicitement (publicité pour Gravigarde, ou pour le stérilet T-cuivre de Schering), ou de manière plus métaphorique, par une fleur (publicité pour Gyne-T de Cilag).

En termes de volume de publicités, dans les archives que j'ai analysées, les DIU ont une place presque équivalente à celle des pilules. Les publicités sont nombreuses et présentes dans plusieurs revues. Les produits sont présentés comme des avancées techniques novatrices, voire même un aboutissement de la recherche en contraception. Si les DIU représentent un segment du marché moins important que celui des pilules, ils constituent néanmoins un enjeu financier important pour les firmes, qui mettent en œuvre des ressources importantes pour promouvoir de nouveaux produits.

Quelles alternatives ?

Les alternatives à la pilule et au DIU continuent d'être promues entre 1975 et 1988, même si le volume de publicité est bien moins conséquent que pour ces derniers. On trouve des publicités pour les produits Pharmatex divers (crème spermicide, préservatifs), mais également pour les ovules, ce composant spermicide soluble à insertion vaginale. Les slogans figurent des couples ou des femmes seules, qui mobilisent la rhétorique du choix (« La réussite d'un couple est fonction de sa liberté de choisir », publicité pour Ta-ro-cap, ovule spermicide).

Doser l'obsolescence programmée : tension entre disqualification des anciens produits et promotion des nouveaux

Dans la promotion de ces nouveaux produits, une tension inhérente à la rhétorique du « nouveau » se met en place à partir du développement d'un marché concurrentiel. L'effort promotionnel de chaque firme vise à démontrer qu'un nouveau produit est une révolution dans le domaine de la contraception, tout en ne disqualifiant pas totalement les anciens produits qui existent et se vendent encore sur le marché. Ainsi, la plupart des publicités pour des produits pharmaceutiques, et particulièrement les publicités pour les pilules contraceptives, renvoient à la rhétorique du « jamais égalé » : plus d'efficacité, plus facile d'utilisation, moins d'effets secondaires indésirables (car moins d'hormones). Il s'agit alors pour les firmes de penser des stratégies d'intégration des produits dans une panoplie d'offre complémentaire. C'est exactement ce que tente de faire Schering à plusieurs reprises avec la mise sur le marché de Milli-Anovlar pour « compléter » Anovlar, puis de Microgynon pour « compléter » Neogynon. Il s'agit ainsi d'intégrer les nouveaux produits dans une gamme comportant les anciens produits qui marchent, et les innovations qui permettent d'inclure toujours plus d'utilisatrices.

6.3.3 Un marché davantage concurrentiel ? La mise en place d'un oligopole

Entre le début de la mise en place du marché contraceptif régulé dans les années 1960 et 1970, et la fin des années 1980, sa structure évolue sensiblement. En effet, les premiers temps voient la multiplication des acteurs et des produits sur le marché. Puis, à partir du début des années 1970, les principales mises sur le marchés sont réalisées par un petit nombre de firmes. C'est le début de la mise en place d'un oligopole. *A priori*, le fait qu'il y ait plusieurs entreprises sur le marché favorise une structure concurrentielle (et une tendance à baisser les prix des produits), mais le nombre réduit de firmes sur ce marché peut conduire à ce que les ententes bilatérales entre certaines d'entre elles rapprochent le marché d'une structure monopolistique, où le producteur fixe le prix. On trouve des exemples de ces ententes non pas directement *via* des accords sur les prix, mais dans les rachats ou ventes de licences concernant les molécules qu'elles développent ou qu'elles commercialisent. Par exemple, Schering établit un accord commercial avec Wyeth pour exploiter la licence du norgestrel et ses dérivés. En contrepartie, Wyeth négocie que Schering ne commercialise pas ces produits dérivés du norgestrel aux États-Unis, au Canada, en France, et en Afrique du Sud. On trouve trace de cet

accord de non-concurrence entre firmes dans les archives de Schering³⁵. Ces formes de non-concurrence peuvent avoir une influence sur les prix pratiqués par les firmes. En effet, la concurrence pousse les firmes à baisser leurs prix sur un marché pour capter une clientèle et, à l'inverse, l'absence de concurrence les désincite à pratiquer cette baisse. Une entente tacite sur le fait de pratiquer des prix élevés peut se mettre en place entre elles.

L'autre élément qui favorise cette structure oligopolistique est l'élévation des exigences des gouvernements et des instances de régulation pour la mise sur le marché de nouveaux produits. Les différents scandales sanitaires qui ont cours dans les années 1960 (le Stalidon, la Thalidomide et le Distilbène) conduisent plusieurs États, comme la France ou les États-Unis, à poser des conditions plus strictes de mise sur le marché (Chauveau, 2002; Bonah et Gaudillière, 2007). Tout produit appartenant à la catégorie des médicaments doit, à partir de la fin des années 1960, passer par une autorisation de mise sur le marché, et apporter la preuve clinique de son intérêt scientifique et de son innocuité médicale (Urfalino, 2001). Cette régulation accrue rend la mise sur le marché de nouveaux produits plus coûteuse, et favorise les structures relativement grosses et les firmes qui ont déjà de l'expérience sur ce marché, par rapport aux nouvelles entrantes (Abecassis et Coutinet, 2008).

Finalement, le secteur des contraceptifs oraux est considéré par les firmes comme un segment de marché relativement séparé des autres secteurs contraceptifs. Ce qui explique que des firmes qui dominent ce marché proposent simultanément des innovations pour la contraception hormonale, et pour d'autres types de contraceptifs (DIU ou méthodes barrières, ou spermicides). Pour ces firmes, ces secteurs ne sont pas vraiment concurrents : les contraceptifs oraux sont considérés comme le champ d'action de première intention, puisque c'est là que les innovations sont les plus rapides et les profits dégagés les plus importants. C'est là que les firmes investissent le plus de ressources pour le développement et le lancement de nouveaux produits. Néanmoins, les autres secteurs sont considérés comme des parts de marché complémentaires : pour des femmes pour lesquelles les œstro-progestatifs sont contre-indiqués, il faut proposer des alternatives (pilule progestative, DIU au cuivre). Ainsi, une hiérarchie intéressante est implicitement proposée par les firmes aux prescripteurs·trices. Elles recommandent en premier lieu des pilules œstro-progestatives. Si des contre-indications existent, elles favorisent auprès des médecins des pilules progestatives seules. Si d'autres contre-indications existent, les

35. Schering, 1998, *Schering : Aus Berlin in alle Welt. Die Schering AG 1949-1971*, Berlin, Schering-Aktiengesellschaft, Schriftenreihe Scheringium, p 80.

firmes proposent des DIU³⁶. La plupart du temps, ces firmes ne proposent pas autre chose, et ce sont d'autres firmes spécialisées dans le secteur des méthodes barrières et spermicides qui proposent des alternatives aux méthodes hormonales ou au DIU, ne nécessitant pas de prescription et sont en vente libre. Cette hiérarchisation recoupe les catégories médicales qui se mettent en place entre la fin des années 1970 et la fin des années 1980 (chapitre 5). Elle est encore accentuée dans la période suivante, qui voit une nette réorientation du discours et de la promotion des firmes sur les seuls contraceptifs hormonaux.

6.4 Milieu des années 1980-2000 : des pilules-miracle ? Triomphe des nouveaux œstro-progestatifs et éviction des autres produits de l'offre promue par l'industrie

La fin des années 1980 correspond au développement d'un nouveau type de contraceptifs oraux : en plus de la classique réduction des doses d'hormones poursuivie depuis le début des années 1960, les nouveaux composants utilisés par les firmes présentent des effets anti-androgènes, ce qui, selon ce que ces firmes proclament, rendrait leur utilisation plus attractive. D'un médicament conçu comme un traitement avec un certain nombre d'effets secondaires indésirables, les pilules œstro-progestatives passeraient ainsi dans le champ des « *lifestyle drugs* » (Watkins, 2012), c'est-à-dire des produits censés améliorer la santé et le corps, et donc le mode de vie en général, plutôt que les altérer. Comment ces évolutions sont-elles perceptibles dans l'évolution de l'offre proposée par les firmes, et dans la promotion qu'elles mettent en œuvre ? Et en quoi ces nouveaux produits représentent-ils un enjeu important pour les firmes ?

6.4.1 De l'intérêt croissant de vendre des pilules

L'intérêt de vendre des pilules est de plus en plus explicitement affirmé par les industries pharmaceutiques, notamment dans les études de marché qu'elles réalisent. Une des études de marché commandée par la firme Schering est révélatrice des enjeux financiers et commerciaux que revêtent les contraceptifs oraux en général et les nouveaux produits en particulier. En 1988, Schering confie son analyse

36. La primauté donnée aux contraceptifs oraux dans l'effort promotionnel des firmes n'empêche toutefois pas l'occurrence fréquente de publicités pour des DIU dans les revues médicales pendant la période de 1975 au milieu des années 1980.

stratégique à une firme anglaise, Robert Fleming Securities, qui rend un rapport d'analyse le 30 août de la même année. Ce rapport définit clairement la nécessité d'accentuer le tournant capitalistique de la firme, en se reconcentrant sur les secteurs les plus rentables et en abandonnant tous les autres secteurs :

« Les produits pharmaceutiques ont toujours été le joyaux de la couronne et le deviendront de plus en plus à mesure que de nouveaux produits sont mis sur le marché. La vache-à-lait que représente la vente des contraceptifs oraux a permis de financer les dépenses de recherche et développement qui selon nos estimations ont représenté 1,6 milliards de deutsch marks sur les cinq dernières années. Cet argent a permis à Schering de planifier son avenir à la fois à l'échelle de la firme et au sein des secteurs, et de mener à bien une stratégie de recherche visant à élargir la gamme de produits et leur donner accès à des marchés thérapeutiques en pleine croissance – à savoir le secteur cardiovasculaire et le secteur des systèmes nerveux centraux.

Le secteur pharmaceutique est à la croisée des chemins, et d'ici le milieu des années 1990 la composition des ventes dans chaque aire thérapeutique sera différente de celle d'aujourd'hui. (...) Bien que les résultats potentiels soient à présent nettement visibles, (...) nous anticipons que les coûts resteront élevés pour les quelques années à venir. Ces coûts changeront en nature à mesure que les budgets élevés de recherche et développement laisseront la place à des coûts marketing élevés. (...)

Dans le cadre du programme conçu pour élargir la base produit démarrée à la fin des années 1970 et au début des années 1980, Schering a construit une activité de recherche et développement étendue et diversifiée, mais en reconnaissant par là-même qu'elle ne pourrait pas amener sur le marché tous les candidats potentiels, le secteur concentra son attention sur un nombre limité de domaines. La firme a maintenant une politique active de vendre les licences des produits qui ne rentrent pas dans le cadre de cette stratégie (...)

Comme le montrent nos estimations, nous pensons que certains produits offrent l'opportunité de transformer la compagnie sur les prochaines années, d'en faire une firme pharmaceutique de premier rang avec des composés cliniquement importants. La plupart sont dans des domaines déjà connus de Schering, facilitant les problèmes de marketing, d'autres offrent des perspectives d'expansion. »³⁷

37. « Pharmaceuticals has always been the jewel in the crown and will become increasingly more so as new products are launched. The cash cow business of the oral contraceptives has funded R& D expenditure which we estimate has amounted to DM 1.6bn over the last five years. This cash enabled Schering to plan for the future both across the company and within the division, and conduct a research strategy that aimed to broaden the product range and give it access to growth therapeutic markets – namely cardiovascular and central nervous systems. The

Cet extrait met bien en évidence l'importance stratégique de la gamme des contraceptifs oraux et la nécessité pour la firme d'achever sa « transition » vers une firme moderne et rentable. Cette « transition » passe par l'épuration de l'offre thérapeutique de la firme, pour ne concentrer ses efforts commerciaux que sur les secteurs les plus rentables et où la firme a de l'expérience en matière de marketing. Les autres produits auparavant développés par la firme font l'objet d'une politique de vente de licence auprès d'autres firmes. L'extrait décrit également que ce tournant s'est opéré tout au long des années 1980, et qu'il devient à présent nécessaire d'achever ce processus pour espérer être compétitif dans les années 1990. La suite du document analyse plus clairement encore l'enjeu que représente le marché des contraceptifs oraux et la place qui doit être revendiquée par Schering :

« 4.3. CONTRACEPTIFS ORAUX

Le marché mondial est estimé à 2,6 milliards de DM [DeutschMark]. Schering détient 31,7% en volume (c'est le plus gros producteur mondial) et 14,3% en valeur (le troisième plus gros). Cet écart résulte de la présence minimale de Schering aux États-Unis et sera discuté ci-dessous.

Bien que les volumes de ventes stagnent dans la plupart des pays, nous pensons toujours que le contrôle de la fécondité va continuer à être un secteur plein de succès et lucratif, offrant aussi des possibilités de croissance, pour les raisons suivantes.

Opportunités aux États-Unis

Le prix de la pilule aux États-Unis est sept fois plus élevé que sur les autres marchés et les hausses de prix reçoivent peu de résistance des consommateurs. Les marges aux États-Unis pour les contraceptifs oraux sont très confortables et l'absence de Schering sur ce marché à très haute valeur explique l'écart entre les volumes de ventes et leur valeur – cet écart devrait être corrigé. Notre filiale américaine Berlex devrait atteindre son seuil de rentabilité en 1988 (...).

pharmaceutical division is at a crossroads, and by the mid 1990s the composition of sales from each therapeutic area will be different to that of today. (...) although the potential results are now highly visible (...) we expect costs to remain high for the coming few years. **These will change in nature as high R& D budgets give away to high marketing costs.** (...) As part of the programme designed to broaden the product base initiated in the late 1970s/early 1980s, Schering built up a wide and diverse R& D activity, but subsequently recognising that it could not successfully bring to market all candidates that looked to offer potential, the division more closely focused its attention on a limited number of areas. The company now has an active policy in licensing out those drugs that do not fit to this strategy (...) As can be seen from our estimates, we believe that some of the agents, provide the opportunity to transform the company over the coming years, to make it a major drug company with some clinically important compounds. Most are in areas that are already known to Schering, easing the problems of marketing, but others offer expansion. », Analyse stratégique de Schering, *Schering-Analyse von britisch*, Brokenhaus Robert Fleming Securities, 30 août 1988, Schering Archives, C10 030-001.

Le Gestodène

C'est la quatrième génération de progestatifs, contenue dans le Femovan (et dans le Gynodène et le Femodène). Cet agent contraceptif à faible dosage a un profil d'effets secondaires moins risqué que d'autres agents et a été extrêmement bien reçu sur les marchés sur lesquels il a été lancé – le Royaume-Uni, l'Italie, et la Suisse. D'autres mises sur le marché sont attendues cette année. (...)

Schering fait face à de la concurrence : le gestodène n'est pas le seul progestatif de quatrième génération. Organon vend déjà le Marvelon qui contient du desogestrel et J&J a tout juste lancé Cilest (qui contient du norgestimate) en Allemagne, avec plusieurs autres lancements à prévoir. Ces nouveaux produits moins risqués remplaceront les anciennes pilules plus fortement dosées, et puisqu'ils font l'objet d'une politique de prix plus agressive, la valeur du marché augmente. (...) La France est le second marché le plus élevé après les États-Unis, et puisque Schering ne vend pas la pilule en France, les ventes pourraient devenir importantes. »³⁸

Ainsi donc, les pilules dites de troisième et quatrième génération représentent un enjeu financier important. Alors même que les volumes de vente stagnent et que le marché des contraceptifs oraux est hautement concurrentiel, ces nouveaux produits sont vendus plus chers que les générations précédentes, ce qui promet des marges considérables pour les firmes. Autrement dit, alors même que le marché stagne en termes de volume de ventes, il est en expansion en terme de recettes

38. « 4.3. ORAL CONTRACEPTIVES The world market is valued at DM 2.6bn. Schering holds 31.7 % by volume (the largest producer in the world) and 14.3 % by value (the third largest). This discrepancy derives from the minimal presence of Schering in the US and will be discussed below. Although sales by volume are stagnant in most countries, we still believe that fertility control will continue to be a highly successful and cash generative area, also offering growth potential, for the following reasons. Opportunities in the US : (...) The price of the pill in the US is up to seven times that in other markets and price rises receive little consumer resistance. Margins in the US for oral contraceptives are very comfortable and Schering's absence for this high value market explains the discrepancy between volume and value sales – this will ultimately be redressed. The Berlex subsidiary will break even in 1988 (...). Gestoden : This is the new fourth generation progestogen contained in Femovan (also Gynoden and Femodene). This low dosage oral contraceptive agent has a safer side effect profile than older agents and has been extremely well received in those markets where it has been launched – the UK, Germany, Italy and Switzerland. Other launches are expected this year. (...) Schering does face competition – gestoden is not the only fourth generation progestoden. Organon already sells Marvelon which contains desogestrel and J& J has just launched Cilest (containing norgestimate) in Germany, with further launches to follow. These new, safer agents will replace the older, higher dose pills and since they are being priced far more aggressively, the value of the market is increasing. (...) France is the second highest value market after the US, and since Schering does not market the pill in France, sales could become important. », *Analyse stratégique de Schering, Schering-Analyse von britisch*, Brokenhaus Robert Fleming Securities, 30 August 1988, Schering Archives, C10 030-001.

attendues durant toute la décennie 1990.

L'autre élément important de cet extrait est que le marché français représente pour Schering un enjeu financier important, où gagner des parts de marché pourrait conduire à dégager des marges conséquentes. C'est déjà ce que l'on percevait dans l'analyse stratégique du marché français réalisée par la firme en 1982, mais cet enjeu semble se confirmer au seuil des années 1990. Or, la définition de cet enjeu et la volonté affirmée par Schering de se placer comme firme pharmaceutique de premier rang coïncident avec la mise sur le marché français de nombreux produits de la firme allemande, et à la présence plus systématique des publicités pour les contraceptifs oraux de Schering dans la presse médicale.

Enfin, ce qui semble se dégager ici est que le marché des contraceptifs oraux représente l'intérêt premier des firmes : les autres contraceptifs ne sont que des segments de marché relativement marginaux en comparaison. Le secteur des contraceptifs oraux est l'un des secteurs les plus rentables de toute l'activité pharmaceutique de la firme, et qui est amené à s'étendre encore pendant les années 1990 selon les prévisions, notamment en pratiquant une politique d'augmentation des prix de ses produits. Cette entente implicite des firmes pour pratiquer ce que le document ci-dessus nomme une « politique de prix plus agressive » (tendance des prix à la hausse plutôt qu'à la baisse) conforte l'idée précédemment évoquée que le marché des contraceptifs s'est structuré en un oligopole. Plutôt qu'une situation de concurrence où les firmes pratiqueraient une guerre des prix et verraient leurs prix à la baisse pour être plus compétitifs que leurs concurrentes, une entente tacite entre les principales firmes du marché s'établit pour hausser les prix de vente.

L'intérêt pour les firmes de vendre des pilules apparaît donc au travers de deux enjeux principaux. D'une part, l'expansion du marché au cours des années 1990, au sens économique de l'augmentation des recettes au fil du temps, représente un enjeu financier de premier rang pour des entreprises qui se veulent de plus en plus « modernes » (c'est-à-dire orientées vers la réalisation de profit)³⁹. Dans un document d'étude des parts de marché de Schering pour ses différents produits, on peut voir que sur les dix produits qui ont rapporté le plus de recettes à Schering entre janvier et septembre 1999, quatre produits sont des pilules contraceptives, dont trois sont des pilules dites de nouvelle génération et un est Diane 35⁴⁰.

39. Un graphique d'analyse du marché présent dans la brochure d'analyse stratégique de Diane 35, datant de 1991, montre l'expansion du marché des contraceptifs oraux dans neuf pays, entre 1986 et 1991. On voit qu'au tournant des années 1990, le marché des pilules représente un enjeu financier sans précédent pour la firme, passant de 600 millions de deutsch marks de recette en 1986 à plus d'un milliard en 1991. Brochure d'analyse stratégique de Diane 35, 1991, *Schering Archives*, S1 255/1/1 : Diane 35.

40. « Das Dreivierteljahr 1999 im Überblick », « Die umsatzstärken Produkte im Dreivierteljahr », 1999, *Schering Archives*, S1 302 : Meliane.

D'autre part, se concentrer sur le secteur des œstro-progestatifs constitue l'aboutissement de la logique de segmentation du marché, et s'avère une stratégie particulièrement lucrative, notamment parce que les changements de dosages et la déclinaison de molécules se révèlent beaucoup plus faciles que la mise au point de nouveaux dispositifs, et s'inscrivent d'ailleurs dans la droite lignée des compétences de la firme Schering (Gaudillière, 2004). En faisant varier les doses et en investissant une grande partie de leurs ressources dans le marketing des produits, les firmes contribuent à créer des segments de marché clairement identifiés sur lesquels il devient plus facile de tenter de gagner des parts de marché. Les contraceptifs oraux représentent alors un enjeu commercial très important pour les firmes. À tel point que, pendant la période, on voit assez peu de traces de mises sur le marché de DIU, hormis à la fin des années 1990, période où les autorisations de mise sur le marché sont renégociées. C'est le début des années 2000 qui verra l'avènement des DIU hormonaux, au même titre que d'autres produits (patch, implant, injection et anneau).

Quels sont les nouveaux produits développés sur cette période pour que les firmes puissent s'attendre à de telles marges ? Et quelles sont les stratégies marketing déployées pour tenter de conquérir de nouvelles parts de marché ?

6.4.2 De nouveaux produits qui « chassent » en partie les autres ?

La fin des années 1980 voit la démultiplication des types de pilules, qui accentue la tendance de la période précédente (à chaque type de femmes sa pilule), mais en individualisant encore plus l'offre. L'argument présent dans le marketing de Schering mais aussi chez d'autres firmes est qu'avec toutes ces pilules, aux dosages divers, s'adaptant plus ou moins « naturellement » aux évolutions du cycle menstruel féminin, toute femme devrait trouver « pilule » à sa convenance. Ces mises sur le marché correspondent à deux types d'innovations. L'arrivée des pilules « biphasiques » et « triphasiques » d'une part, et l'arrivée des pilules dites de « troisième génération » d'autre part.

Une, deux ou trois phases ?

Une des innovations de l'industrie pharmaceutique pour créer du différent à partir du similaire consiste à créer plusieurs pilules à partir des mêmes molécules d'œstrogène et de progestatif, mais en faisant varier les doses au fil de la plaquette mensuelle, afin de correspondre davantage aux évolutions hormonales du cycle menstruel sans prise de contraceptif. C'est l'arrivée sur le marché français à partir

du milieu des années 1980, mais davantage encore au début des années 1990, des pilules dites bi-phasiques puis tri-phasiques, qui permettent d'individualiser encore davantage chaque pilule pour des catégories de femmes ciblées.

Ce principe sera ensuite repris à chaque nouvelle molécule introduite dans les contraceptifs oraux, pour créer plusieurs produits « nouveaux » à partir de deux molécules identiques, et ainsi prolonger les durées de vie des produits sur le marché. Une brochure de présentation de la stratégie commerciale de l'anti-acnéique Diane 35 au début des années 1990 rend bien compte de cette stratégie de créer du nouveau à partir du similaire :

« 6.5.Perspectives de moyen terme

À moyen terme, l'importance de la niche Diane 35, estimée à 270 millions de deutsch marks en 1995, nous permet ou nous force à développer une variante à dose-réduite ou triphasique de la préparation Diane 35, qui est sur le marché depuis 1986.

Les points suivants plaident pour le développement immédiat d'une variante de Diane 35 avec des doses réduites d'éthinyl-estradiol :

- le cycle de vie du produit pourrait être prolongé à un niveau élevé au-delà des années 2000 (comme cela s'est produit avec le passage de Diane 50 à Diane 35 en 1985/86).
- les producteurs de génériques ne seraient pas un danger.
- Poursuite de la politique de prix élevé (...)

Une autre alternative serait de développer un successeur à Diane 35 avec un œstrogène naturel. »⁴¹

On y perçoit deux enjeux importants pour les firmes. D'une part, l'extension du cycle de vie de certains produits en les mettant sur le marché pour d'autres indications ou en proposant des variantes du produit. D'autre part, l'innovation perpétuelle à la marge pour garder une certaine distance vis-à-vis des concurrents, et pour déjouer la fatalité de la perte de brevet, ce qui permet de maintenir une situation de monopole local sur un segment de marché et donc de pratiquer des prix élevés pour un produit.

41. « 6.5. Medium-term perspectives. In the medium-term, the significance of the Diane-35 niche, which is estimated at DM 270 million in 1995, permits or compels us to develop a dose-reduced or 3-phase variant as successor to the Diane-35 preparation, which has been on the market since 1986.(...) The following points speak for an immediate start on an EE reduced Diane-35 variant : The product life cycle could be prolonged at a high level beyond the year 2000 (as with the switch from Diane 50 to Diane-35 in 1985/86); Generic drug manufacturers would not be a danger; Continuation of the high-price policy. (...) Another alternative could be to develop a Diane-35 successor with a natural estrogen. » Schering, *Diane 35, Where do we go from here ?*, 1991, Schering Archives S1 255/1/1 : Diane 35, p. 95.

La déclinaison à l'infini de cette logique (on trouve une nouvelle molécule et on l'associe ensuite à des molécules déjà existantes pour augmenter son efficacité et ses indications et prolonger son cycle de vie et la durée de son brevet) constitue la redéfinition de l'innovation pour les firmes : cette stratégie maximisant leur profit, c'est dans cette voie qu'il faut investir les efforts, notamment marketing (Abecassis et Coutinet, 2009). Plutôt que d'avoir affaire ici à une innovation technologique, il s'agit d'une innovation purement marketing, car les technologies mobilisées existent déjà, et qu'il s'agit juste de créer « la même chose dans une autre boîte » (Sanabria, 2014).

« *Non-contraceptive benefits* ». L'arrivée des nouveaux progestatifs

Le second tournant majeur de la fin des années 1980 est l'arrivée de nouveaux composants ayant des effets anti-androgènes notamment utilisés pour lutter contre l'acné ou une pilosité faciale non souhaitée. Ce sont ces nouveaux progestatifs⁴², développés au début des années 1980 mais commercialisés en France à partir de 1988 pour la plupart⁴³, qui caractérisent les pilules dites de « troisième génération »⁴⁴.

Il s'agit, selon les termes d'E. Watkins (2012), d'une stratégie de l'industrie pharmaceutique pour reconfigurer ces produits en médicaments améliorant le mode de vie (« *lifestyle drugs* »), c'est-à-dire des produits supposés avoir des effets secondaires bénéfiques, comme l'amélioration de la peau ou des cheveux, ou de moindres effets secondaires néfastes que les pilules précédentes, comme une moindre prise de poids, une diminution de la pilosité faciale, ou une libido plutôt stimulée qu'altérée. En effet, une pilule comme Diane puis Diane 35, initialement développée comme anti-acnéique, est reconfigurée dans plusieurs pays comme contraceptif idéal pour les adolescentes, puisqu'elle permet de traiter deux problèmes simultanés : l'acné et le risque de grossesse.

Les efforts des industries pour promouvoir ces produits sont considérables, et visent à remplacer rapidement les anciennes gammes par ces nouveaux produits qui permettent de pratiquer des prix élevés. Un document retraçant les chiffres de vente mondiales de Schering entre 1961 et 1982 montre que ces nouveaux produits chassent rapidement les produits précédents sur les marchés nationaux où ils obtiennent une AMM⁴⁵. Le document permet ainsi de calculer qu'en 1982, soit

42. Le désorgestrel développé par Organon, le norgestimate développé par Ortho, et le gestodène développé par Schering.

43. À l'exception de Varnoline, mis sur le marché en 1984.

44. Les pilules de « quatrième génération » concernent un autre progestatif, la drospirénone, et ces produits apparaissent sur le marché au début des années 2000.

45. « Absatz oraler Kontrazeptiva der Schering AG. 1961 bis 1982 », *Schering Archives*, B3 873.

quatre ans après la mise sur le marché mondial de Diane et Triquilar, le nombre de boîtes vendues pour ces contraceptifs de troisième génération représente 37 % du volume de vente totale de la firme. Des produits qui constituaient des *best-sellers* mondiaux (Eugynon, puis Microgynon) voient leur volume de vente chuter drastiquement. Sur le marché français, on observe le même effet de substitution entre pilule de première et deuxième génération et ces nouveaux produits. Selon l'article de N. Bajos et ses collègues sur les inégalités sociales d'accès à la contraception, qui reprend les chiffres de vente de l'industrie pharmaceutique en France, le recours aux pilules de « 3^e génération » est passé de moins d'une utilisatrice de pilule sur dix en 1988 à près d'une utilisatrice sur trois en 1992. Dans le même temps, le recours aux pilules de 2^e génération passe de 70 % d'utilisatrices à 53 %. Le recours aux pilules de première génération décroît continuellement, d'environ 20 % des utilisatrices en 1988 jusqu'à moins de 5 % des utilisatrices en 2000 (Bajos *et al.*, 2004, p. 487-88).

À partir du milieu des années 1990, les laboratoires pharmaceutiques doivent également s'adapter à la politique des génériques mise en œuvre par l'État, visant à substituer aux produits dits *princeps* (les marques originales pour lesquelles un brevet a été déposé, exploitable pendant vingt ans) des copies *génériques* de ces produits, moins chères et pouvant être produites par n'importe quelle firme (Yacoub et Laperche, 2010; Nouguez, 2017). Cette politique répond conjointement à l'objectif de réduire les dépenses de santé en favorisant une concurrence par les prix entre plusieurs firmes, et à celui de favoriser un plus large accès aux médicaments en multipliant les potentiel-le-s producteurs-trices. Face à cette remise en cause de leur situation de rente, les firmes pharmaceutiques développent plusieurs stratégies, visant à prolonger le cycle de vie des molécules développées, à attacher les prescripteurs-trices et consommateurs-trices à une marque, ou même à se porter simultanément sur le marché des génériques et sur le marché des *princeps* (Granier et Trinquard, 2007; Abecassis et Coutinet, 2008; Nouguez, 2017).

Cet effort de substitution d'une gamme de produit par une autre, puis l'effort d'adaptation des firmes à la politique des génériques, sont soutenus par des investissements marketing très importants de la part des firmes, beaucoup plus focalisés sur les pilules que ce que l'on observait lors des périodes précédentes.

6.4.3 Un marketing centré sur les pilules

Le marketing pour les nouveaux contraceptifs de la fin des années 1980 et des années 1990 se fait d'autant plus innovant que l'offre technologique elle-même semble stagner. Ceci rejoint des tendances plus globales du secteur pharmaceutique

dans les années 1990, où la multiplication des stratégies de promotion et leur augmentation dans la part des dépenses de l'industrie pharmaceutique constitue une réponse stratégique à la baisse de rentabilité de la recherche et développement et à l'augmentation des coûts de l'innovation, ainsi qu'à la politique de génériques, qui représentent un manque à gagner important pour les firmes (Abecassis et Coutinet, 2009). On observe deux tendances principales : l'insistance sur la marque, qui caractérise plus généralement le marketing pharmaceutique des années 1990 (Abecassis et Coutinet, 2008; Greene, 2013; Ravelli, 2015; Nouguez, 2017), et le tournant essentialiste qui consacre ces pilules comme produits-miracles pour parachever ou restaurer sa féminité. Cette section se centre principalement sur le marketing des contraceptifs oraux dans la mesure où la promotion des autres produits, devient quasiment inexistante dans les années 1990.

De Anovlar à Jasmine, vendre un produit, ou vendre une marque ? Diversification des techniques marketing

La période 1988-1995 voit se développer le marketing en faveur des pilules, notamment en termes de volume de publicités dans la presse⁴⁶, mais également au travers de la multiplication des supports de promotion. En plus des brochures détaillées d'information (les monographies des produits comprenant toutes les données scientifiques) à destination des professionnel·le·s de santé, des mini-brochures synthétiques et des objets promotionnels mettant en avant la marque apparaissent. Les firmes se dotent, à l'instar de Schering, de « brochures-produits » de plus en plus détaillées et réalisées par des professionnel·le·s du marketing, édictant des normes de plus en plus précises pour la communication autour de la marque. Les recommandations aux visiteuses·eurs médicales·aux se font plus conséquentes, et sont davantage orientées vers la promotion de la marque que des seules caractéristiques techniques et scientifiques du produit. Une grande partie de l'argumentaire de ces professionnel·le·s de la promotion industrielle vise à démarquer le produit de ses concurrents. L'heure n'est plus à la promotion des moindres effets secondaires néfastes⁴⁷, mais à l'énumération des nombreuses vertus de ces nouvelles pilules⁴⁸. Les argumentaires sont de plus en plus précis et visent à écarter en amont toutes les objections des médecins, qu'elles soient d'ordre scientifique ou économique.

46. Dans le journal *Le Quotidien du médecin*, pour l'année 1995, on dénombre deux à trois publicités par semaine pour des pilules de nouvelles générations et pour Diane 35, soit presque une publicité tous les deux jours.

47. *Werbe-Konzeptionen für Neogynon 21 und Neogynon 28, verbal und visuell präsentiert*, 8 avril 1970, *Schering Archives*, S1 228/1 : Neogynon ; brochure de présentation de Neogynon, décembre 1977, S1 228/b : Neogynon.

48. Brochure suisse de présentation de Milvane, 1991, *Schering Archives*, S1 276 : Milvane ; brochure anglaise de présentation de Jasmine, novembre 2000, S1 312 : Yasmin.

Des manuels pour se former à la promotion du produit comprennent un auto-questionnaire final où les visiteuses·eurs peuvent tester leur bonne acquisition des argumentaires, avant de les déployer dans les cabinets médicaux⁴⁹. Au final, le matériel promotionnel déployé pour chaque produit se rapproche de plus en plus de ce que Quentin Ravelli (2015) décrit concernant l'élaboration de la promotion de la pristinamicine dans le service marketing de Sanofi-Aventis⁵⁰.

L'autre élément de cette promotion accrue de la marque plus que du produit lui-même est la personnification des pilules, qui sont de plus en plus présentées comme des femmes ou des jeunes filles – meilleures alliées des utilisatrices. Ce changement est particulièrement perceptible au niveau des noms des produits. Alors qu'auparavant les pilules avaient plutôt des noms de médicaments qui suggéraient la fonction du produit⁵¹, sa composition⁵², ou qui rappelaient le nom du laboratoire⁵³, les pilules mises sur le marché dans les années 1990 et au-delà ont de plus en plus des noms humains ou s'en rapprochant (Diane, Jasmine, Cycléane, Harmonet), qui rendent plus facile l'identification de la marque et accentuent l'idée d'un produit complice ou proche des utilisatrices.

Graphiquement, les publicités se rapprochent de plus en plus de l'esthétique que l'on trouve dans les journaux féminins (voir figure 6.9). L'image est prépondérante sur le texte, le slogan sur l'information relative au produit, et l'on voit de plus en plus figurer des femmes souriantes ou posant nues, marque d'un rapport au corps supposé être libéré. Ce dernier élément n'est pas sans lien avec l'autre grande tendance du marketing pour les pilules sur cette période, à savoir l'exaltation de la féminité. Deux argumentaires de vente sont en effet perceptibles dans ces publicités. D'une part, l'argumentaire de la « révolution » thérapeutique que constitueraient

49. « Questions and Answers About Meliane », *Training Manual, revised version*, International product training, mars 1996, *Schering Archives*, S1 302 : Meliane.

50. La promotion des pilules Yaz et Jasminelle au début des années 2000 constitue une sorte d'aboutissement de ce foisonnement marketing : en plus de l'information scientifique sur le produit et de publications dans des revues scientifiques portant sur la molécule considérée, sont fournies des brochures documentaires diverses qui s'adressent directement aux usagères (« votre nouvelle pilule »). Le « Brand design manual » de Jasminelle, une pilule qui cible les adolescentes et les jeunes filles, précise les divers matériels promotionnels du produit : des publicités et des brochures en version papier, des publicités et informations-produit en version DVD, un site internet, et des objets promotionnels (boîte, marque-page, règle en plastique, sac de course et fond d'écran de téléphone à l'effigie de la marque). Les publicités figurent des objets censés incarner la modernité et la sophistication également à l'effigie de la marque (un iPod, une bougie, une bouteille d'eau, une lunchbox). Voir *Yasminelle. Brand Design Manual* Schering Archives, S1 340 : Yasminelle.

51. « Anovlar » qui rappelle le terme de « anovulatoire », « Stédiril » celui de stérilisation, « Aconcept » la suppression de la fonction reproductrice.

52. « Minidril » ou « Microval » évoquent les doses réduites d'hormones, « Trinordiol » la composition triphasique.

53. « Ovanon » et « Exluton » d'Organon.

ces nouveaux produits⁵⁴, et d'autre part, celui de la féminité accomplie⁵⁵. Ce dernier argumentaire s'inscrit dans un tournant essentialiste plus général dans les produits pharmaceutiques à destination des femmes.

« *Natural by Design* ». Le tournant essentialiste et la définition des pilules comme parangons de la féminité

La nudité ou l'exaltation de la féminité ne sont pas nouvelles dans les publicités pour des contraceptifs (voir annexe H), mais ce qui est nouveau à la fin des années 1980 et dans les années 1990, c'est le retour à la nature qui est revendiqué sur le ton de l'injonction ou de la nécessité. En effet, plus que pour les produits qui précèdent, les publicités exaltent les effets positifs de ces nouveaux produits, affirmant qu'il faut renouer avec la féminité (en luttant par exemple contre l'acné ou la pilosité), et que les pilules de nouvelles générations sont le seul moyen d'y parvenir. Ainsi, la féminité serait « le 1^{er} droit de la femme » (publicité pour Diane, figure 6.9), et l'harmonie (hormonale) serait « précieuse pour toutes les femmes » (publicité pour Harmonet). En reprenant les codes des magazines féminins, où la nudité intime côtoie toutes sortes d'injonctions à des soins corporels assignés aux femmes, ces publicités emploient le registre normatif du retour à une essence féminine. Les anti-acnéiques et les pilules de troisième génération sont publicisées, à l'instar des traitements hormonaux substitutifs de la ménopause, comme le moyen médical et médicamenteux de restaurer sa véritable nature féminine⁵⁶.

Il faut noter le paradoxe de ce registre essentialiste, où il s'agit de restaurer, par la pharmaceuticalisation et la médicalisation de ce qui est défini comme un état pathologique, une nature défaillante. Alors que les premières publicités pour la pilule Enovid dans la presse américaine présentaient la pilule comme le moyen de se libérer de la nature et de sa condition féminine⁵⁷, ces nouvelles publicités présentent la pilule comme un moyen de renouer avec sa nature féminine, voire de la restaurer là où elle fait défaut. Une publicité pour un THS dans la revue

54. Trinordiol : « une nouvelle étape dans la contraception orale » ; Triella : « une nouvelle génération de contraceptifs » ; Varnoline, « Un progrès décisif dans la contraception orale » ; Phaeva, « pilule du “présent-futur” de la femme ».

55. Diane : « La féminité est le 1^{er} droit de la femme » ; Harmonet : « parce que l'harmonie est précieuse pour toutes les femmes » ; Mercilon : « Notre pilule ».

56. Cette injonction au retour à la nature s'incarne plus globalement dans les publicités dans les revues gynécologiques faisant figurer des fleurs, souvent comme métaphore de la féminité, du corps féminin dans son ensemble ou des organes sexuels et reproducteurs (voir annexe H).

57. Voir la publicité « Enovid libère les femmes », représentant Andromède libérée de ses chaînes, et mobilisée comme figure métaphorique d'Enovid, sur le site du Musée de la contraception et de l'avortement (*Museum für Verhütung und Schwangerschaftsabbruch*) à Vienne : <http://en.muvs.org/contraception/c-media/enovid-badge-id2333/>. Cette publicité est également analysée par E. Watkins (2012).

Gynaecology clame ainsi, en 1995, le slogan « *natural by design* », que l'on pourrait traduire par « intentionnellement et artificiellement naturelle », et qui résume bien le paradoxe de ce discours essentialiste (figure 6.9). À ce marketing essentialiste font écho les tendances que l'on observait à propos du développement de la gynécologie médicale, centrée sur une essentialisation et une biomédicalisation du corps des femmes (chapitre 4).

Le marketing essentialiste qui se déploie au cours des années 1990 sera prolongé dans les années 2000, qui connaissent une diversification des produits hormonaux. En effet, dans la lignée du DIU à la progestérone et des injections hormonales apparues à la fin des années 1980, les firmes développent de nouveaux modes d'administration des molécules œstro-progestatives et progestatives, comme l'implant (2003), le patch (2004) et l'anneau (2004). Ainsi, la tendance à la fermeture du marché contraceptif et à la concentration de l'offre sur un seul type de produit se meut en une rediversification relativement innovante des modes d'administration, mais toujours centrée sur l'idée de développer la posologie de molécules hormonales déjà existantes, plutôt que d'investir dans la mise au point de produits radicalement nouveaux. Ce tournant hormonal de l'offre peut être compris comme un prolongement du tournant essentialiste, où la contraception (hormonale) est présentée comme le moyen pour les femmes d'assumer pleinement leur féminité.

Le présent chapitre montre finalement la restriction progressive, entre les années 1960 et 2000, des recherches sur la contraception aux seuls contraceptifs oraux, et l'investissement de plus en plus important de l'industrie pharmaceutique dans la promotion de molécules déjà existantes et leurs dérivés plutôt que dans le développement de nouvelles molécules. Il montre également le glissement d'une logique de progrès scientifique à une logique de rentabilité, qui caractérise plus généralement le secteur de l'industrie pharmaceutique entre les années 1960 et les années 2000.

En termes d'évolution des produits eux-mêmes, on dégage concernant les œstro-progestatifs trois tendances techniques et marketing qui s'enchaînent chronologiquement (mais avec des périodes qui se chevauchent) : la course à la réduction des doses, la réduction des effets secondaires indésirables, et la promotion d'effets secondaires positifs. Les DIU suivent une même tendance mais sur une période plus concentrée, puisque la course à la réduction des doses (de cuivre) est rapidement remplacée par l'apparition des DIU hormonaux censés avoir des effets positifs sur certaines affections associées au cycle menstruel ou au port du DIU (réduction des saignements ou des douleurs menstruelles, notamment). Mais ces nouveaux produits ne sont investis par les firmes que tardivement (début des années 2000), et sont très explicitement conçus à destination des femmes en pré-ménopause,

chez lesquelles les contre-indications aux pilules œstro-progestatives sont plus importantes.

Le marketing déployé par les firmes combine de plus en plus une information scientifique très rôdée à destination des médecins, des argumentaires précis pour les visiteuses·eurs médicales·aux, et des supports de communication purement et simplement commerciaux, où l'information scientifique est très peu présente, mais où le visuel est marquant et peut faire écho à des brochures d'information plus détaillées. Une question qui reste un peu en suspens est que ces supports de communication semblent de moins en moins s'adresser aux médecins, dans leur format, et de plus en plus s'adresser aux usagères elles-mêmes, alors même que la publicité directe aux usager·e·s demeure interdite en France. Ainsi, comment expliquer ce rapprochement du format des publicités de produits pharmaceutiques avec des publicités de types cosmétiques que l'on pourrait trouver dans des magazines féminins ou à la télévision, alors même que la publicité s'adresse aux prescripteurs·trices et non directement aux usagères ?

Enfin, il s'avère très fructueux de relier ces évolutions de l'offre contraceptive aux évolutions des pratiques, telles qu'elles ont pu être mesurées par les enquêtes nationales sur la contraception. Si l'on reprend les données sur les pratiques contraceptives analysées dans le chapitre 2, on peut voir que l'augmentation du recours à la pilule et au DIU entre le début des années 1970 et la fin des années 1980 correspond à la fois à de nombreuses mises sur le marché et à une promotion stable de ces produits dans la presse médicale. On note en outre qu'à partir de la fin des années 1980, le recours au DIU stagne voire décroît, tandis que le recours à la pilule continue d'augmenter de manière rapide, ce qui correspond à la mise sur le marché des pilules de nouvelles générations et des anti-acnéiques. Cela correspond aussi et surtout à l'intensification des stratégies marketing déployées par les firmes pharmaceutiques, qui, à l'instar de Schering, souhaitent s'assurer des parts de ce marché en pleine expansion. Les pratiques contraceptives semblent ainsi fortement liées à cette focalisation de plus en plus nette sur les contraceptifs oraux, et à l'effacement de la promotion des DIU au cuivre au cours des années 1990.

Le chapitre 7 prolonge cette interrogation sur le lien entre usagères (plus rarement, usagers) de contraception et déploiement de l'offre contraceptive, en s'intéressant à la manière dont les industries co-construisent, avec des expert·e·s leaders d'opinion, la pilule comme « meilleur contraceptif possible ». Ce faisant, elles et ils contribuent à définir un « bon usage » des contraceptifs et des catégories d'usagères idéales.

FIGURE 6.9 – Publicités pour des pilules et pour un THS, 1988-1999

UN PROGRES DÉCISIF EN CONTRACEPTION ORALE

VARNOLINE
DESOGESTREL 150 mcg ETHINYLESTRADIOL 30 mcg
LA PILULE AU DESOGESTREL

Organon

BnF, publicité pour Varnoline (Organon), Contraception, fertilité, sexualité, vol. 16, n° 5, mai 1988.

La féminité est le 1er droit de la femme.

DIANE

SCHERING

BnF, publicité pour Diane (Schering), Contraception, fertilité, sexualité, vol. 14, n° 2, février 1986.

Parce que l'Harmonie est précieuse pour toutes les femmes

Harmonet

20γ + gestodène signée Wyeth France

Laboratoires Wyeth France

BnF, publicité pour Harmonet (Wyeth) dans Contraception, fertilité, sexualité, vol. 23, n° 6, juin 1995

NATURAL BY DESIGN...

... Hormone Replacement Therapy for the Menopause and Beyond

Cyclo-Progynova Progyuton

SCHERING

Schering Archives, S1/255/1/a, publicité pour un THS dans Gynaecology, vol.3, n° 1, 1995

Marketing scientifique et restriction de l'offre contraceptive : perspective
historique sur le marché contraceptif

Chapitre 7

L'expertise informée par l'industrie : co-construction de l'usage des contraceptifs et des usagères idéales

Le chapitre précédent analysait l'évolution du marché contraceptif et a montré comment les firmes pharmaceutiques réorientent progressivement, depuis le milieu des années 1980, leur marketing et leur stratégies de vente vers les nouveaux oestro-progestatifs. La centralité de la pilule dans les pratiques médicales, analysée dans la partie II, est donc renforcée par les stratégies commerciales des firmes. Mais quels liens existent entre ces deux sphères ? Outre le poids de l'industrie dans la formation et la prescription médicales, déjà analysé au chapitre 5, je considère à présent comment ces messages de l'industrie sont légitimés et consolidés par des acteurs·trices qui se situent à l'interface entre la sphère industrielle et la sphère médicale : les leaders d'opinion en matière contraceptive. Plusieurs travaux montrent comment les leaders d'opinion, ou « *key opinion leaders* », à la fois reconnu·e·s comme expert·e·s au sein du champ médical et identifié·e·s par les industriel·le·s comme relais et porte-paroles, contribuent à façonner des normes médicales (Podolsky et Greene, 2008; Sismondo, 2013). Ces travaux adoptent également une posture critique vis-à-vis du positionnement de ces expert·e·s, qui ont une influence importante sur les représentations professionnelles et les pratiques prescriptives, tout en se trouvant régulièrement dans des situations de conflits d'intérêt. En effet, payé·e·s par les industries pour leur expertise et pour donner de la visibilité à certaines études ou certains produits, ces leaders d'opinion ne déclarent pas toujours, lorsqu'ils ou elles interviennent dans le champ scientifique,

leurs liens d'intérêt – ce qui fait l'objet de plus en plus de polémiques, aussi bien dans la sphère publique que dans le champ médical (Hauray, 2019).

Ce chapitre analyse dans quelle mesure ces leaders d'opinion dans l'arène contraceptive influent, conjointement avec les industries, sur les représentations de l'efficacité et de l'innocuité des différents contraceptifs. Il étudie également comment ils et elles contribuent à façonner des catégories d'usagers idéales de ces contraceptifs. Pour cela, je m'appuie sur une lecture croisée d'une partie des entretiens avec les expert·e·s en contraception, notamment celles et ceux qui sont les plus proches de l'industrie¹, d'archives de presse médicale spécialisée (*Contraception, fertilité, sexualité*), et des archives promotionnelles et marketing de l'industrie Schering (voir chapitre 6, encadré 6.1 pour une présentation de ces archives), afin de mettre en évidence une proximité des discours entre ces deux types d'acteurs·trices.

L'une des limites de l'analyse ici présentée est que peu des personnes interrogées dans le cadre de mes entretiens s'avèrent proches de l'industrie pharmaceutique (par rapport à l'ensemble des expert·e·s identifié·e·s au chapitre 3, soit parce que certain·e·s sont décédé·e·s, soit parce que d'autres ont refusé l'entretien ou n'ont pas répondu à mes sollicitations). Les propos des enquêté·e·s ayant cette proximité surreprésente donc ce discours et gomme les éventuelles nuances et l'hétérogénéité entre acteurs·trices proches de l'industrie. Ce rapprochement des discours permet toutefois de mettre en évidence comment une certaine homologie de discours entre industries et expert·e·s leaders d'opinion fait écho à une définition de la contraception centrée sur les contraceptifs oraux, et à une vision essentialiste des potentielles utilisatrices de pilules.

Dans un premier temps, je montre qu'il existe une homologie entre la vision de la contraception portée par les industries pharmaceutiques, et celle défendue par une partie des expert·e·s en contraception. Outre les liens entre ces expert·e·s et les industries, je montre la proximité de leurs discours sur la contraception et ses usager·e·s, les représentations et pratiques préconisées par les expert·e·s faisant directement écho aux discours tenus par l'industrie. Cette homologie se traduit tout particulièrement dans une vision de la contraception formulée en termes d'avancée technologique et d'innovations, qui reste parfois aveugle à la vision d'autres acteurs·trices, notamment les utilisatrices de contraceptifs.

1. Rappelons que cette proximité était définie, au chapitre 3, comme le fait d'avoir travaillé auprès d'industries dans des recherches cliniques pour tester des produits, d'avoir été expert·e·s mandaté·e·s par une firme pour présenter un produit ou plus généralement pour des présentations scientifiques. La distance à l'industrie, outre le refus de financements ou de rétributions matérielles provenant des firmes pharmaceutiques, apparaissait explicitement dans le discours de certain·e·s enquêté·e·s, dénonçant des collègues « vendu·e·s aux industries pharmaceutiques ».

La deuxième partie du chapitre analyse la co-construction, par ces expert·e·s proches de l'industrie et par les firmes elles-mêmes, de l'efficacité et de l'universalité des contraceptifs oraux. Cette co-construction passe par la focalisation sur un indicateur d'efficacité théorique, l'indice de Pearl, mais également par l'effacement de la distance possible entre efficacité théorique et efficacité pratique de la pilule.

Enfin, un troisième temps de ce chapitre s'intéresse à la co-construction de catégories d'usagères idéales. On s'interroge sur comment industries et expert·e·s cherchent à façonner la demande de contraceptifs et les catégories marketing qui s'y rattachent, en se référant conjointement à « l'intérêt des femmes ». Je montre que « intérêt des femmes » se rapproche en fait de l'intérêt économique des industriel·le·s.

7.1 Industries pharmaceutiques et expert·e·s : une homologie dans la vision de la contraception ?

Les liens entre les industries pharmaceutiques et certain·e·s expert·e·s en contraception, celles et ceux identifié·e·s au chapitre 3 comme proches de l'industrie, se traduisent tant sur le plan matériel que symbolique, et au niveau des discours portés par ces deux types d'acteurs·trices. Ces liens sont d'abord la matérialisation d'intérêts mutuels et d'échanges de bon procédés, qui contribuent d'un côté à accroître le capital symbolique et scientifique des un·e·s, et le capital économique et prescriptif des autres. L'homologie entre la perspective de ces deux types d'acteurs·trices s'observe également dans la proximité des discours produits sur les contraceptifs. Enfin, tou·te·s partagent une vision que l'on pourrait appeler « technocentrique » de la contraception, qui érige l'innovation technologique comme critère de choix des méthodes *per se*. Cette vision s'élabore (relativement) indépendamment des expériences que les consommatrices ont de ces méthodes, ou même de l'apport effectif de ces innovations, pas toujours avéré selon les produits considérés.

7.1.1 Des échanges de bons procédés entre industries et expert·e·s

La littérature qui porte conjointement sur l'expertise médicale et sur l'industrie pharmaceutique met en évidence l'existence de liens directs entre ces deux entités (Greene, 2007; Podolsky et Greene, 2008; Sismondo, 2008, 2013; Abecassis et Coutinet, 2009; Ravelli, 2015; Hauray, 2019). Comme l'indique Q. Ravelli, cela

va des cadeaux aux rétributions matérielles diverses, en échange de publicité scientifique apportée sur différents produits, sous la forme de publication dans des revues ou de conférences dans des congrès. La littérature qui porte sur les leaders d'opinion insiste également sur l'impact que ces échanges ont sur les pratiques et représentations médicales (Sismondo, 2013). Ces échanges de bons procédés consistent d'une part en l'apport, par les industries, de ressources matérielles et symboliques (accès aux produits pour développer des travaux scientifiques, direction des essais cliniques, opportunités de publication dans des revues mais aussi, plus concrètement, des rétributions financières), permettant à des expert·e·s qui sont aussi des médecins et des chercheurs·euses d'accumuler du capital symbolique et de la reconnaissance dans les champs médical et scientifique, et de renforcer leur capital d'expertise. D'autre part, ces expert·e·s médicaux apportent une caution clinique et scientifique à la science produite par les industries, et une forme de garantie médicale aux produits eux-mêmes. Surtout, les leaders d'opinion représentent pour les firmes un important débouché commercial, puisqu'ils ou elles ont une influence notable sur les prescripteurs·trices.

Ainsi, Irène Borten et Jacqueline Kahn-Nathan mettent l'accent au cours de nos entretiens sur les rétributions matérielles de l'industrie, monnaie courante de la production d'une expertise, notamment sur les produits hormonaux et en particulier sur les pilules contraceptives :

« Les laboratoires venaient nous voir pour prôner leurs merveilles, mais aussi pour nous demander si on voulait bien passer une soirée avec une dizaine de collègues à parler de la contraception, ce qui était une façon de nous faire parler pour utiliser ensuite le contenu, pour la prochaine pilule. »

(Irène Borten, ancienne gynécologue médicale, ancienne militante du MLAC, entretien du 22 mars 2016 à son domicile)

« [Sur la surveillance des effets de la pilule en France après la loi Neuwirth] Tout le monde a collaboré, parce que tous les spécialistes de pilules nous ont demandé, en cas d'incident *et caetera* de relever le truc. (...) Alors on se connaissait tous aussi par la pharmacologie, parce que les gens qui ont fabriqué les pilules, après il y a eu divers laboratoires, Schering en particulier, mais il y en a eu d'autres, on avait des réunions avec eux quand ils lançaient une nouvelle pilule ou quand ils expérimentaient. On a expérimenté pour eux des pilules plus ou moins dosées etc., donc on avait des rapports avec aussi les laboratoires fabricants de pilules. Qui nous ont offerts aussi quelques petits voyages agréables (*sourire*). (...) Parce qu'on n'était pas payés. Mais ça n'a pas duré parce que c'était illégal. Mais comme on n'était pas rémunérés par les laboratoires, ils nous invitaient à un petit voyage.

Comme on était tous ensemble et qu'on se connaissait bien, c'était parfaitement sympathique, mais évidemment, ils payaient pas d'impôts là-dessus, et ça s'est terminé très vite. Mais c'était très bien. Après, il y en a eu d'autres. »

(Jacqueline Kahn-Nathan, gynécologue médicale, ancienne interne des hôpitaux de Paris, et spécialiste du DIU, entretien du 11 mars 2016 à son domicile.)

Les deux extraits insistent sur le fait que diverses rétributions matérielles (dîners et voyages pris en charge) constituent une rétribution en nature pour la production d'une expertise sur les produits. Ces propos permettent également de réfléchir à l'intérêt, pour les industries, de recourir à une expertise externe. En effet, les essais cliniques réalisés pour attester de l'innocuité et de l'efficacité d'un produit auprès des instances de régulation du médicament (en vue notamment de la délivrance d'une AMM) ne suffisent pas à légitimer ces produits dans la sphère scientifique et médicale, en particulier auprès des prescripteurs·trices. Assez classiquement, les industries ont recours à des leaders d'opinion reconnu·e-s comme expert·e-s dans le champ médical, pour tester et légitimer leurs produits (Sismondo, 2013). Comme le montre le travail du sociologue des sciences Sergio Sismondo, à la fin des années 1960 et au début des années 1970, ces pratiques ne diffèrent pas des pratiques concernant d'autres produits pharmaceutiques. Malgré la réglementation dont elles font l'objet, ces rétributions perdurent toutefois au-delà des années 1970, prenant la forme, comme dans le cas de Christian Jamin, d'accès à des revues coûteuses auxquelles il dit ne pas avoir accès par d'autres biais :

« Je lis une douzaine de revues par semaine. Je lis les mêmes qu'il y a trente ans. Enfin, les mêmes, ou, des revues internationales, (...) le *Journal of Clinical Endocrinology*, *Human Reproduction*, le *Lancet*, le *New England*, le *British Journal*. Donc j'ai accès, et ça a été mon combat de toute ma vie, et c'est justement ce qui a fait de moi un libéral atypique, c'est que j'ai continué en permanence à lire (...) Je lis grâce à l'industrie pharmaceutique. C'est-à-dire que je n'ai pas les moyens de m'abonner à toutes les revues dont je vous ai parlé. L'industrie pharmaceutique m'a permis, de manière totalement désintéressée, de continuer à me former, même s'ils en tirent probablement un certain... Enfin ça fait partie du marketing, si vous voulez, mais c'est du marketing très indirect. Mais moi j'ai accès à la science par l'industrie pharmaceutique. »

(Christian Jamin, gynécologue médical et endocrinologue, entretien du 16 février 2016 à son cabinet)

Cet accès des expert·e-s comme C. Jamin à la production scientifique facilitée par l'industrie peut être interprété comme le pendant de l'accès à la formation continue pour les médecins, grâce au financement de l'industrie pharmaceutique, analysé

au chapitre 5. Il s'agit dans les deux cas de donner accès au savoir scientifique et médical spécialisé. La fin de la citation laisse une impression d'ambivalence, puisque C. Jamin suggère à la fois que cet accès à la formation se fait de manière « désintéressée » (sous entendue, qu'elle n'influence pas le contenu scientifique de la formation) et que les industries en tirent, sans doute, un certain bénéfice. Quel est-il ? J'analyse, dans les sections qui suivent, l'hypothèse selon laquelle ces échanges matériels et symboliques facilitent un rapprochement du discours des expert·e·s et du discours des industries sur la contraception.

7.1.2 Proximité du discours de certains expert·e·s avec les enjeux et discours de l'industrie

La confrontation des archives de l'industrie pharmaceutique (particulièrement les archives de Schering que j'ai pu consulter) aux entretiens avec les expert·e·s en contraception met en évidence que sur de nombreux points, les perspectives que ces deux types d'acteurs·trices ont de la contraception et de la politique en matière contraceptive se rejoignent. Que l'on considère les enjeux économiques, notamment sur la question des génériques et de la régulation des prix par l'État, les questions d'innovations techniques et scientifiques, ou encore l'importance accordée aux différentes méthodes contraceptives, une forte proximité entre industries et leaders d'opinion apparaît.

La vision de la politique des génériques pratiquée en France et plus largement dans le monde portée par Christian Jamin semble en effet se fondre dans les revendications et griefs plus largement soulevés par l'industrie pharmaceutique :

« Il est difficile d'isoler la contraception du reste de l'évolution de la pharmacie. C'est-à-dire que aujourd'hui on assiste dans le monde entier à des économies à faire sur les dépenses de santé, et donc au développement de ce qu'on appelle les génériques, et je dirais que l'industrie pharmaceutique, qui se défend comme elle peut, aujourd'hui a totalement recentré sa recherche sur des produits haut de gamme, qu'ils arrivent à vendre très chers pour de petites populations. Et ça a donc deux avantages : le premier, c'est que moins vous diffusez un produit moins vous avez de risques. Donc quand vous traitez 9 millions de femmes par la pilule, il est normal d'avoir des accidents. Quand vous donnez 200 traitements pour une hépatite C à 45 000 euros le traitement, ça rapporte autant et c'est beaucoup moins dangereux. Donc, ce que je voudrais vous dire mademoiselle, c'est que le monde s'adapte, toujours. Quand vous mettez un caillou au milieu d'une rivière, l'eau fait le tour. D'accord ? Et bien pour l'industrie pharmaceutique, c'est pareil. Ça fait des années qu'on leur explique que leurs prix sont trop chers, qu'ils doivent

faire des génériques, que ils sont dangereux parce qu'il y a eu un accident avec le paracétamol, ou qu'il y a eu une pauvre fille qui a fait un accident vasculaire cérébral avec la pilule, et que ça leur coûte cher, ça leur... et bien ils s'en vont. Et l'industrie pharmaceutique a quitté la recherche de masse, c'est-à-dire qu'il n'y a plus de recherche sur la contraception, ou plus beaucoup. Il n'y a plus de recherche sur les anti-inflammatoires, y a plus de recherche sur l'hypertension artérielle... Et donc aujourd'hui l'industrie pharmaceutique s'est recentrée vers des champs thérapeutiques juteux sur des faibles nombres. Donc la pilule c'est la caricature de ça, puisque aujourd'hui il y a un fond de pension marocain qui a créé un laboratoire pharmaceutique en France, et qui a accepté des taux de remboursement d'une plaquette de pilule à 1 euro 30. Par mois. Ok? Je ne vois pas comment on peut continuer à faire de la recherche avec ça. Donc on a tué la recherche, et donc il y a peu d'espoir que dans les décennies qui viennent – à moins que la terre se mette à tourner dans l'autre sens – qu'on ait des progrès réels dans le domaine de la contraception, et aujourd'hui quand on voit la position de Marisol Touraine par rapport aux pilules, elle recommande d'utiliser des pilules des années 1960, ou 1970, ce qui va pas inciter, vous inciter vous à mettre vos économies pour essayer de gagner de l'argent pour essayer de les faire fructifier. Donc aujourd'hui je dirais que l'évolution de la contraception... Alors il y a toujours des professeurs Numbus qui cherchent dans leur coin, et peut-être que y en a un qui va trouver le fil à couper le beurre, mais aujourd'hui, la recherche pharmaceutique de masse est terminée. » (Christian Jamin, gynécologue médical et endocrinologue, entretien du 16 février 2016 à son cabinet)

Cette argumentation met en évidence plusieurs enjeux importants. Premièrement, C. Jamin mentionne la réorientation de la Recherche et Développement de l'industrie pharmaceutique vers des secteurs de niches, notamment le traitement des maladies rares, où les innovations sont très fructueuses puisque les traitements peuvent être vendus à des prix très élevés (Montalban, 2011). Il fait également allusion à de nombreux scandales et procès qui ont porté sur certains produits pharmaceutiques – et les industries qui les commercialisent – sur les deux dernières décennies (Fournier *et al.*, 2014; Ravelli, 2015; Hauray, 2019). Son argument principal repose sur l'idée que des traitements diffusés sur des populations très larges verront forcément la survenue d'accidents – qui représentent toutefois une part minimale de l'ensemble personnes traitées – au contraire des traitements de niche administrés à un très petit nombre de personnes. Enfin, il suggère que la politique des génériques, mise en place en France au milieu des années 1990, aurait totalement désincité les industries à innover dans les secteurs où les génériques font le plus concurrence aux produits nouveaux, comme c'est le cas pour la contraception.

Le propos de C. Jamin décrit les tendances du secteur de l'industrie pharmaceutique depuis la fin des années 1990, mais il reprend également son discours, notamment sur la menace que font peser les génériques sur l'innovation (Lomba, 2014; Nouguez, 2017). Or, le chapitre 6 a bien montré que l'innovation véritable dans le champ de la contraception s'est très largement ralentie dès la fin des années 1970 et dans les années 1980, malgré la multiplication apparente des marques et des posologies. Les principales innovations n'ont pas porté, depuis la fin des années 1970, sur les molécules elles-mêmes mais sur les modes d'administrations. Comme l'analyse E. Sanabria, il s'agit en fait de vendre « la même chose dans une autre boîte » (Sanabria, 2014). Le désengagement de l'industrie de la recherche fondamentale, notamment en matière contraceptive, précède donc d'une quinzaine d'années la mise en place d'une politique de génériques. D'autres travaux montrent que le budget de Recherche et Développement des industries pharmaceutiques s'est progressivement déplacé, au cours des années 1970 et 1980, de la recherche fondamentale vers la recherche en marketing, et qu'une très grande partie des marges réalisées par l'industrie est en fait due à la promotion de produits déjà existants (Chauveau, 2002; Podolsky et Greene, 2008; Ravelli, 2015; Gaudillière et Thoms, 2015).

En outre, le chapitre 6 a montré que les années 1980 et 1990 (et très probablement la décennie suivante) ont représenté un enjeu financier considérable pour les firmes qui vendent des contraceptifs oraux, et dans une moindre mesure d'autres produits contraceptifs. Ainsi, malgré le taux d'innovation réduit par rapport aux décennies qui précèdent, les industries dégagent des marges plus importantes de la vente des œstro-progestatifs. Ceci, parce que ces produits sont consommés de manière beaucoup plus massive, en France et dans le reste du monde, que dans les années 1960 et 1970, et qu'ils sont vendus nettement plus chers. Malgré les scandales et mises en causes médiatiques répétées dont l'industrie pharmaceutique semble faire l'objet depuis les années 1980, et malgré les discours alarmistes sur l'étau financier dans lequel seraient prises ces industries, les taux de rentabilité des industries n'ont jamais été aussi élevés qu'au cours des années 2000 (Lomba, 2014). Paradoxalement, lors de la suite de notre entretien, C. Jamin se montre plutôt lucide sur la réorientation de l'industrie pharmaceutique vers la finance², ce qui corrobore l'idée évoquée au chapitre 6, qu'une partie de la politique des industries pharmaceutiques à partir des années 1980 est de se réorienter vers ce secteur

2. « Aujourd'hui, l'industrie pharmaceutique, c'est de la finance (...) Qui dirige l'industrie pharmaceutique aujourd'hui ? C'est la guerre entre ce qu'on appelle la finance, et le réglementaire. (...) Le produit a disparu. Reste le rendement, et de pas se faire taper sur les doigts par les États. (...) Donc la recherche a disparu (...), les grosses boîtes ont quitté le champ de bataille. », C. Jamin, entretien du 16 février 2016 à son cabinet.

profitable, plutôt que d'investir dans l'innovation scientifique, afin d'accroître leurs taux de rentabilité. Ces éléments témoignent d'une absorption, par certain·e·s expert·e·s, du discours de « crise » ou de difficultés économiques qui seraient dues aux politiques du médicament et à sa régulation par l'État, discours largement porté par les industries pharmaceutiques (Fournier *et al.*, 2014).

À cette vision commune des enjeux financiers entourant la régulation du médicament s'ajoute une proximité dans la vision techno-centrique de la contraception, basée sur l'idée que les pilules de troisième et quatrième générations, parce qu'elles constituent les innovations les plus récentes en matière contraceptive, sont nécessairement le meilleur produit et celui à recommander en première intention. Ainsi, Danielle Hassoun souligne de manière critique que plusieurs expert·e·s en contraception, actuellement proches de l'industrie pharmaceutique, ont un discours qu'elle nomme « très pro-pilules », suggérant par là que la proximité avec l'industrie pharmaceutique ne permet pas d'envisager l'ensemble de la panoplie des méthodes contraceptives³. Le discours favorisant la pilule au détriment des autres méthodes semble d'autant plus présent dans le propos des expert·e·s que ces professionnel·le·s sont proches de l'industrie.

Dans cette perspective, la question des « bénéfiques non contraceptifs » des pilules de nouvelles générations est un argument phare du marketing des firmes de la fin des années 1980 à la fin des années 1990. Ces nouvelles pilules, nées du développement de nouveaux progestatifs à la fin des années 1970, font l'objet d'un *branding* (ou politique marketing visant à attacher les consommatrices et les prescripteurs·trices *émotionnellement* à une marque) assez important dans les années 1980, comme en témoigne la politique marketing prévue par la firme Schering pour le Femovan, sa première pilule de troisième génération :

« Un des points les plus importants que nous devons garder en tête pour ce lancement [de produit] extrêmement important, est un problème qui est une tendance du marché allemand des contraceptifs oraux (et des autres pays également) : à savoir, que ce marché devient de plus en plus resserré et difficile. Du point de vue du·de la prescripteur·trice, les préparations apparaissent toutes identiques ou interchangeables. Des distinctions essentielles (comme par exemple, les avantages des produits) sont pratiquement impossible à détecter. De quelles solutions disposons-nous ? Nous avons décidé de faire usage et de construire l'aspect "psychologique" du produit : il est nécessaire pour nous de créer une humeur, une atmosphère et une aura pour distinguer notre produit au niveau émotionnel, pour qu'en fin de compte, FEMOVAN soit expérimenté

3. Entretien du 8 février 2016 avec Danielle Hassoun, gynécologue de ville et formatrice en contraception et avortement, à son domicile.

comme un produit unique. Nous pensons avoir trouvé une manière pratique et réalisable de résoudre le problème que je viens de souligner, c'est-à-dire que nous :

- construisions un nom de marque
- concevions une image de marque

de telle sorte que nous faisions de la publicité dans le vrai sens du terme, mais en donnant toutefois à notre campagne de publicité une tournure émotionnelle tout en maintenant une base factuelle et substantiellement scientifique. »⁴

Le reste de la campagne marketing du Femovan prévoit ainsi tout un arsenal pour attacher émotionnellement les prescripteurs·trices et les consommatrices à la marque Femovan, mais aussi pour que les médecins associent durablement le progestatif de nouvelle génération, le gestodène, à un produit « classe »⁵, et « de marque » qui se distingue des autres produits disponibles sur le marché. La campagne insiste tout particulièrement sur le fait qu'il faut convaincre – et surtout, persuader – les médecins du caractère unique de ce nouveau produit, censé poser de nouveaux standards dans la contraception orale (et donc dans la contraception dans son ensemble). Cette campagne, ainsi que les campagnes des produits qui succèdent au Femovan, mettent tout particulièrement l'accent sur les « bénéfiques non contraceptifs » de cette nouvelle génération de contraceptifs oraux, notamment les effets anti-androgènes qui permettent de faire de la pilule une « *lifestyle drug* » (Watkins, 2012). Les propos de C. Jamin font très largement écho à cette vision principalement marketing des nouvelles pilules :

« C'est ce que je viens de vous expliquer. C'est-à-dire que la pilule – la pilule œstro-progestative est le seul contraceptif qui donne des bénéfiques non contracep-

4. « One of the most significant points for us to remember in this extremely important launch, is a problem which is a trend in the German OC market (as well as in other countries too of course) : namely that this market is becoming increasingly narrow and difficult. From the point of view of the prescriber, the preparations seem to be almost identical or interchangeable. Essential distinctions (for example, product advantages) are practically impossible to detect. What are the solutions available to us? We have decided to make use of and build up the “psychological” aspect of the product : it is necessary for us to create a mood, an atmosphere and an aura in order to distinguish our product on an emotional level, so that ultimately, FEMOVAN is experienced as being a unique product. We believe that we've found a practicable and realizable way of solving the problem I've just outline, namely that we : build up a brand name ; design a brand image ; so we would be advertising in the true sense of the word, yet we would give our advertising an emotional slant while maintaining a factually and scientifically substantiated basis », « Integrated Communications Strategy for the introductory launch of the new product Femovan (Mono-Gestoden) », Schering Archives, S1 280/I : Femovan, p. 2-3.

5. Cette volonté de promouvoir le Femovan comme un produit « classe » ne semble pas sans lien avec le fait que les œstro-progestatifs de nouvelle génération soient prioritairement administrés, du moins en France, à des femmes de classes favorisées plutôt qu'à des femmes de classes populaires (Bajos *et al.*, 2004), ni sans lien avec leur prix particulièrement élevé.

tifs non négligeables. C'est-à-dire que le stérilet c'est une contraception, point. Avec des inconvénients qui sont mal vécus par les femmes, souvent, c'est-à-dire l'augmentation des règles, la fatigue, la carence en fer, *et cætera*. Les injections de médroxyprogestérone qu'on trouve dans le monde c'est calamiteux, ça fait tomber les cheveux, ça donne des poils, ça donne de l'acné, ça fait grossir... Donc y a pas d'autre produit qui donne ça. Donc la place qu'on donne à ce qu'on appelle les BNC – les bénéfiques non contraceptifs – dépend beaucoup de la vision de la femme qu'on a. »

(Christian Jamin, gynécologue médical et endocrinologue, entretien du 16 février 2016 à son cabinet)

Cette forme de pilulocentrisme technologique mettant en avant les nouveaux produits en date sur le marché se retrouve dans l'idée d'une nécessaire extension de l'usage des contraceptifs oraux. Pensée en termes d'extension de parts de marché du côté des industries, et plutôt en termes d'extension de la couverture contraceptive du côté des expert-e-s, cette volonté d'étendre le recours aux contraceptifs oraux relève également du pilulocentrisme décrit au chapitre 1. L'objectif d'étendre ses parts de marché était déjà affiché, en 1966, par l'entreprise Schering lorsqu'elle entrevoyait la conquête du marché contraceptif grâce à sa pilule Eugynon (l'équivalent du Stédiril – commercialisé par Wyeth – en France, et l'un des produits-phare de la firme pendant de nombreuses années) :

« L'objectif principal doit être en trois points, et dirigé vers l'extension, autant que possible, de notre part actuelle du marché de la contraception orale, en :

- 1) Convertissant à EUGYNON toutes les nouvelles patientes
- 2) Étendant, autant que possible, ce turnover basique en captant les patientes portées au changement, et les patientes précédemment exclues de la contraception orale à cause des effets secondaires
- 3) Excellant tellement dans la promotion générale et la vente au détail que les recettes additionnelles résultant de ce composé seront captées par Schering et non par Wyeth. »⁶

Ici, on aperçoit la stratégie d'extension des parts de marché reposant notamment sur la *conversion* d'utilisatrices d'autres contraceptifs à l'Eugynon et la *captation*

6. « The major aim must be threefold and be directed at extending, as far as possible, our current share of the oral contraceptive market by : 1) Converting to EUGYNON all prescribing for new patients ; 2) To extend as far as possible this basic turnover by capturing change-over patients and patients previously excluded from oral contraception because of side-effects ; 3) To so excel in general promotion and specific detailing that the additionnal business arising from this compound is directed towards Schering and not Wyeth », « Sales conférence 1966 : Eugynon Lecture Note », Berlin, 13th September, 1966, Schering Archives, S1 227 : Eugynon.

d'utilisatrices auparavant exclues des indications de la pilules ou s'étant exclues elles-mêmes car ayant expérimenté trop d'effets secondaires. Cette volonté d'étendre le marché contraceptif se retrouve, du côté des expert·e·s, dans l'idée que la contraception s'est répandue « trop lentement » en France. C'est l'idée exprimée par H. Rozenbaum, même s'il se montre relativement plus nuancé, et fait référence à la diffusion de la contraception dans son ensemble :

- « La contraception, pas seulement la pilule, s'est répandue, s'est popularisée. Ça c'est quand même une chose importante. Pas autant qu'on l'aurait espéré, surtout au départ, c'était très lent, mais enfin c'est quand même rentré dans les mœurs...
- *Quand vous dites « qu'on l'aurait espéré » vous pensez à quoi ?*
 - C'est-à-dire que pendant plusieurs années il y avait très peu d'utilisatrices.
 - *Non mais quand vous dites « on », c'est les médecins en général, c'est les médecins du planning... ?*
 - Oui c'est les médecins du planning. »

(Henri Rozenbaum, gynécologue médical, ancien membre du Collège médical du Planning familial, entretien du 10 septembre 2016 à son domicile)

Enfin, une partie de ces expert·e·s adhèrent à une forme d'émerveillement technologique face à l'évolution connue par les œstro-progestatifs entre les années 1950 et les années 2000. Cet émerveillement est très proche du discours de l'industrie où chaque nouveau contraceptif oral se rapproche de la perfection (voir chapitre 6). C'est ce que reconnaît H. Rozenbaum :

« Sur le plan technique [il y a eu] des progrès absolument énormes. Pour vous donner un exemple la première pilule mise au point par Pincus (...) contenait 150 µg d'œstrogènes. Les minipilules actuelles en contiennent 15. La diminution s'est faite par étapes, parce que, au départ, quand elle était dosée à 150 µg, on était surs qu'avec 15 on ne bloquerait pas l'ovulation. (...) [La polémique sur les pilules de nouvelles générations], ça a été un très très gros problème, parce que au départ, et moi également, je n'y ai pas cru, à l'histoire que certains progestatifs favorisaient plus les phlébites que d'autres. Puis il a fallu se rendre à l'évidence, malheureusement c'est vrai. Bon, j'ai toujours essayé d'être objectif. La preuve c'est que chaque fois j'essayais d'étayer mes affirmations par une référence bibliographique, et je me suis rendu à compte-là que je n'étais pas encore assez objectif. J'étais déjà tellement en admiration devant ce qu'on faisait déjà, devant la baisse des doses... C'est quand même moi qui ai joué un rôle important dans la promotion de ce qu'on a appelé les minipilules. C'est moi qui ai expérimenté les premières minipilules, donc j'étais tellement en admiration devant ces minipilules, que de voir ensuite qu'on puisse accuser le progestatif – car c'est grâce à lui qu'on bloquait l'ovulation, je vous le

dis, c'est pas les œstrogènes – je trouvais que les preuves étaient minces. Et puis finalement elles existent. Et puis alors je ne trouvais pas non plus d'explication logique à ce phénomène. L'explication logique elle est venue après : c'est que ces progestatifs, du moins les nouveaux progestatifs, ceux de nouvelle génération, donc qui augmentaient légèrement... Encore qu'il faut pas non plus exagérer le risque, quand on augmente légèrement un risque qui est infime, bon on multiplie par deux une maladie qui va frapper une femme sur 10 000 c'est pas pareil que de multiplier par deux une maladie qui va frapper 50 femmes sur 10 000. Donc ces progestatifs de troisième génération étaient très purs, ce qui était au départ leur qualité, et notamment contrairement aux contraceptifs de deuxième génération, ils ne se fixaient pas sur les récepteurs aux androgènes. Donc ils ne favorisaient pas la prise de poids, ils ne favorisaient pas la pousse des poils chez les femmes prédisposées etc. Donc ils étaient vraiment meilleurs. Mais on s'est rendu compte ensuite qu'ils ne s'opposaient pas autant aux effets des œstrogènes que ceux de deuxième génération, or, ce sont les œstrogènes qui provoquent les... donc les progestatifs en eux-mêmes n'étaient pas directement responsables des phlébites, mais il ne s'opposaient plus assez à l'effet des œstrogènes. »

(Henri Rozenbaum, gynécologue médical, ancien membre du Collège médical du Planning familial, entretien du 10 septembre 2016 à son domicile)

Comme le suggère lui-même H. Rozenbaum, cette admiration pour les pilules a pu freiner l'évaluation et la reconnaissance d'un risque accru des contraceptifs oraux de nouvelles générations, chez certain·e·s expert·e·s très attaché·e·s à ces produits. Cet extrait est aussi intéressant sur le plan anthropologique, puisque les substances hormonales (progestatif et œstrogène) contenues dans le produit fini qu'est la pilule, sont dotées d'une existence propre, d'une capacité d'action indépendante l'une de l'autre sur le corps. Quasiment personnalisées dans le propos ci-dessus, ces deux substances sont décrites comme agissantes de manière autonome, sans que leur action conjuguée ne soit bien prise en compte, ou que le produit agissant considéré soit le médicament lui-même. Cette vision des substances agissantes est largement favorisée par les industries, qui prônent notamment la supériorité des nouvelles molécules progestatives développées par rapport aux générations précédentes de molécules hormonales, dans une stratégie de distinction par rapport aux produits des autres firmes.

La fin de cet extrait met également en évidence la perception du risque qu'ont ces expert·e·s proches de l'industrie, vis-à-vis des contraceptifs oraux. L'argument repose sur une manière épidémiologique de penser le risque : les risques présentés par les contraceptifs oraux, en particulier ceux de nouvelles générations, sont non seulement négligeables dans l'absolu, mais aussi par rapport aux

risques présentés par d'autres médicaments, ou même par rapport à une grossesse. Ces produits présentent par ailleurs plus d'avantages que d'inconvénients (C. Jamin parle par exemple d'une « balance bénéfice-risque positive »). La thèse de M. Rouzaud-Cornabas portant sur la crise médiatique autour des pilules de nouvelles générations survenue en 2013 en France met justement l'accent sur la manière dont la minimisation des risques a conduit à une mise en cause très tardive de ces nouveaux produits par rapport à ce qu'on a pu observer dans d'autres pays européens (Rouzaud-Cornabas, 2019). En effet, les premières enquêtes épidémiologiques mettant en évidence ce surrisque dataient de 1995, et avaient déclenché, au Royaume-Uni, au Danemark et en Norvège, des « *pill scare* » (crises des pilules) conduisant à la baisse très rapide de l'utilisation de ces nouveaux produits. Le contexte français, avec un positionnement des expert·e·s mettant en doute ces enquêtes, et une minimisation des risques, a conduit à ce que cette crise des pilules n'émerge qu'environ vingt ans plus tard, au moment du dépôt de plainte très médiatisé d'une femme ayant fait un accident vasculaire cérébral qu'elle attribuait à sa pilule de nouvelle génération.

Cette minimisation des risques, tout comme la minisation des effets secondaires indésirables des contraceptifs oraux (analysée plus en détail dans le chapitre suivant), constituent les deux derniers éléments qui permettent de mettre en évidence la proximité du discours des expert·e·s. et du discours de l'industrie sur les produits contraceptifs et particulièrement sur la pilule. Au final, ces expert·e·s proches de l'industrie pharmaceutique, et parfois expert·e·s auprès de certaines firmes pour des produits spécifiques, semblent avoir une vision économique et techno-scientifique proche de celle des industries, notamment des firmes leaders sur le marché de la contraception. Cette proximité se traduit dans le discours qui hiérarchise les contraceptifs entre eux, et dans le discours porté par ces deux types d'acteurs·trices sur l'efficacité contraceptive, et sur l'universalité des contraceptifs oraux.

7.2 La co-construction de l'efficacité des contraceptifs oraux

Si la question de l'efficacité des produits et méthodes contraceptives est un enjeu récurrent dans l'histoire de la prévention des naissances, elle prend une signification particulière au XX^e siècle. En effet, dans le contexte de la crainte de l'expansion démographique mondiale, une meilleure connaissance des mécanismes de fécondation et une amélioration des techniques développées permettent une

prévention de la grossesse en théorie quasi-certaine. L'enjeu d'une efficacité dite « parfaite » se structure dans le contexte du développement des contraceptifs oraux, ayant une efficacité en conditions cliniques bien supérieure à toutes les autres méthodes connues auparavant (à l'exception de la stérilisation, mais qui reste peu utilisée, du moins en France). Comme le note Lara Marks, la pilule a certainement modifié l'étalon de l'efficacité contraceptive : avec l'arrivée d'un produit avec des taux d'efficacité supérieurs à 90 %, tous les autres produits ont pu soudainement paraître insatisfaisant, obsolètes, ou incomparables en termes de simplicité d'administration et de réversibilité (Marks, 2001, p. 5).

Cette vision de l'efficacité se structure en France à la fin des années 1960 et au début des années 1970, au moment où l'avortement est constitué comme figure repoussoir et antagonique de l'accès à la contraception. C'est donc ce contrôle très efficace, voire quasi-certain de la fécondité qui est érigé comme remède à l'avortement clandestin, constitué en fléau social et sanitaire (chapitres 2 et 3). Dans ce contexte, l'efficacité contraceptive promue par les industries pharmaceutiques concernant leurs produits, comme par les expert·e·s qui en défendent la supériorité sur les autres produits, est une efficacité de « quasiment 100 % ». La progressive – quoiqu'inégale – prise en compte des conditions d'utilisation, et l'apparition d'autres méthodes d'efficacité similaire, amènent progressivement à la remise en cause de cette vision restreinte de l'efficacité. Cette section retrace la manière dont l'efficacité supérieure de la pilule par rapport aux autres méthodes a été co-construite par industries et expert·e·s.

7.2.1 S'accorder sur un indicateur d'efficacité : l'indice de Pearl comme parangon de l'efficacité contraceptive

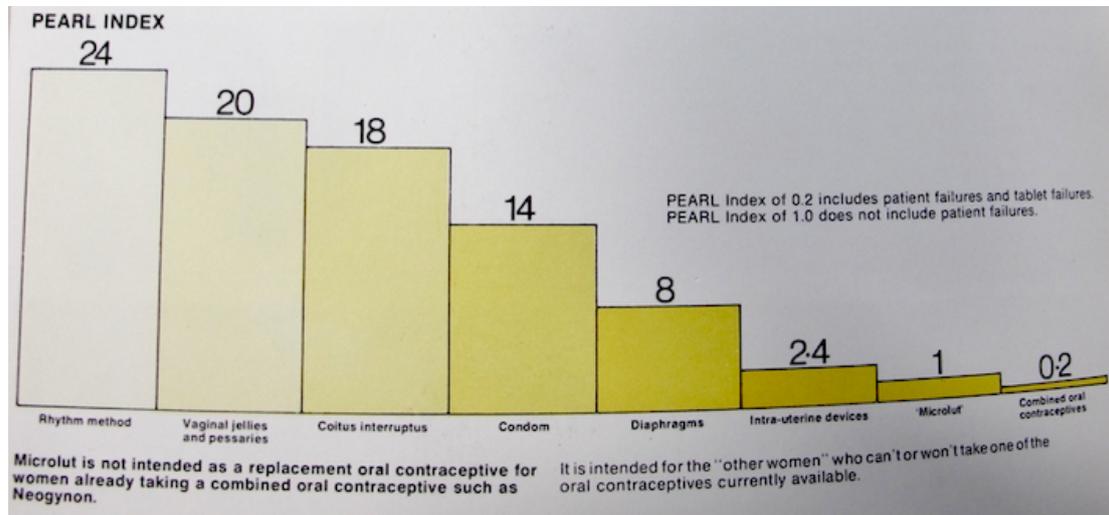
Dans son article sur le développement de la contraception chimique, Ilana Löwy décrit la construction de la notion d'efficacité contraceptive en conditions cliniques (Löwy, 2011). Elle montre que, dans les années 1930, les fabricants de spermicides mettent en place des tests d'efficacité clinique pour donner une légitimité sociale et scientifique à leurs produits. Les tests des contraceptifs chimiques pouvant difficilement être réalisés en pratique sur les femmes elles-mêmes, les firmes se reportent sur des tests en laboratoire visant à déterminer, outre l'absence de toxicité des produits, l'effet des substances actives sur l'altération de la qualité du sperme et de la mobilité des spermatozoïdes, ainsi que la vitesse de cette altération. Ces tests s'inscrivent, aux États-Unis, dans un contexte de régulation accrue des produits pharmaceutiques par la FDA, particulièrement dans les années 1930 et 1940. Devant la nécessité d'établir une mesure de l'efficacité, et les difficultés à

vérifier la bonne utilisation des produits, le biologiste et statisticien américain Raymond Pearl propose, en 1932, de calculer les mois d'utilisation avec succès de la méthode, permettant d'inclure dans le calcul aussi bien les personnes faisant une bonne utilisation de la méthode que celles qui changent de méthode au bout d'un certain temps. Cela permet de glisser progressivement, des tests de toxicité et de substances active des produits, à la notion d'efficacité en conditions réelles. Cette méthode est ensuite perfectionnée dans les années 1950 et 1960 par Mary Streichen Calderone (directrice médicale de la *Planned Parenthood Federation of America*), ainsi que par les statisticien et statisticienne Christopher Tietze et Sarah Levitt, mettant en œuvre pour la première fois la randomisation des essais cliniques (Löwy, 2011, p. 272). Plus tard, cet indicateur d'efficacité contraceptive est repris par Pincus et son équipe de recherche. Ils s'attachent alors non pas à mesurer les mois où la méthode n'a pas conduit à une grossesse chez une femme, mais le nombre de cycles menstruels sans conception (Oudshoorn, 1994, p. 132). Ce faisant, cela permet à Pincus de « transformer » son nombre d'observations cliniques sur des femmes, jugé trop restreint pour être publié (quelques centaines de cas), en une grandeur statistiquement satisfaisante (plusieurs milliers de cycles) (Marks, 2001, p. 112).

L'indice de Pearl est progressivement érigé en parangon de l'efficacité contraceptive. En témoignent de nombreuses brochures promotionnelles sur les contraceptifs oraux ou les DIU, élaborées par les industries à destination des médecins, ou les revues médicales spécialisées qui utilisent cet indicateur pour classer les méthodes (voir chapitres 3 et 5). Dans les années 1960 et 1970, l'indice de Pearl en conditions cliniques est utilisé afin de justifier de la très grande supériorité des contraceptifs oraux par rapport aux autres méthodes disponibles sur le marché. L'idée largement promues par les industries dans ces deux décennies est que les contraceptifs oraux sont théoriquement efficaces à 100 %, et que les éventuels échecs ne résultent pas d'une défaillance du produit, mais d'une défaillance des utilisatrices. Cette idée est aussi bien contenue dans les brochures publicitaires pour Anovlar analysées au chapitre 6 (figure 6.5), que dans d'autres brochures promotionnelles, telles que celle publiée au sujet du Microlut (figure 7.1). Cette dernière suggère que la petite part d'échecs associée aux œstro-progestatifs dans la prévention des grossesses non souhaitées (indice de Pearl à 0,2) inclut les « défaillances des patientes » (« *patient failures* »). Cet indice reste l'indicateur d'efficacité pertinent dans les brochures publicitaires pour les contraceptifs oraux même au-delà des années 2000⁷. L'indice de Pearl théorique demeure l'étalon de l'efficacité contraceptive également dans

7. Il est par exemple cité dans les brochures publicitaires pour Yaz, puis Yasminelle, Schering Archives, S1 312 : Yaz et S1 340 : Yasminelle.

FIGURE 7.1 – Extrait d'une brochure promotionnelle de Microlut (contraception orale progestative de Schering) à destination des médecins



Source : Schering Archives, S1 223 : Microlut, brochure promotionnelle, 1972.

l'enseignement médical sur la contraception, jusqu'aux années 2000 (chapitre 5), et même au-delà (Rouzaud-Cornabas, 2019).

7.2.2 Efficacité théorique et efficacité pratique

Dans les contextes médicaux comme dans la promotion des contraceptifs oraux par les firmes pharmaceutiques, l'indice de Pearl mobilisé est un indice en conditions parfaites, dans le cadre d'essais cliniques contrôlés, où la nécessité de prise régulière du comprimé est rappelée régulièrement par les enquêteurs·trices qui réalisent les essais cliniques. Il est ainsi décrit comme un indicateur d'efficacité théorique, que l'on oppose à l'efficacité pratique des différentes méthodes, c'est-à-dire l'efficacité mesurée en conditions réelles d'utilisation, hors du cadre d'essais cliniques. Théoriquement, il serait possible de calculer un indice de Pearl « en pratique », en mesurant le nombre d'échecs contraceptifs en conditions réelles puis en le rapportant aux nombres de cycles ou de mois d'utilisation de la méthode. Il serait donc possible de distinguer un indice de Pearl théorique ou clinique et un indice de Pearl pratique ou en conditions réelles. Sans forcément référer au terme d'indice de Pearl pratique, plusieurs travaux en santé publique mettent l'accent sur la distinction entre utilisation parfaite d'une méthode et utilisation courante afin de rendre compte de l'efficacité des différentes méthodes (Trussell, 2004; Moreau *et al.*, 2007; Rouzaud-Cornabas, 2019).

Les travaux de l'épidémiologiste Caroline Moreau et ses collègues mettent ainsi en évidence des taux d'échecs contraceptifs, mesurés par les grossesses non prévues

qui surviennent alors qu'une méthode a été utilisée (Moreau *et al.*, 2007). Elle montre notamment que les taux d'échecs contraceptifs varient selon la méthode utilisée (le DIU apparaît respectivement plus efficace que la pilule, le préservatif, les méthodes d'auto-observation et le retrait), mais également selon les contextes géographiques considérées, les taux d'échecs contraceptifs étant significativement plus faibles en France qu'aux États-Unis, suggérant des usages différenciés des mêmes méthodes⁸.

Il s'agit, plus généralement dans les travaux sur l'efficacité des médicaments, de prendre en compte les difficultés d'observance. Les travaux sociologiques sur la contraception rendent ainsi compte de diverses circonstances pouvant mener à des difficultés d'observance avec les contraceptifs oraux, dont la prise s'effectue souvent quotidiennement pendant plusieurs années : des perturbations dans le rythme de vie, des ruptures biographiques, ou même un emploi du temps irrégulier peuvent conduire à des oublis ou des erreurs dans la prise (Bretin, 1992; Bajos *et al.*, 2002). Les données de l'enquête Cocon 2002 permettent de montrer qu'en France, en 2000, un tiers des grossesses sont des grossesses non prévues, et que deux tiers de ces grossesses non prévues surviennent alors que les femmes utilisaient une méthode contraceptive (Bajos *et al.*, 2003)⁹.

Ces travaux suggèrent que l'efficacité des méthodes contraceptives n'est pas une donnée stable dans le temps et qu'elle varie fortement selon les contextes sociaux dans lesquels elles s'inscrivent. En outre, certaines méthodes nécessitent un temps d'apprentissage, et voient leur efficacité augmenter avec le temps, tandis que d'autres peuvent poser des problèmes d'observance sur le long terme (Moreau *et al.*, 2007). Ainsi, l'efficacité de certaines méthodes varie géographiquement et socialement. Ceci amène à penser que la mesure d'une efficacité théorique atemporelle et décontextualisée, telle que réifiée par une vision restrictive de l'indice de Pearl, tend à être construite par les industries mais également par les expert·e·s et les prescripteur·trices. Cette réification permet de justifier la hiérarchisation entre les méthodes contraceptives.

Ainsi, la plupart des matériaux auxquels j'ai été confrontée ne retiennent que la première version de cet indicateur, confondant le plus souvent l'efficacité des

8. M. Rouzaud-Cornabas note en outre, à partir des données de Trussel 2004 et de Moreau *et al.* 2007, que les contraceptifs oraux ont un taux d'échec théorique de 0,3 % sur douze mois, mais un taux d'échec pratique de 2,4 % en France et de 8 % aux États-Unis. Selon ces mêmes données, l'utilisation courante du préservatif est d'efficacité similaire à la pilule en France (3,3 % d'échecs), mais d'efficacité presque deux fois moindre aux États-Unis (15 % d'échecs). C'est le DIU qui possède l'efficacité pratique la plus proche de son efficacité théorique, dans les deux pays (entre 0,1 et 2 % d'échecs) (Rouzaud-Cornabas, 2019, p. 384).

9. Environ un tiers de ces grossesses non prévues sous contraception surviennent alors que les femmes utilisaient une pilule.

méthodes avec leur efficacité théorique¹⁰. De manière assez intéressante pourtant, les firmes pharmaceutiques ne sont pas indifférentes à la question de l'efficacité pratique et des difficultés d'observance, puisque ce point a justement fait l'objet d'une campagne marketing visant à distinguer les produits à l'emballage facilitant la prise des autres produits sur le marché (figure 7.2). Ainsi, dès 1963, la firme Ortho met sur le marché sa première pilule, non pas dans la petite bouteille de verre habituellement utilisée pour les médicaments à l'époque (et utilisée par Searle pour Enovid), mais dans un paquet en forme de roue, évoquant ainsi le cycle menstruel et indiquant des repères dans les jours de prise. Searle suit rapidement son exemple lors de la mise sur le marché de Enovid-E en 1964. La même année, Schering développe un emballage pour Anovlar 21 en forme de calendrier rectangulaire indiquant les jours de la semaine, emballage très proche de la plupart des emballages de contraceptifs oraux actuellement disponibles sur le marché européen. Cet emballage est publicisé par la firme comme un premier pas dans la réduction des « *patient failures* », et de l'écart entre efficacité théorique et efficacité pratique des contraceptifs oraux¹¹. Tout en érigeant l'indice de Pearl comme étalon de mesure de l'efficacité contraceptive et comme élément distinctif des contraceptifs oraux par rapport aux autres méthodes, ces firmes identifient néanmoins très tôt la possibilité d'erreurs dans la prise et les difficultés d'observance. Elles conçoivent leurs emballages comme un argument de vente supplémentaire pour distinguer leur produit des autres produits disponibles sur le marché.

Ce n'est qu'à partir du début des années 2000 que la prise en compte de l'efficacité pratique des méthodes va véritablement être intégrée au discours de santé publique et aux campagnes contraceptives axées sur le choix des usager·e-s, et que des critiques du seul recours à l'indice de Pearl (théorique) émergent (Rouzaud-

10. À l'exception, notable, du *Précis de contraception* publié par P. Simon en 1968, qui reprend cette distinction entre efficacité théorique et pratique, et affirme que l'efficacité pratique est plus intéressante à investiguer, car elle se rapproche davantage de la réalité d'utilisation des méthodes. De manière intéressante, P. Simon, qui relaye les travaux de Christopher Tieze aux États-Unis, calcule des indices de Pearl pratiques pour les différentes méthodes, et calcule même des indices pratiques en fonction du niveau de revenu des femmes interrogées. Il met ainsi en évidence que l'ensemble des méthodes sont plus efficaces dans les classes sociales les plus aisées. Voir P. Simon, J.-P. Goirann A. F. Guttmacher, 1968, *Précis de contraception*, Paris, Masson.

11. Une des brochures de l'Anovlar 21, déclinée en plusieurs langues (allemand, anglais, français, espagnol, arabe) précise ainsi, dans la version française : « Anovlar 21 sous un nouvel emballage-calendrier prévient la conception sur indication médicale. Jamais plus de complications et d'erreurs. (...) L'introduction de la 21e dragée simplifie le schéma de traitement, il en facilite la surveillance et la notation par la patiente : 21 jours de médication + 7 jours d'arrêt. La prise des dragées et l'interruption de la médication commencent toujours le même jour de la semaine. L'emballage-calendrier mis au point par Schering évite les erreurs. Il guide la patiente au jour le jour et lui permet de contrôler la prise quotidienne. L'Anovlar 21 est plus simple, il évite les erreurs. », Brochure publicitaire pour Anovlar 21, Schering Archives, S1 347/c : Anovlar 21, 1964.

Cornabas, 2019). Avant cela, on observe donc sur la période 1960 à 2000 une très forte proximité entre la sphère industrielle et la sphère médicale (qu'on se situe au niveau des expert·e·s, ou, comme dans le chapitre 5, au niveau du contenu de l'enseignement médical) dans la manière de penser l'efficacité contraceptive, et d'en déduire une hiérarchie entre les différentes méthodes contraceptives. La notion d'efficacité contraceptive confondue avec l'indice de Pearl théorique apparaît donc comme une co-construction entre industries et expert·e·s. Ce qui est déployé comme un argument marketing dans un cas trouve sa caution médicale dans l'autre cas, et donc gagne en légitimité pour l'ensemble des acteurs·trices impliqué·e·s par la prise en compte de l'efficacité contraceptive (médecins, utilisatrices, pouvoirs publics, centres de planning).

Cette co-construction des représentations qui entourent les différents contraceptifs se traduit, enfin, par la manière dont les contraceptifs oraux sont constitués en thérapeutique universelle, destinée à toutes les femmes, à chaque catégorie de femme correspondant une catégorie de pilule (normodosées, microdosées, progestatives seules, anti-acnéiques). Ces deux types d'acteurs·trices participent ainsi à co-construire des catégories d'usagères idéales. En cela, elles et ils ont pour point commun de façonner la demande contraceptive, tout en revendiquant conjointement de le faire « dans l'intérêt des femmes ».

FIGURE 7.2 – Différents emballages de pilules (1960-1964)



Bouteille en verre (Enovid), 1960, https://en.wikipedia.org/wiki/Timeline_of_second-wave_feminism#/media/File:EnovidBottle.png

Emballage circulaire breveté par Ortho, 1963, posté par la FDA sur Flickr, <https://www.flickr.com/photos/fdaphotos/46663122774>



Emballage-calendrier développé par Schering, 1963, Schering Archives, Sammlung 8, Auswahl zum Thema Orale Kontrazeption (Pille).

7.3 La co-construction des catégories d'usagères idéales : un façonnement de la demande « dans l'intérêt des femmes » ?

Le façonnement de la demande contraceptive par les expert·e·s et par les firmes apparaît au travers de deux aspects. D'une part, ces acteurs·trices affirment l'universalité des contraceptifs oraux qui, par leur diversité, s'appliqueraient à toutes les femmes nécessitant une contraception (hormis quelques cas particuliers). D'autre part, cette universalité des contraceptifs oraux s'inscrit progressivement dans la construction de catégories d'usagères idéales, auxquelles correspondraient des pilules spécifiques. J'analyse dans un premier temps la manière dont double façonnement de la demande – du champ d'application des contraceptifs oraux et des utilisatrices-types – est revendiqué au nom de l'« intérêt des femmes ». Dans un deuxième temps, je montre ce que qu'implique une telle vision.

7.3.1 Universalité des contraceptifs oraux et construction de catégories d'usagères idéales

Le chapitre 6 montre comment les stratégies marketing des firmes pharmaceutiques se sont orientées vers la définition de segments de marché, avec un management par segment. La saturation du marché des contraceptifs – et plus spécifiquement celle des contraceptifs oraux – conduit les firmes à viser des catégories d'usagères spécifiques, définies par l'âge ou par leur état de santé. Le slogan retenu par la firme Schering en 1973, dans une campagne conjointe pour les produits Microlut (pilule progestative seule) et Neogynon, est déjà annonciateur de cette tendance : « *Pour chaque femme, Schering a le contraceptif oral approprié* ». La plaquette comporte deux volets, un pour chaque produit. Le volet du Microlut indique : « *Pour une minorité : une nouvelle direction dans la contraception orale* » ; le volet Neogynon stipule quant à lui : « *Pour la majorité : Neogynon, l'exceptionnel contraceptif oral* »¹². Par ce slogan, la firme proclame l'universalité des contraceptifs oraux, avec l'objectif que même les femmes pour qui les contraceptifs oraux classiques sont contre-indiqués puissent trouver une pilule qui leur convient. Cette campagne vient par ailleurs compléter la campagne de Neogynon, elle-même basée sur l'idée que ce produit « *convient à presque toutes les femmes, peu importe*

12. « For every woman Schering has the appropriate oral contraceptive » ; « For the minority : Microlut, a new direction in oral contraception » ; « For the majority : Neogynon, the outstanding oral contraceptive », campagne conjointe pour Microlut et Neogynon, 1973, Schering Archives, S1 223 : Microlut.

leur différences », « *indépendamment de l'âge, du poids ou du type hormonal.* »¹³

On l'a vu, ce modèle est remplacé, à partir des années 1980, par le modèle de la diversification des produits. Une brochure publiée par la filiale française de Schering reprend cette logique en synthétisant, à destination des médecins, les différents produits de Schering disponibles sur le marché, ainsi que leurs indications et leurs contre-indications (figure 7.3). Cet argumentaire reproduit la logique du « à chaque femme sa pilule », mais l'étend à des segments de marché de plus en plus spécifiques. Ainsi, au seuil des années 2000, plus d'une vingtaine de marques existent et les trois leaders du marché mondial des contraceptifs oraux (Schering, Wyeth et Organon) possèdent chacun plusieurs marques de pilules, destinées à des catégories d'âges (les adolescentes, les femmes jeunes, les femmes de plus de 35 ans, les femmes en péri-ménopause), mais également à différentes catégories d'usagères (les femmes pour qui les œstrogènes sont contre-indiqués, les femmes qui ont des effets secondaires indésirables lorsque les pilules sont trop fortement dosées, les femmes qui fument, etc.). L'arrivée des pilules biphasiques et triphasiques permet de développer un argumentaire sur mesure pour chaque femme. Enfin, l'arrivée des anti-acnéiques avec effets contraceptifs permet de commencer à traiter des femmes jeunes, qui n'ont pas toujours de relations sexuelles (ou hétérosexuelles), et d'étendre ainsi le champ d'application des contraceptifs oraux.

Enfin, un dernier point est intéressant à analyser, concernant la promotion du DIU hormonal. En effet, ceci permet de tempérer l'universalité des contraceptifs oraux. De l'idée de « à chacune sa pilule » dans les années 1980, on passe plutôt, au début des années 2000, à l'idée de « à chacune son mode d'administration hormonal ». Ainsi, les risques accrus des œstro-progestatifs après 35 ans (ou après 30 ans pour les fumeuses), et davantage encore après 40 ans, poussent à la redéfinition de catégories médicales de femmes à risque avec les contraceptifs oraux. Ces catégories sont produites par les enquêtes épidémiologiques, et relayées par les expert·e·s de différents pays. La campagne de promotion du Mirena (DIU à la progestérone de Schering) s'appuie sur ces catégorisations de santé publique pour de faire le pont entre l'administration de contraceptifs oraux et la ménopause, et ainsi reconfigurer son produit pour les femmes de plus de 30 ans¹⁴. Le marketing

13. « Neogynon means acceptance by almost every woman not matter how different she may be. Neogynon is the oral contaceptive which suits almost every woman, regarless of age, weight or hormonal type », brochure publicitaire anglaise pour Neogynon, 1974, Schering Archives, S1 228/a : Neogynon.

14. La brochure de présentation du Mirena à destination des médecins précise ainsi que le dispositif permet de faire le lien entre la contraception orale jusqu'à 30-35 ans, et les traitements hormonaux de la ménopause à partir de 45 ans, ce qui n'est pas sans rappeler l'idée, exprimée au chapitre 4, d'un traitement hormonal des femmes de leur adolescence jusqu'à la ménopause. Brochure d'information sur le Mirena, Schering Archives, S1 309 :Mirena.

autour du Mirena vise explicitement à en faire une alternative à la stérilisation tubaire ou au DIU au cuivre, permettant dans le même temps de relayer l'usage des pilules contraceptives dans le cas de difficultés de prise ou après un certain âge où l'administration d'œstrogènes devient moins recommandée. Les brochures publicitaires associées à ce produit mettent en scène des femmes avec un ou plusieurs enfants, faisant de la figure de la mère de famille l'utilisatrice idéale de cette méthode contraceptive. Elles reprennent également l'argumentaire mis en avant pour les pilules de troisième et quatrième générations des bénéfices non contraceptifs associés au produit¹⁵. Si au seuil des années 2000, l'argumentaire de l'universalité des contraceptifs oraux voit son prolongement dans le développement de nouveaux contraceptifs hormonaux (à l'instar du DIU à la progestérone), il ne s'agit finalement que d'une reconfiguration des argumentaires précédents sur la nécessité d'assurer une « protection » hormonale aux femmes, de leur adolescence jusqu'à la ménopause.

Mais quel écho trouve cette catégorisation auprès des expert·e·s ? Les articles publiés dans *Contraception, fertilité, sexualité* suggèrent que les expert·e·s reprennent assez littéralement les lignes de divisions proposées par les firmes. Ainsi, au seuil des années 1970, ces catégorisations d'usagères n'apparaissent pas encore dans les articles de la revue¹⁶ : l'idée qu'un même produit conviendrait à toutes les femmes est encore relativement consensuelle. À partir du milieu des années 1970, plusieurs articles mettent l'accent, d'une part sur l'intérêt de la réduction des doses pour les femmes qui supportent mal les pilules normodosées¹⁷ et d'autre part sur des catégories épidémiologiques émergentes, telles que « la nullipare » ou les adolescentes¹⁸, les femmes en ménopause ou périménopause¹⁹, ou des catégories de femmes « à risque » ou ayant une pathologie empêchant la prise d'œstro-progestatifs classiques²⁰. Si certaines pathologies, comme le cancer du sein, ou certaines pra-

15. « Des bénéfices au-delà de la contraception : garantit une fiabilité contraceptive très élevée jusqu'à cinq années, rend les règles plus légères, plus courtes et moins douloureuses, permettant à la femme de se sentir mieux ; protège l'endomètre durant les thérapies hormonales de substitution. » : « Benefits beyond Contraception : ensures a very high contraceptive reliability up to 5 years ; makes period lighter, shorter and less painful, thus making the woman feel better ; provides endometrial protection during estrogen replacement therapy. », brochure d'information sur le Mirena, Schering Archives, S1 309 : Mirena.

16. L'article de H. Rozenbaum d'avril 1969 (volume 1, n° 2) sur les « Indications respectives des différents contraceptifs oraux », ne distingue pas de catégories d'usagères selon l'âge, ni véritablement selon l'état de santé, mais plutôt selon le profil hormonal.

17. H. Rozenbaum, *Contraception, fertilité, sexualité*, septembre 1973, vol. 1, n° 1.

18. J. Belaisch, « La contraception chez la nullipare », *Contraception, fertilité, sexualité*, septembre 1973, vol. 1, n° 1 ; avril 1982, vol. 10, n° 4.

19. CFS 1975 : un premier article sur « contraception et ménopause », C. Verdoux, « La contraception après 40 ans », novembre 1979, vol. 7, n° 11.

20. A. Grobglas, « Tabagisme et contraceptifs oraux », *Contraception, fertilité, sexualité*, 1976, vol. 4, n° 6 ; B. Faguer et al., « Les méthodes contraceptives actuelles utilisées par nos patientes

tiques, comme le tabagisme, amènent les auteur·e·s à demeurer prudent·e·s dans la recommandation des contraceptifs oraux à ces catégories de femmes, ces affections trouvent toutefois dans la plupart des cas une réponse hormonale, qu'il s'agisse de recourir aux pilules progestatives seules dans le cas des femmes qui fument ou qui sont à risque d'accident vasculaire, ou de recourir aux micropilules dans le cas des femmes en pérимénopause. Dans les cas les plus à risque (cancer ou risques cardiaques), c'est toutefois le DIU qui est le plus fermement recommandé, entérinant son rôle de contraception de deuxième intention (chapitre 5).

Un article de 1977 de Jean Cohen et de ses collègues, intitulé « Pilule ou D.I.U. ? », est particulièrement révélateur de la manière dont se met en place l'articulation entre, d'une part, la pilule comme contraceptif de première intention et contraception d'espace et, d'autre part, le DIU comme contraception de seconde intention ou contraception d'arrêt, chez les femmes de plus de 35 ans voire de plus de 40 ans²¹. Reprenant les enquêtes épidémiologiques de l'époque sur le risque vasculaire croissant avec l'âge pour les utilisatrices de pilules (l'effet étant décuplé par la consommation de tabac), l'article établit qu'à partir de 35-40 ans, le risque vasculaire devient trop important chez les utilisatrices de pilules pour continuer de prescrire cette méthode en première intention. Il préconise ainsi de substituer le DIU aux contraceptifs oraux une fois atteint cet âge « à risque ». À l'inverse, il suggère que le DIU serait moins indiqué que les contraceptifs oraux chez les femmes jeunes et chez les femmes nulligestes²². Se stabilise donc à cette période l'idée que le DIU n'est pas la méthode à utiliser en première intention chez les femmes débutant leur vie sexuelle, mais doit venir relayer la pilule dès lors que des contre-indications apparaissent, qu'elles soient liées à l'âge ou à des pathologies spécifiques.

Ces catégories établies dans la presse spécialisée font écho à celles que l'on retrouve dans les cours d'internat, notamment dans celui, déjà mentionné au chapitre 5, du docteur Hervé Fernandez à l'hôpital A. Beclère²³. Ce cours distingue

diabétiques », avril 1986, vol. 14, n° 4 ; S. Bonfils et F. Perret, « Quelle contraception proposer à une femme atteinte d'un cancer du sein ? », septembre 1986, vol. 15, n° 9 ; C. Péliissier et al., « Contraception progestative par l'acétate de chlormadinone chez les femmes à risque vasculaire : (étude gynéco-endocrinienne, métabolique et vasculaire) », janvier 1987, vol. 15, n° 1.

21. J. Cohen, A. Audebert, G. Bergier, P. E. Lebech, « Pilule ou D.I.U. ? », *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 5, n° 8, , novembre 1977, p. 635-47.

22. L'article met ainsi en évidence que le taux d'expulsion des DIU au cuivre T Cu 200 décroît avec l'âge et avec la parité, mais sans qu'il soit possible de distinguer les deux effets (la parité étant liée à l'âge). Les taux d'expulsion plus importants semblent particulièrement concerner les 15-19 ans, le taux d'expulsion décroissant fortement après 20 ans, et les retraits pour causes de saignements ou douleurs apparaissent plus fréquents chez les nullipares que dans le reste des autres catégories, mais n'apparaissent pas nécessairement liés à l'âge.

23. H. Fernandez, 1986, *Gynécologie obstétrique III, enseignement en trois volumes*, Asnières, Indigo éditeur, collection « Internat : programme national ».

les cas spécifiques de la contraception chez l'adolescente (pour lesquelles sont recommandées des œstro-progestatifs faiblement ou normalement dosés en fonction de la régularité des cycles), et celui de la contraception après 40 ans (œstro-progestatifs faiblement dosés biphasiques, normodosées à activité progestative dominante, progestatifs en cas de pathologie gynécologique ou orientation vers une contraception mécanique, comme le DIU). À cet âge-là, le DIU peut donc venir relayer la contraception orale, mais des œstro-progestatifs spécifiques existent également (notamment des produits biphasiques) pouvant se substituer à des dosages plus classiques. Les catégories épidémiologiques qui émergent à la fin des années 1970 apparaissent donc bien stabilisées au milieu des années 1980. On peut remarquer toutefois que pour chacune de ces catégories existe une possibilité de prescription d'œstro-progestatifs, ce qui fait écho à l'idée exprimée par les firmes pharmaceutiques qu'à chaque catégorie de femme correspond une pilule. Cette promotion des contraceptifs oraux est défendue, par certain·e·s expert·e·s leaders d'opinion comme par les firmes pharmaceutiques, comme une orientation prise dans l'intérêt des femmes.

FIGURE 7.3 – Guide Schering de la contraception (1979)

guide schering de la contraception

Zone industrielle
de Raubaix-Est
rue de Toufflers
59390 Lys-lez-Lannoy
Tel. (20) 75.97.20

EXEMPLAIRE

DÉFINITION

AVANTAGES

INCONVÉNIENTS

QUAND PRESCRIRE ?

QUAND NE PAS PRESCRIRE ?

combinée classique	biphase	combinée mini-dosée	biphase faiblement dosée	micropilule	D.I.U. au cuivre
Association oestro-progestative dosée à 50 mcg d'oestrogène	Association oestro-progestative à dominante progestative plus marquée dans la 2e phase	Association oestro-progestative dosée à 30 mcg d'oestrogène	Association oestro-progestative dosée à 30 puis 40 mcg d'oestrogène	• Faible dose de progestatif en prise continue	Dispositif intra-utérin libérant du cuivre
<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité assurée 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité assurée • Bon contrôle du cycle 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité liée à une prise très régulière • Meilleur respect métabolique 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité assurée • Meilleur respect des métabolismes • bon contrôle du cycle 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'oestrogène 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité très supérieure aux stérilets inertes • Absence d'hormones • Pas de contrainte de prise • Actif pendant 2 ans
<ul style="list-style-type: none"> • Hypertrophie endométriale • 50 mcg d'oestrogène 	<ul style="list-style-type: none"> • 50 mcg d'oestrogène 	<ul style="list-style-type: none"> • Moins bon contrôle du cycle 	<ul style="list-style-type: none"> • Nouvelles utilisatrices • Intolérance aux autres O/P 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité non absolue • Mauvais contrôle du cycle 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité légèrement inférieure aux O/P
<ul style="list-style-type: none"> • En cas de satisfaction pour le traitement en cours et sans modifications métaboliques notables 	<ul style="list-style-type: none"> • Quand il faut 50 mcg d'oestrogène (post partum, post abortif, etc) et que l'on recherche une bonne efficacité et un bon contrôle du cycle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quand on veut limiter au maximum l'apport oestrogénique 	<ul style="list-style-type: none"> • Nouvelles utilisatrices • Intolérance aux autres O/P 	Contre indications des oestrogènes <ul style="list-style-type: none"> • certaines cardiopathies • antécédents ou risques thrombo-emboliques • certains troubles métaboliques • insuffisance veineuse • antécédents néoplasiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Choix de la femme en accord avec le médecin • Contre-indications aux O/P
<ul style="list-style-type: none"> • Quand on envisage d'instaurer une contraception au long cours 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans tous les autres cas 	<ul style="list-style-type: none"> • Quand on craint des oublis • En cas de cycles irréguliers 	<ul style="list-style-type: none"> • Uniquement quand les oestrogènes sont absolument contre-indiqués 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans tous les autres cas où les oestrogènes ne sont pas contre-indiqués de manière absolue 	<ul style="list-style-type: none"> • Chez nullipare • Antécédents infectieux • Post partum
gynovlane	gynophase	trentovlane	miniphase	milligynon	Stérilet T au cuivre 200 Schering

Source : Schering Archives, B1 284/1 : Pharma Forschung, Hormone, Kontrazeption allg.II

7.3.2 Au bonheur des dames : des pilules dans l'intérêt des femmes

Au niveau du marketing de l'industrie pharmaceutique, chaque nouveau produit contraceptif mis sur le marché est l'occasion de rappeler à quel point ces industries sont au service des femmes. Qu'il s'agisse, dans le cas de Schering, de la première pilule œstro-progestative Anovlar et Anovlar 21, dont de nombreuses brochures rappellent que « dans le monde entier, des millions de femmes font confiance aux préparations Schering » et que, « en France, plus de 100.000 femmes sont déjà traitées chaque jour avec Anovlar 21 »²⁴, ou des brochures plus récentes célébrant « 40 ans de liberté de choisir »²⁵, l'argument du choix offert aux femmes est brandi pour entériner la dévotion de ces industries envers les femmes. Comme le montre le tableau en annexe F retraçant l'évolution de la gamme de produits contraceptifs de Schering et les slogans qui leur sont associés, les vertus des contraceptifs oraux sont nombreuses, et les femmes se situent au cœur des préoccupations des industries. Qu'il s'agisse de rester « en harmonie avec la nature » avec Gynophase, que la contraception soit « pensée en fonction de chaque femme » dans le cas de Miniphase, qu'elle permette « d'épouser le corps de la femme » dans le cas du DIU au cuivre Nova-T, de réaliser le « mieux-être de la femme » dans le cas de la pilule Phaeva, ou encore de revendiquer que « la féminité est le premier droit de la femme » dans le cas de Diane 35, les scissions de cette synergie entre femmes et industries sont au cœur du marketing de ces différents produits contraceptifs. Tous ces argumentaires s'attachent à montrer combien le déploiement de cette offre est pensé dans l'intérêt des femmes, afin de répondre à leurs préoccupations, voire d'anticiper leurs souhaits.

Cependant, ce souci affiché de présenter les industries comme des alliées des femmes ne doit pas faire oublier que l'intérêt de ces industries est de vendre des pilules et d'accroître au maximum ses parts de marché, en conquérant de nouveaux espaces géographiques ou de nouveaux segments du marché contraceptif. Cette articulation entre intérêt économique des industries et développement de produits dans l'intérêt des femmes est perceptible dans les propos de H. Rozenbaum, qui revient sur son rôle d'expert auprès de l'industrie américaine Wyeth :

« Vous savez je vous ai dit que j'ai terminé chez Wyeth comme conseiller international. (...) Les médecins américains experts sur la pilule étaient venus en

24. Brochure publicitaire française pour Anovlar 21, 1968, Schering Archives, S1 347/b : Anovlar 21.

25. « Schering : 40 years Freedom of choice », photographie célébrant les 40 ans de contraception orale chez Schering, avec les 11 marques de pilules sur le marché au seuil des années 2000, Schering Archives, S1 348/1 : OC-Präsentation.

France, présenter ce qui allait devenir une minipilule. Et c'était quand même un concept un peu révolutionnaire. Et à l'époque je sortais à peine de ma thèse, c'était juste un peu après. Et j'ai pris la parole j'ai dit : "écoutez c'est bien votre pilule, mais elle est tellement faiblement dosée comme ça que elle doit provoquer beaucoup de saignements." Ils m'ont toisé, et puis ensuite il y a eu un échange épistolaire avec ces Américains pendant plusieurs mois, parce que moi j'avais une autre idée, et un jour je me suis bombardé dans le bureau des PDG et je leur ai dit : "écoutez, est-ce que vous êtes à un aller-retour près aux États-Unis?" (...) Et quand je suis arrivé à l'aéroport de New York, j'étais accueilli par le directeur médical de Wyeth Amérique, qui est un énorme labo là-bas, qui me dit : "mais comment vous avez fait en France pour vendre autant de pilules?" Ils étaient sidérés, la pilule la plus vendue en France à l'époque s'appelait Stédiril, et en France, il y avait un marché énorme alors qu'aux États-Unis c'était très réduit. Bon, j'y étais probablement indirectement pour beaucoup dans la mesure où le Stédiril était la première pilule faiblement dosée, c'était pas une minipilule, mais faiblement dosée par rapport à ce qui se faisait. Donc dans mes conférences je disais aux médecins : "prescrivez du Stédiril, parce qu'elle est beaucoup mieux supportée que les autres". Et beaucoup de médecins après venaient me remercier en disant : "oui en effet, grâce à vous on a beaucoup moins d'effets secondaires." Bon ensuite avec les minipilules ça a été encore mieux. Bon je crois que de ce point de vue-là, la France a rattrapé son retard. Autant au départ c'était pas enseigné en fac, les médecins avaient du mal à se mettre à jour, autant après au contraire on a beaucoup parlé de la contraception en France, et c'est probablement la raison pour laquelle la pilule était beaucoup prescrite. »

(Henri Rozenbaum, gynécologue médical, ancien membre du collège médical du Planning familial, entretien du 10 septembre 2016 à son domicile)

L'extrait ici présenté reprend la vision techno-centrique selon laquelle la pilule représenterait un progrès sans ambivalence pour les femmes, et donc qu'il serait important voire nécessaire d'étendre la prescription de pilules pour permettre à la France de « rattraper son retard ». H. Rozenbaum reconnaît, dans le même temps, que l'extension du marché des contraceptifs oraux en France est tel, dans les années 1970, que même les représentants commerciaux d'une des plus grosses firmes américaines commercialisant ces produits se déclarent impressionnés par les volumes de vente sur le marché français. L'avancée technologique que représente en France l'arrivée des pilules moins fortement dosées (deuxième génération) au début des années 1970 permet ainsi aux firmes d'étendre leurs parts de marché en même temps que s'étend la couverture contraceptive. Cela est en partie dû au rôle-clef joué par des leaders d'opinion tels que H. Rozenbaum, qui se font le relais

des intérêts des firmes lors des conférences auprès des médecins prescripteurs·trices. Dans ce discours, la valorisation des produits contraceptifs et la défense des intérêts industriels sont présentées comme étant en pleine harmonie avec l'intérêt des femmes.

Comme on l'a vu au chapitre 6, cet argumentaire de produits commercialisés et vendus dans l'intérêt des femmes s'articule également à une vision très essentialiste des femmes – voire de « la femme » – dont il s'agirait sans cesse de restaurer la féminité « naturelle », et ce par l'artifice des hormones. On retrouve cette vision essentialiste des femmes dans les propos de Christian Jamin, qui évoque de nouveau les bénéfiques non contraceptifs de la contraception orale et les progrès que constituent ces produits pour les femmes sous contraception :

« Je trouvais intéressante cette idée que la pilule est arrivée en France par des médecins qui étaient aussi des militantes... »

- Hm-hm. Un produit de femmes, par les femmes, pour les femmes. Ça c'était vraiment ce qui a fait la richesse de la pilule en France, et ça reste vrai... Quand vous avez 18 ans, que vous êtes couverte de boutons... Vous êtes très heureux (*sic*) de prendre la pilule. Et je vais vous dire, la pilule – ça a été prouvé, il y a un papier qui le montre, c'est que le taux d'abandon est divisé par 2,3 quand vous avez un bénéfique non contraceptif. En d'autres termes vous avez un chéri, vous prenez la pilule. Votre chéri s'en va, vous arrêtez la pilule. D'accord, parce que la pilule est pas liée à l'acte sexuel. C'est ça le problème de la pilule justement. Quand vous avez un stérilet que vous ayez un chéri ou pas, vous l'avez. Donc ça c'est un autre débat, c'est sur l'efficacité des pilules, c'est ce qu'on appelle les LARC [*long acting reversible contraceptives*] versus les SARC [*short acting reversible contraceptives*] ou les PPR. Et bien quand une femme a de l'acné, elle arrête 2,5 fois moins sa pilule quand elle est célibataire. Et donc ça lui permet d'éviter d'avoir des IVG quand chéri revient par la fenêtre après avoir été viré par la porte (*rires*). Et ça c'est extrêmement important. C'est-à-dire que ce que je vous ai dit tout à l'heure, quand une femme a mal au ventre pendant ses règles, elle arrêtera pas sa pilule. Et donc quand un homme va lui donner sa pilule ou sa contraception, il pensera pas à ça. Mais quand vous êtes une femme et que vous avez vous-même souffert, soit d'être dépressive avant vos règles, soit d'avoir mal au ventre avant vos règles, soit d'être couverte de boutons, soit de perdre vos cheveux, vous savez écouter les femmes. Ou alors faut être comme moi, devenu à moitié femme, à force de vivre avec. »

(Christian Jamin, gynécologue médical et endocrinologue, entretien du 16 février 2016 à son cabinet)

Lorsque je l'interroge sur mon hypothèse selon laquelle la très forte féminisation de la spécialité principalement prescriptrice de contraception, la gynécologie médicale, aurait pu avoir une influence sur la très rapide diffusion de la pilule en France, C. Jamin répond par un slogan assez classique des mouvements féministes des années 1970, renvoyant la pilule à un produit fait « par les femmes et pour les femmes ». Puis, il poursuit en expliquant que ce sont les nombreux bénéfices non contraceptifs des pilules (notamment des pilules de nouvelles générations) qui permettent d'expliquer leur succès généralisé, chez les prescriptrices encore plus que chez les prescripteurs, et chez les utilisatrices. Devant la nécessité de ne pas interrompre le traitement contraceptif en cas de rupture conjugale momentanée, de crainte de s'exposer au risque d'une grossesse qui déboucherait son interruption, mais également devant toutes les pathologies qui affectent naturellement les femmes en raison de leurs cycles menstruels (dépression liée au syndrome pré-menstruel, acné, chute de cheveux), la prescription de produits hormonaux qui attachent les femmes à leur traitement apparaît comme une évidence, et comme la meilleure solution pour les femmes. D'où la nécessité exprimée ici qu'elles poursuivent le traitement, même lorsqu'elles sont célibataires (ou, de manière sous-entendue, même lorsqu'elles n'ont plus de relations sexuelles).

Cet extrait réaffirme à la fois l'idée, exprimée au chapitre 4, que la gynécologie médicale en France serait par essence une spécialité à l'écoute des femmes, et l'idée que le corps des femmes serait par essence pathologique et nécessiterait d'être médicalisé. Ces deux idées vont en tout cas dans le sens d'une médicalisation de la contraception par les contraceptifs oraux, qui permettraient à la fois de répondre aux attentes des femmes, donc de leur témoigner une écoute, et de les soigner des pathologies qui affectent leur corps, voire même de leur permettre de garder la face en évitant d'être « couvertes de boutons ». Elles font toutes deux écho au marketing mobilisé par l'industrie pharmaceutique, notamment à la publicité pour Diane 35 permettant aux femmes d'exercer leur premier droit, « la féminité ». Cette vision entérine donc l'idée que la promotion des contraceptifs oraux par l'industrie est principalement dans l'intérêt des femmes, idée relayée par certain·e·s expert·e·s proches de l'industrie. Mais qu'en est-il effectivement des intérêts des femmes, défendus par les femmes ? Quelle place est laissée dans cette vision à une possible contestation et remise en cause de ce modèle par les femmes contraceptées ? Plusieurs propos d'expert·e·s qui analysent la crise des pilules de 2013 comme un « pas en arrière » dans la contraception suggèrent que peu de place pour une véritable contestation de ce modèle est laissée à celles qui sont principalement concernées par l'hégémonie de la norme contraceptive française.

Ce chapitre a finalement permis de montrer dans quelle mesure une partie

des expert·e·s en contraception, leaders d'opinion dans le champ médical, co-construisent avec les industries pharmaceutiques une hiérarchisation des méthodes contraceptives ainsi qu'une définition de catégories idéales d'usagères pour ces méthodes. Outre la proximité de ces expert·e·s et de l'industrie dans la manière de définir les enjeux contraceptifs et dans la perception des enjeux d'innovation sur le marché de la contraception, ces deux types d'acteurs·trices partagent une vision commune de l'efficacité des méthodes. Si prouver l'efficacité d'un médicament est un enjeu scientifique et commercial important pour les firmes (Busfield, 2006), cet enjeu se dote dans le cas de la contraception d'un outil, l'indice de Pearl (dans sa version théorique). Cet outil permet à la fois d'affirmer l'efficacité de ces médicaments que sont les pilules, et de justifier la moindre efficacité des autres dispositifs ou méthodes contraceptives. Cette hiérarchisation des méthodes est prolongée par la définition fines de catégories d'usagères des contraceptifs, définies par l'industrie, mais qui font écho aux catégories mobilisées par les prescripteurs·trices. L'expertise informée par l'industrie contribue ainsi à renforcer la norme contraceptive française, en définissant les pilules œstro-progestatives puis progestatives comme le choix de première intention, et le DIU le choix de seconde intention, dans le dispositif de prescription contraceptive français.

Conclusion de la partie III : l'offre contraceptive centrée sur la pilule comme co-production des industries et des expert·e·s médicaux·ales

La partie II permettait de mettre en évidence la force de la norme contraceptive française, qui donne une place centrale aux contraceptifs oraux, et dans une moindre mesure aux DIU comme contraceptifs de seconde intention. Cette norme apparaissait pleinement comme une norme médicale, enseignée dans la formation des médecins et transmise comme une norme de prescription. Elle s'avère également être, au travers des chapitres 6 et 7, une norme co-construite par l'industrie pharmaceutique et par une partie des expert·e·s en contraception.

La force de la norme contraceptive française résulte ainsi du fait qu'elle est : soutenue par la plupart des expert·e·s ; relayée par une spécialité médicale très mobilisée pour sa diffusion, centrée sur la prescription hormonale et organisée en secteur libéral ; et enfin entérinée dans la formation et les pratiques des prescripteurs·trices. Cette partie a permis de comprendre que cette norme est également co-produite et soutenue par les industries et les expert·e·s, et répond à des intérêts industriels plus qu'à des logiques de santé publique.

Les contraceptifs oraux apparaissent comme un exemple, parmi d'autres médicaments, de la réorientation des firmes pharmaceutiques vers davantage de marketing, et leur adaptation à la perte de productivité de la R&D entre les années 1960 et les années 2000. De même, les relations entre expert·e·s leaders d'opinion et industries répondent à des logiques décrites par ailleurs pour d'autres médicaments. Il faut ainsi noter la force de frappe considérable des industries pharmaceutiques pour influencer la demande et la prescription. Le chapitre 6 a ainsi permis de penser la norme contraceptive française comme étant en harmonie avec les intérêts industriels, qui donnent la primauté aux contraceptifs hormonaux, et particulièrement aux contraceptifs oraux. Le chapitre 7 a montré de quelle manière les intérêts industriels s'ajustent avec les normes professionnelles, *via* des leaders d'opinion.

Les logiques des industries et des expert·e·s ont d'autant plus de poids qu'il n'existe pas de contre-expertise, de contre-pouvoir ou de groupe mobilisé pour contester la vision qu'ils et elles portent. Si la centralité de la pilule dans le recours contraceptif a pu être remise en cause dans d'autres pays (États-Unis, Royaume-Uni), comment expliquer que jusqu'aux années 2000, cette norme n'a pas été contestée en France ? La dernière partie de cette thèse interroge les raisons pour lesquelles la norme contraceptive française, et la centralité de la pilule qu'elle entérine, ont été si peu questionnées, dans diverses sphères sociales (scientifiques et

médicales mais aussi étatiques et médiatiques) jusqu'à une période récente. Cette partie analyse également pour quelles raisons le recours généralisé à la pilule a été peu remis en cause par les mouvements féministes, contrairement à ce qui a pu être observé dans d'autres pays (États-Unis, République fédérale d'Allemagne).

Quatrième partie

Une norme peu contestée

Cette dernière partie s'intéresse aux « autres possibles », ou aux « possibles avortés », selon l'expression employée par L. Ruault à propos des mobilisations militantes pour l'avortement libre (Ruault, 2017, p.753)²⁶. Ici, il s'agit de comprendre dans quelle mesure la norme contraceptive française, centrée sur la pilule, a pu être contestée, et dans quelle mesure ces contestations se sont, ou non, structurées en opposition récurrente aux contraceptifs oraux. Plus largement, cette quatrième et dernière partie de thèse interroge les ressorts possibles de contestation de cette norme au sein de l'arène contraceptive française.

Pour cela, j'analyse dans le chapitre 8 les tentatives de contestation des contraceptifs oraux et de la norme contraceptive française dans différents espaces : résistances morales, résistances scientifiques et médicales, et résistances possibles des utilisatrices elles-mêmes. J'envisage de quelle manière ces contestations auraient pu conduire à remettre en cause la norme contraceptive française, et pourquoi cette remise en cause a « avorté ».

Si dans plusieurs pays, comme la République fédérale d'Allemagne, l'Angleterre, et les États-Unis, les mouvements féministes ont également questionné le recours à la pilule et la médicalisation de la contraception, qu'en est-il en France ? Le chapitre 9 analyse les revendications des mouvements féministes et des mouvements pour la liberté procréative des années 1970 en France, et s'interroge sur leur influence : dans quelle mesure ces mouvements ont-ils contribué à conforter ou au contraire à contester la norme contraceptive française centrée sur la pilule ?

26. Une partie des militantes appelaient ainsi de leur vœux une appropriation profane de l'avortement par les femmes, finalement marginalisée par le monopole médical sur l'avortement instauré par la loi Veil de 1975, puis la loi Pelletier de 1979.

Chapitre 8

Les tentatives avortées de contestation des contraceptifs oraux et de la norme contraceptive française

Si des critiques des contraceptifs oraux et du modèle pilulocentrique ont bien émergé en France entre les années 1960 et les années 2000, elles n'ont pas débouché, comme dans d'autres pays, sur des mouvements sociaux ou une modification durable des pratiques contraceptives. Pourquoi une telle inertie des pratiques, et ce faible lien apparent, en France, entre les polémiques sur les contraceptifs oraux et le recours à cette méthode ? Ce chapitre envisage les principales critiques qui ont été adressées à ces produits, et s'interroge sur comment ces critiques ont échoué à se structurer sur le long terme, du moins pendant la période étudiée. Il questionne les mécanismes qui rendent possible la remise en cause de la norme contraceptive française, et les mécanismes qui au contraire concourent à sa légitimation. Je cherche ainsi à mettre au jour la mobilisation des principaux groupes impliqués dans la production de la norme contraceptive française – les expert·e·s en contraception et les industries pharmaceutiques – pour contrer les mises en cause des contraceptifs oraux chaque fois qu'elles surviennent, entre les années 1960 et les années 2000.

En m'appuyant sur les articles de presse généraliste relayant les polémiques autour des contraceptifs oraux, complétés par les articles de revues scientifiques et archives retraçant les polémiques et les réponses à ces polémiques, et par les articles ou livres de médecins mettant en cause les contraceptifs oraux, je retrace à la fois les polémiques morales, mais également les controverses scientifiques qui mettent en cause les œstro-progestatifs entre les années 1960 et les années 2000. Les entretiens

réalisés avec les expert·e·s en contraception permettent également de compléter l'analyse de ces archives de presse et de littérature grise. En outre, l'analyse du matériel promotionnel de Schering permet de mettre en évidence les réponses des industries pharmaceutiques aux controverses, et leur force d'incorporation et d'utilisation marketing de ces critiques. Enfin, les possibilités de mise en cause par les utilisatrices elles-mêmes de ces produits seront analysées au travers des articles de presse féminine relayant leur parole et leur éventuel mécontentement, et d'une analyse du traitement qui est fait de leur parole dans ces articles, mais également *via* les insatisfactions exprimées à l'égard de ces méthodes dans les enquêtes nationales sur la contraception réalisées en France sur cette période.

Une première partie de ce chapitre se focalise sur les résistances politiques et morales à la contraception médicalisée, qui prennent souvent la pilule comme figure-repoussoir des méfaits supposés de cette diffusion et médicalisation de la contraception. Concentrées dans les années 1960 et au début des années 1970, au moment du long processus de légalisation de la contraception, ces mises en cause sont portées par divers groupes sociaux d'acteurs·trices. Les partisan·e·s de la légalisation de la contraception en France amalgament ces critiques diverses comme symboles d'un conservatisme patriarcal dépassé, contraire à l'idée de modernité promue par les pro-pilule.

Outre des critiques morales initialement adressées à la pilule et à la contraception plus généralement, de nombreux débats sur l'innocuité, les risques et les effets secondaires des contraceptifs oraux surgissent, entre 1960 et 2000, dans les champs scientifique, médical et médiatique, qui seront étudiés dans un second temps de ce chapitre. Ces débats ne sont évidemment pas propres à la France, puisqu'ils traduisent les résultats et conclusions de diverses enquêtes épidémiologiques, notamment des enquêtes par cohorte, chargées d'évaluer les effets sur la santé des contraceptifs oraux sur le long terme et sur de larges populations. Toutefois, cette seconde partie sera attentive à la manière dont ces débats sont retraduits en France, et à la légitimité qui est accordée aux critiques et aux mises en cause des œstro-progestatifs, notamment dans le champ médiatique. *In fine*, cette partie montre que la légitimité de ces critiques est régulièrement contestée ou relativisée par les expert·e·s en contraception, ce qui empêche ces débats récurrents de se structurer en une controverse ayant un impact durable sur les pratiques contraceptives.

Un troisième temps de ce chapitre s'interroge sur les résistances déployées par les utilisatrices elles-mêmes à l'égard des contraceptifs oraux. Si certaines utilisatrices sont effectivement insatisfaites vis-à-vis de cette méthode contraceptive, ou même à l'égard de la norme contraceptive elle-même, quelles possibilités ont-

elles pour contester cette norme? Au travers du schéma classique proposé par A. Hirschman (1970), cette troisième partie interroge les possibilités de prise de parole, de défection ou de reconduction d'une loyauté vis-à-vis des contraceptifs oraux, et les conséquences de ces postures dans la légitimation ou la contestation de la norme contraceptive française.

8.1 Résistances morales et politiques à la contraception médicalisée : la pilule comme repoussoir social

La légalisation de la contraception en France a été l'objet de nombreux débats, au cours desquels différents groupes sociaux ont exprimé des résistances politiques et morales au contrôle des naissances (Pavard, 2012c, p. 24-29). Les milieux natalistes, et parmi eux, les démographes de l'Ined, dirigé par Alfred Sauvy, font valoir une expertise démographique pour contrer les arguments de l'association *Maternité Heureuse*. Selon Sauvy, la libéralisation de la vente des produits contraceptifs entraînerait un effondrement démographique du pays, alors même que la France est tout juste en reconstruction, et il intervient régulièrement dans la presse, à partir de 1955 pour s'opposer à la campagne pour la régulation des naissances. Une partie du travail des militantes de *Maternité Heureuse* va justement être de produire une contre-expertise, notamment démographique, pour montrer que la libéralisation du contrôle des naissances ne conduira pas à une chute drastique de la natalité, mais au contraire favorisera les naissances souhaitées.

Le second adversaire politique de la loi Neuwirth, plus inattendu, est le Parti communiste français (PCF), qui se prononce en 1956 contre une libéralisation de la loi de 1920 (Pavard, 2012c, p. 26-28). Ceci est d'autant plus étonnant, note l'historienne Bibia Pavard, que plusieurs des médecins engagé·e·s en faveur du contrôle des naissances sont eux·elles-mêmes militant·e·s communistes, et que le PCF était, dans les années 1920 et 1930, en faveur d'une libre maternité, de l'avortement libre et gratuit, et contre la loi de 1920. Ce retournement du PCF s'explique par le tournant nataliste que connaît l'URSS à partir de 1936 pour favoriser sa croissance démographique. La libéralisation du contrôle des naissances est présentée comme une émanation des milieux bourgeois, et est accusée d'être motivée par une idéologie néo-malthusienne, afin de limiter les naissances dans les classes populaires (Pavard, 2012c, p. 28). En 1956, le positionnement du PCF, incarné par la figure de Jeannette Vermeersch¹, contre le contrôle des naissances

1. Elle est la compagne de Maurice Thorez, alors à la tête du parti.

suscite l'étonnement de ses partisan·e·s (Pavard, 2012c, p. 27), et conduit à la rupture de certain·e·s d'entre eux·elles d'avec le parti². Le PCF finit par rallier les partisan·e·s de la régulation des naissances en 1965, après la prise de position de François Mitterrand lors de la campagne présidentielle la même année.

Ces deux adversaires du contrôle des naissances, au milieu des années 1950 et au début des années 1960, interviennent ainsi régulièrement dans la presse pour marquer leur opposition à la campagne des militantes de *Maternité Heureuse* et de leurs soutiens. Toutefois, cette opposition ne semble pas spécifiquement porter sur la pilule contraceptive, et ne distingue pas entre les différentes méthodes de contrôle des naissances. Au contraire, d'autres positionnements, conservateurs ou religieux, prennent spécifiquement la contraception médicalisée pour cible, et font de la pilule contraceptive une figure-repoussoir, incarnant aussi bien la déstabilisation de l'ordre moral que celle des rapports de pouvoir au sein du couple, ou encore celle des rapports médecins-patientes.

8.1.1 Contestation religieuse ou résistance conservatrice et patriarcale ?

Beaucoup d'auteurs ont étudié l'opposition de l'Église catholique à la pilule contraceptive dans plusieurs pays (Watkins, 1998; Mossuz-Lavau, 2002; Pavard, 2012c; Ignaciuk, 2015). C'est en 1930 qu'est publiée l'encyclique *Casti connubii*, qui se prononce contre la contraception, fidèle à la doctrine catholique selon laquelle la sexualité doit s'inscrire exclusivement dans un cadre conjugal et avoir pour but la procréation, en mettant en œuvre la tempérance (Pavard, 2012c, p. 25). Comme le montre B. Pavard, les prises de position de militant·e·s catholiques contre la contraception et contre les revendications de modification de la loi de 1920 se multiplient au cours des années 1960. L'abstinence périodique seule est reconnue comme méthode légitime de régulation des naissances, pour les couples mariés, par la hiérarchie catholique. Beaucoup de figures militantes pour la contraception, et notamment au sein du MFPPF évoquent l'imprégnation catholique – et conservatrice – des dirigeant·e·s politiques, mais également du corps médical (Garcia, 2011). Ce conservatisme expliquerait ainsi les positionnements de l'Ordre des médecins contre la légalisation de la contraception en 1962, et contre sa prise en charge par les médecins. Pierre Simon s'interroge dans ses travaux et réflexions personnelles sur comment les quatre religions « du livre » (catholicisme, protestantisme, judaïsme

2. À l'instar de Jean Dalsace, qui quitte le PCF en 1956 après plusieurs décennies de militantisme communiste.

et islam) se positionnent sur les questions relatives au contrôle des naissances³. Reprenant en partie ces réflexions dans un de ses livres⁴, il défend l'idée que l'Église catholique aurait adopté une position vis-à-vis de la contraception particulièrement conservatrice, dans les années 1960, par rapport aux positions des autres religions, en ne tolérant que la méthode d'abstinence périodique d'Ogino-Knauss.

Or, si le pape Pie XII se déclare dès 1958 hostile au recours à la pilule pour bloquer l'ovulation à des fins contraceptives, une partie des membres de la hiérarchie catholique en font une interprétation opposée. Pour une partie du clergé, le blocage de l'ovulation temporaire ou la « mise au repos de l'ovaire » prônée par les concepteurs-trices des œstro-progestatifs s'inscrirait dans les préconisations de l'Église au même titre que l'abstinence périodique. John Rock, fervent catholique et qui réalise aux côtés de Gregory Pincus les premiers tests cliniques de la pilule contraceptive Enovid, adopte cette vision d'une compatibilité du respect des dogmes de l'Église avec le recours au blocage hormonal de l'ovulation. Paul Milliez, médecin du MFPP et fervent catholique, de gauche et ancien résistant, joue également un rôle important dans la légitimation du combat pour le Planning au sein de la communauté catholique en France. S'exprimant régulièrement dans la presse en tant que « médecin catholique », il marque sa distance avec le Saint Siège et défend que le contrôle des naissances n'est pas contraire aux principes religieux (Garcia, 2011, p. 74-76). P. Simon relève également un décalage entre le dogme prôné par l'Église dans les années 1930 à 1960, et les pratiques des catholiques eux-mêmes, qui semblent indiquer que les couples croyants ont recours, au même titre que les autres, au contrôle des naissances, et y sont globalement favorables.

Le positionnement contre les méthodes médicales des instances représentatives du catholicisme se voit entériné, en 1968, par l'encyclique *Humanae Vitae* du pape Paul VI. Dans cette encyclique, la hiérarchie catholique réaffirme la condamnation des méthodes dites « artificielles », par opposition aux méthodes « naturelles » que serait notamment l'abstinence périodique (Mossuz-Lavau, 2002, p. 69-72). Ce texte, qui propose une interprétation particulièrement conservatrice de la commission épiscopale chargée de réfléchir au problème du contrôle des naissances – majoritairement favorable à une prise de position libérale sur le sujet – réaffirme que ces méthodes artificielles sont condamnables, non seulement parce que la contraception elle-même est condamnable, mais également parce que ces méthodes trop efficaces ouvriraient la voix au développement de l'infidélité conjugale et à la déchéance morale des couples. Les autres religions apparaissent, selon Pierre

3. Centre d'archives du féminisme, 17 AF 13 : Positions religieuses sur la sexualité et le contrôle des naissances.

4. P. Simon, 1966, *Le contrôle des naissances. Histoire, philosophie, morale*, Petite bibliothèque Payot, p. 143-176.

Simon, comme moins dogmatiques sur ces questions, admettant le principe de régulation des naissances et de libre choix des couples.

On trouve des échos de cette prise de position hostile à la contraception technologique dans les milieux médicaux. Plusieurs entretiens réalisés avec des expert·e·s en contraception, notamment avec des ancien·ne·s membres du MFPPF, mettent en évidence qu'une partie des médecins militant pour la légalisation de la contraception se posent comme distant·e·s de l'Église catholique, soit qu'ils et elles appartiennent explicitement à une autre religion⁵, soit qu'ils ou elles se considèrent comme athé·e·s, ou encore qu'ils et elles adoptent une position opposée à la doxa catholique, comme c'est le cas de Pierre Simon et de Paul Milliez. En creux, cette prise de position militante apparaît comme une réaction d'une minorité de médecins face à un corps médical majoritairement catholique et conservateur (Garcia, 2011, p. 57-80). Le lien entre conservatisme religieux et conservatisme politique et moral est souvent établi par les enquêté·e·s, et il est parfois même difficile de les distinguer, comme on peut le voir dans les propos de Joëlle Brunerie :

« Je pense que le pouvoir médical en était tellement empreint, [de conservatisme], c'étaient des hommes, c'était de la bourgeoisie, il y avait certainement des trucs religieux dans la tête (...) Je vous ai dit tout à l'heure, les femmes, on ne faisait pas l'amour, c'était vraiment mal vu. Même moi quand j'ai commencé à faire l'amour je l'ai pas dit à mes copines ! Non, mais, attendez ! On se cachait (...), c'était, on ne trouvera pas de mari, etc. Donc je crois que tout ça, la religion, le fait que c'étaient des hommes, le pouvoir médical, en tout cas, ils ont été hostiles, très hostiles. »
(Joëlle Brunerie, ancienne gynécologue médicale, ancienne militante au MLAC et au GIS, entretien du 23 janvier 2017 à son domicile)

Il apparaît ainsi parfois difficile, dans les propos de J. Brunerie, comme dans les prises de positions publiques contre la pilule contraceptive, de distinguer ce qui relève d'un conformisme à la doctrine catholique du devoir procréatif des couples, de ce qui relève de réticences morales et patriarcales à autoriser l'accès à la contraception. En effet, les contraceptifs sont parfois perçus comme

5. Henri Rozenbaum explicite par exemple la forte imprégnation du catholicisme au sein de la profession médicale en mentionnant en entretien, au travers d'une anecdote, les relents d'antisémitisme qui régnaient parfois dans les salles de garde hospitalières, dans les années 1950 et 1960, soulignant par là qu'une partie des médecins engagé·e·s au MFPPF sont de confession juive ou ont un patronyme qui les rattache à cette communauté religieuse (entretien du 10 septembre 2016 à son domicile) ; Joëlle Brunerie mentionne quant à elle que de nombreuses femmes militant au Planning étaient protestantes (entretien du 23 janvier 2017 à son domicile), ce que montre également Bibia Pavard (2012c, p. 49). S. Garcia montre également que les caractéristiques religieuses des médecins du MFPPF sont déterminantes dans leur prise de distance par rapport à l'éthique médicale et à l'Ordre des médecins (Garcia, 2011, p. 57-80).

accordant aux individus –notamment aux femmes – les moyens d’une trop grande liberté sexuelle. Celles-ci n’auraient plus, grâce à ces méthodes, à supporter les conséquences physiques et sociales de leur « faute » sexuelle (c’est-à-dire d’une sexualité non conjugale ou seulement pour le plaisir). Dans cette perspective, les réticences à la contraception faisant référence au dogme religieux, ou s’inscrivant plus généralement dans la crainte conservatrice d’une « débauche sexuelle » permise par la pilule, érigent ce contraceptif comme une menace pesant sur les rapports de genre traditionnels.

8.1.2 La pilule, une menace pour les rapports de genre ?

L’apparition de méthodes contraceptives médicalisées intervenant prioritairement sur le corps des femmes déconnectées de l’acte sexuel (si l’on exclut le diaphragme) fait peser une menace sur les rapports de genre traditionnels au sein du couple. En effet, le recours généralisé au retrait pour limiter les naissances lors des relations sexuelles maintenait les femmes dans une forme de subordination par rapports aux hommes, que la pilule contraceptive, mais aussi le DIU, remettent en cause. Plusieurs articles de presse expriment la crainte de certains hommes de perdre le contrôle sur la sexualité des femmes, et particulièrement, de leur conjointe⁶. C’est également ce que souligne Joëlle Brunerie :

« Ça a été très important la prise en charge par les femmes, parce qu’elles ont demandé, elles ont revendiqué, elles ont voulu, elles ont dit : “on veut ça !”. Et ça c’était formidable, c’est ça qui a bousculé la relation médecin-malade. C’est qu’elles se sont prises en charge, au-delà de leur santé. Alors que jusque là c’était : “mon bon docteur, je vais faire ce que vous dites”... Je suis persuadée que ça a fait basculer, avancer énormément de choses dans les relations femmes-hommes, dans le couple, ça c’est banal de le dire, mais dans les relations, même de prise en charge de leur corps, de décision. (...) Il y a eu d’abord la pilule, après on les a un peu convaincues [de recourir au stérilet]... Enfin on les forçait pas, je parle de celles d’Aubervilliers, on les obligeait pas à prendre des pilules, d’autant que leur mari était pas souvent, voulait pas, elles disaient pas à leur mari (...) Je parle des immigrées, mais parmi aussi les Françaises de la bourgeoisie, c’est pas parce qu’elles étaient de la bourgeoisie qu’elles prenaient pas des pilules sans dire à leur

6. M. Allain-Regnault, « Contraception : résistance des femmes, des hommes... et des médecins », *Le Monde*, 23 juin 1975 ; Y. Mamou, « Malaise chez les “nouveaux hommes” », *Le Monde*, 15 septembre 1980 ; un article de 1999, revenant sur le vote de la loi Neuwirth, relate ainsi les propos du Dr Jean Cournaros, député UNR de la Moselle, qui craint que les femmes détiennent seules le pouvoir de procréer et que « les hommes perd[ent] la fierté de leur virilité féconde », L. Follea, « L’Assemblée nationale autorise la pilule contraceptive », *Le Monde*, 7 mai 1999.

mari (...) Et moi j'ai posé des stérilets en coupant les fils au raz du col, combien de fois j'ai fait ça, pour que le mari ne sache pas. Dans tous les milieux, c'était mal accepté par les hommes, la contraception. Ce qu'ils avaient dit à Neuwirth, c'était : "elle va courir, qu'est-ce qu'elle va faire..." Alors que comme le moyen [habituel] c'était le retrait, on était dépendantes des hommes finalement. Et la pilule comme je vous le disais tout à l'heure c'était une liberté qu'elles ont eu beaucoup de mal elles-mêmes à accepter, et que les maris n'acceptaient pas du tout, donc elles se contraçaient, dans tous les milieux, sans le dire au mari. »

(Joëlle Brunerie, ancienne gynécologue médicale, ancienne militante au MLAC et au GIS, entretien du 23 janvier 2017 à son domicile)

Ainsi, la crainte exprimée par beaucoup d'hommes à l'époque des débats sur la loi Neuwirth est celle que les femmes contraceptées efficacement se mettent à « courir », c'est-à-dire à avoir des relations sexuelles extra-conjugales, sans que leur conjoint ne le sache. L'autre inquiétude, plus générale, et qui rejoint les appréhensions morales des catholiques, est celle d'une libération de la sexualité féminine, ou plus exactement d'une augmentation du nombre de rapports et des possibilités d'accéder à une sexualité non limitée par la crainte d'une grossesse⁷. En d'autres termes, il s'agit d'une peur morale que les femmes puissent s'épanouir dans la sexualité sans en subir les conséquences directes sur leur corps par la survenue d'une grossesse. Comme le suggèrent les propos de Joëlle Brunerie, cette peur est présente dans tous les milieux sociaux.

Cette crainte d'une trop grande liberté sexuelle des femmes apparaît également au travers des restrictions initiales de l'accès à la pilule pour les jeunes femmes. L'accès aux contraceptifs oraux nécessite en effet, dans le cadre de la loi Neuwirth, l'autorisation parentale jusqu'à 21 ans, ce qui renforce le contrôle social de la sexualité des femmes jeunes. Seules les relations sexuelles légitimes – notamment au yeux des parents dans le cas de mineures – sont ainsi facilitées par l'évolution législative⁸. Comme le note B. Pavard (2012, p. 80), la pilule est donc pensée dans un premier temps comme un ciment pour le couple hétérosexuel dans un cadre strictement conjugal. Ce n'est alors pas tant la sexualité « des femmes » qui est libérée, que la sexualité de certaines femmes qui s'inscrivent dans ce cadre conjugal hétérosexuel. La loi Veil de 1974 sur la régulation des naissances constitue dans cette perspective une évolution notable, puisqu'elle reconnaît le droit des mineures

7. « L'autorisation de la propagande anticonceptionnelle ne ferait qu'accentuer le climat d'érotisme, déclarent les associations familiales catholiques », *Le Monde*, 11 novembre 1965.

8. On trouve un écho de cette légitimation de la sexualité hétérosexuelle exclusivement conjugale dans les premières publicités pour les contraceptifs oraux, qui font figurer des femmes avec des enfants – suggérant leur statut maternel, afin de lutter contre l'image de la pilule associée à la stérilité, mais également au célibat (Malich, 2015).

à accéder à une contraception, et ce de manière gratuite et anonyme. Plus que la légalisation de la contraception et la régulation des méthodes médicalisées, c'est peut-être donc le remboursement effectif des méthodes qui participe à faire évoluer les rapports de genre et le rapport à la sexualité.

L'opposition de l'Église catholique à la contraception médicalisée (et plus spécifiquement à la pilule contraceptive) comme l'opposition aux transformations des rapports de genre promises par l'arrivée de méthodes contraceptives ayant une efficacité élevée et une simplicité d'utilisation s'inscrivent donc dans une réticence morale vis-à-vis d'un contrôle plus fort exercé par les femmes sur leur propre corps. Ces oppositions expliquent, à l'inverse, comment la pilule contraceptive est devenue symbole d'émancipation par rapport aux structures et institutions patriarcales. Les résistances ont semblé d'autant plus marquées dans les milieux médicaux, qu'elles mêlaient à la fois arguments moraux et arguments médicaux, sans qu'il soit toujours évident de démêler les prises de position idéologiques des justifications scientifiques⁹.

8.1.3 Résistances morales dans le champ médical

Premièrement, se mêlent aux considérations morales sur la trop grande licence accordée aux femmes par la disponibilité de la pilule contraceptive, une forme d'appréhension d'un produit nouveau et mal connu de la plupart des médecins, dont on ignore les effets ou conséquences à long terme. Un article de 1963 publié dans *La Revue de Médecine* et intitulé « Objections à l'usage contraceptif des pilules anovulatoires » témoigne particulièrement bien de cette appréhension dans les milieux médicaux :

« C'est en effet la facilité d'emploi des "pilules" qui nous inquiète car, nous considérons que cette facilité représente un danger et qu'il est difficile de savoir exactement ce qui se passe lorsque nous supprimons l'ovulation : le moins que l'on puisse dire est qu'il s'agit là d'une méthode antiphysiologique. (...) Lorsque l'on songe enfin à l'action de l'organisme dans le métabolisme de toutes ces hormones [progestérone et œstrogène], on ne peut que souhaiter un recul de plusieurs années encore avant d'envisager une diffusion de la pilule. (...) En somme, la pilule anovulatoire nous paraît (...) plus antinaturelle que les moyens mécaniques : préservatifs masculins et féminins. »¹⁰

9. J'analyse uniquement dans la section qui suit les résistances morales exprimées par le corps médical, les controverses scientifiques et médicales faisant l'objet de la seconde partie de ce chapitre.

10. Dr F. I., « Objections à l'usage contraceptif des pilules anovulatoires », *La Revue de Médecine*, janvier 1963, n° 1, p. 42, 19 AF 25.

À première vue, cet extrait ne fait que traduire un principe de précaution courant en médecine lorsque de nouveaux produits sont mis sur le marché. Il est toutefois intéressant de noter que le vocabulaire employé pour qualifier la pilule, « antinaturelle » et « antiphysiologique », part d'un présupposé que certaines méthodes de contrôle des naissances seraient plus naturelles, et d'autres plus artificielles, ce qui reprend très directement la rhétorique de l'Église catholique vis-à-vis des contraceptifs, empreinte d'un jugement moral. Ces prises de position contre la mise à disposition des pilules au nom du principe de précaution, fréquentes dans les milieux médicaux, sont également relayées dans la presse généraliste, comme en témoigne par exemple l'extrait du docteur F. I., dans un article du *Monde* du 13 avril 1968 portant sur la contraception :

« Prescrire une “pilule” à une femme bien portante, c'est prescrire un dérèglement à un organisme normal, c'est prescrire la “maladie” (combien de femmes malades de cycles anovulaires hantent les consultations de stérilité !) à une personne saine. C'est, me semble-t-il, la première fois que la médecine de tradition hippocratique se permet, le plus simplement du monde, une telle transgression à sa règle d'or : “Primum, non nocere”. Il arrive qu'un médecin soit amené à prescrire un médicament toxique pour éviter un mal plus grand... mais le but est toujours de rétablir une santé meilleure. Or la prescription de “pilules”, sauf dans certains cas particuliers, n'est destinée qu'à un confort sexuel meilleur, non à soigner une maladie : je dis bien un “confort” meilleur, car de tout temps la limitation des naissances a été pratiquée et qu'il existe bien d'autres moyens, mécaniques, entre autres, que la “pilule”. Que des médecins se permettent de trahir leur vocation au point d'utiliser la science à dérégler volontairement un système fragile, qu'ils connaissent très incomplètement et qu'ils sont, le plus souvent, incapables de régler s'il ne l'est pas naturellement, voilà qui est grave, extrêmement grave... »¹¹

On perçoit ici comment une certaine vision de la médecine comme destinée exclusivement à soigner les maladies, se heurte à l'arrivée d'un produit destiné uniquement à conférer un « confort sexuel meilleur ». L'inquiétude médicale sur les contraceptifs oraux transparait dans cet extrait, datant pourtant d'après la loi Neuwirth, preuve que les résistances au sein du monde médical perdurent au-delà des débats sur la légalisation de la contraception. Élisabeth Aubeny exprime également cette réticence des médecins entachée de considérations morales :

« Parmi les médecins, la pilule, est-ce qu'elle était légitime dès le début des années 1970 ?

11. « La contraception », *Le Monde*, 13 avril 1968.

- Ça a mis du temps. Il a fallu que les médecins soient rassurés sur les effets secondaires, vous voyez ? (...) Je crois que ça a été un mélange pour ceux qui étaient contre, à la fois de pas donner une liberté totale aux femmes, et qu'est-ce qu'on fait avec ce produit, vous voyez ? Vous avez entendu tout ce qu'il y a eu contre la pilule, "les femmes vont faire n'importe quoi, elles vont faire que des avortements. . . elles vont être volages, elles vont d'un côté et de l'autre, c'est pas possible, ça va mettre l'homme en difficulté, ils vont devenir impuissants." Enfin, tout ce qu'on a entendu...

- *Oui, en fait la peur de la liberté sexuelle que ça pouvait apporter...*

- Hm-hm. Donc il y avait les gynécologues, c'étaient des milieux plutôt conservateurs quand même, qui partageaient ça. Et puis on a été emporté par la vague des femmes qui nous ont forcé à la prendre. Je dirais que c'est les femmes qui nous ont forcé à prescrire. La grande majorité [des médecins], il y en avait qui étaient enthousiastes, mais ceux qui étaient réticents, c'est les femmes qui les ont fait prescrire. »

(Élisabeth Aubeny, ancienne gynécologue médicale, co-fondatrice de l'Association française de contraception, entretien du 16 février 2017 à son domicile)

Aux considérations morales et patriarcales précédemment évoquées s'ajoutent donc une inquiétude plus générale sur un produit dont on connaît mal, dans les années 1960, les effets secondaires et contre-indications au sein de la communauté médicale. Ces réticences s'accompagnent d'une réserve plus globale de l'ensemble des médecins à investir la prescription contraceptive (chapitres 3 et 4). Joëlle Brunerie mentionne comment ces réticences générales du corps médical à prendre en charge la contraception amènent à la mobilisation d'arguments moraux sous couvert d'une autorité médicale :

« Les grands arguments qui ont été employés, je me rappelle à l'époque par le corps médical, disaient : "c'est pas notre affaire", "c'est pas une maladie, c'est pas au médecin de s'en occuper." (...) Et alors leur deuxième argument c'était que ça allait nous faire du mal, parce que bien sûr, il fallait bien un argument qui soit... Donc : "moi je suis médecin, moi je sais que la pilule c'est pas bien, vous allez bloquer vos ovaires, vous allez plus pouvoir être enceintes, vous allez devenir frigides, ou bien vous allez devenir nymphomanes"... tous les arguments étaient utilisés. (...) C'était l'attitude du corps médical en général, moi je vous dis ce que j'ai vu à l'hôpital, et pourtant Mai 68 est arrivé entre les deux. »

(Joëlle Brunerie, ancienne gynécologue médicale, ancienne militante au MLAC et au GIS, entretien du 23 janvier 2017 à son domicile)

Malgré ces réticences initiales à prescrire des contraceptifs – et plus spécifiquement des contraceptifs oraux –, Danielle Hassoun note que l'évolution progressive

des attitudes de la majorité des médecins a suivi l'opinion publique et l'intéressement financier :

« Je pense que les médecins, c'est comme les autres, ils ont au fur et à mesure de leur vie évolué. Donc vous avez ceux qui étaient des militants, qui avaient compris un peu avant. (...) C'est l'avant-garde, la minorité supposée être agissante comme on disait dans le temps, et puis vous avez les médecins qui ont fait comme l'opinion publique générale, et qui au fur et à mesure des années se sont rendus compte que voilà, les femmes avaient besoin de la pilule. . . Il y a eu la pression des femmes, aussi. Elles avaient besoin de la pilule, elles travaillaient. Probablement que dans leur vie même, ils ont été confrontés au fait de pas vouloir trop d'enfants, qu'ils en avaient marre du retrait (...) Je pense que les médecins ont évolué, en même temps que l'opinion publique. Et puis vous savez, soyons réalistes quand même. La médecine de ville, c'est quand même un petit commerce. Non mais c'est vrai, c'est pas mal de dire ça d'ailleurs. . . (...) il faut répondre à la demande, il faut avoir des clients (...) Et si vous ne répondez pas, les gens ne viennent plus vous voir. Donc à part d'avoir des opinions très profondément catholiques ou religieuses très fortes chevillées au corps, vous répondez aussi à la demande. . . C'est un commerce! (...) Je pense qu'il y a des éléments de cet ordre-là qui ont fait que petit à petit, voilà, ça c'est diffusé. »

(Danielle Hassoun, gynécologue de ville (médicale, mais formée en gynécologie obstétrique), entretien à son domicile le 8 février 2016)

Ainsi, les polémiques « morales » autour de la pilule se seraient résolues dans le champ médical, selon D. Hassoun, à l'initiative des femmes, ou par des incitations financières. Cela s'inscrit plus généralement dans un mouvement de sécularisation de la société française dans l'après-guerre, qui se traduit par une opposition grandissante aux prises de position sur la contraception de l'Église catholique. Ce mouvement s'observerait ainsi aussi bien dans le corps médical que chez les usager-e-s de contraception plus généralement, à partir des années 1970, et en réaction à l'encyclique *Humanae Vitae* en 1968 (Mossuz-Lavau, 2002).

Les oppositions politiques et les réticences morales à la diffusion de la contraception orale (ou de la contraception dans son ensemble) semblent particulièrement situées dans la période des années 1950 et 1960, et déclinent rapidement avec la diffusion de ces techniques, malgré la persistance de positions religieuses anti-pilules pendant de nombreuses décennies après le vote de la loi Neuwirth. Une fois accepté par la majorité de la population, et principalement par le corps médical, le principe d'une contraception très efficace accessible au plus grand nombre de femmes, la panique morale autour de la pilule semble s'estomper, comme en témoigne l'évo-

lution du ton des articles autour de la pilule au cours des années 1970, de moins en moins centrés sur des controverses morales¹². La question des controverses médicales et scientifiques, déjà présente lors des débats de la loi Neuwirth, semble au contraire perdurer dans le temps, à mesure que les techniques se diffusent et que des enquêtes épidémiologiques de long terme sont réalisées sur les contraceptifs oraux.

8.2 Résistances scientifiques et polémiques sur les effets secondaires

Les résistances scientifiques et médicales à la contraception hormonale sont de deux ordres : d'une part, les contre-indications (absolues et relatives), qui écartent la possibilité de prescrire ; d'autre part, les effets secondaires (gênants mais qui ne constituent pas des contre-indications). Il est intéressant d'analyser ce qui est catégorisé comme contre-indication et ce qui est désigné comme effet secondaire des produits. Les contre-indications sont des risques pour la santé physique principalement, pouvant constituer un danger physiologique mortel ou de pathologie grave. Les effets secondaires sont des symptômes gênants expérimentés par les utilisatrices (ou une partie des utilisatrices) qui ne présentent pas de danger immédiat pour leur santé physique. Il est à ce titre intéressant de constater que la santé mentale est incluse la plupart du temps dans les effets secondaires et non dans les contre-indications, la dépression n'étant pas considérée comme une atteinte à la santé au même titre que le sont des pathologies physiques. La question de la perte de libido n'apparaît quant à elle jamais comme une contre-indication absolue, ce qui en dit long sur les représentations autour de la sexualité des femmes, qui occultent la possibilité du désir féminin.

Il faut enfin relever un paradoxe de la mise en évidence des risques ou effets secondaires des contraceptifs oraux entre les années 1960 et les années 2000. En effet, ces risques et effets indésirables diminuent avec l'importante réduction des dosages hormonaux, mais leur prise en compte dans les enquêtes épidémiologiques est de plus en plus précise et moins sous-estimée, et l'attention qui leur est portée par les expert·e·s, les médecins, les pouvoirs publics et les utilisatrices augmente avec le temps. C'est ce même phénomène que relève la sociologue des sciences Nelly Oudshoorn lorsqu'elle montre que les exigences à l'égard des nouveaux produits pharmaceutiques mis sur le marché augmente fortement entre les années

12. Comme l'a montré le chapitre 2, les polémiques sur l'avortement remplacent rapidement, dans la presse au début des années 1970, celles sur la contraception et sur la pilule.

1960 et les années 1980, et que la tolérance aux risques et effets secondaires des utilisateurs·trices diminue sur cette même période (Oudshoorn, 2003).

Cette partie vise à rendre compte des mises en cause scientifiques des contraceptifs oraux, telles qu'elles ont été mises au jour à l'échelle internationale, mais aussi de la traduction de ces débats à l'échelle médiatique et politique française. Pour cela, je me réfère au travail de l'historienne Lara Marks, qui a étudié dans son livre sur l'histoire de la pilule contraceptive les débats sur les risques thromboemboliques, cardiovasculaires, et cancérigènes de la pilule, en Grande-Bretagne et aux États-Unis entre les années 1950 et les années 2000. S'appuyant sur toute la littérature scientifique parue sur le sujet mais également sur des entretiens et des documents d'archives des principaux·ales épidémiologistes et médecins investi·e·s dans le champ, elle réalise une lecture critique des polémiques autour des contraceptifs oraux dans les sphères scientifique et médicale, et de leur traduction dans les sphères publique et médiatique.

Les éléments saillants de son travail permettront dans un deuxième temps d'évaluer la traduction de ces débats en France, et d'analyser les réponses qui ont été apportées à ces polémiques, et comment celles-ci ont perduré – ou non – dans le temps. *In fine*, cette partie vise à montrer que les tentatives de contestations scientifiques et médicales des contraceptifs oraux en France ne prennent véritablement, ni dans la sphère publique et médiatique, ni dans la sphère médicale, et à analyser les raisons de ce faible relai des polémiques scientifiques. À cet égard, le rôle que jouent les médias est intéressant à étudier, et apparaît comme ambivalent aux yeux des expert·e·s interviewé·e·s. D'une part, elles et ils prêtent aux médias la vertu d'avoir diffusé l'information sur la contraception et d'avoir ainsi contribué à la diffusion de la contraception dans son ensemble et des méthodes médicales en particulier, notamment les magazines féminins¹³. D'autre part, certains entretiens soulignent l'effet négatif que peuvent avoir les médias, relayant parfois ce que les expert·e·s jugent comme des erreurs scientifiques, ou contribuant à faire grossir des polémiques ou des mises en cause, qui n'ont, selon elles et eux, pas lieu de l'être¹⁴. Toutefois, nous verrons dans cette partie que ces médias donnent globalement une très large tribune et un fort crédit aux expert·e·s en contraception analysés dans le chapitre 3. D'où l'idée de se focaliser ici non seulement sur les débats scientifiques eux-mêmes, mais surtout sur leur traduction médiatique, et la place qui est accordée aux différent·e·s expert·e·s mobilisé·e·s pour légitimer ou délégitimer les mises en cause des contraceptifs oraux.

13. Entretien avec Jacqueline Kahn-Nathan du 11 mars 2016, entretien avec Henri Rozenbaum du 10 septembre 2016, entretien avec Joëlle Brunerie du 23 janvier 2017.

14. Entretien avec Henri Rozenbaum du 10 septembre 2016, entretien avec Christian Jamin du 16 février 2016.

8.2.1 Des premières mises en cause médicales à la mise en évidence des risques et contre-indications

Un certain nombre d'effets secondaires et contre-indications des contraceptifs oraux ont été mis en évidence dès les premiers essais cliniques menés par G. Pincus et J. Rock dans les années 1950. Comme le montre Lara Marks, dès les premiers débats de la pilule dans les années 1960, une partie des expert·e·s internationaux·ales analyse les risques des contraceptifs oraux en les contrebalançant avec ceux d'une grossesse ou d'un accouchement (Marks, 2001, p. 127-28). Cette vision est critiquée par les expert·e·s qui affirment que la pilule induit des changements systématiques dans l'organisme que les autres contraceptifs non hormonaux n'induisent pas, et qu'il faut contrebalancer le risque sous contraceptifs oraux avec le risque lors de l'utilisation d'autres méthodes contraceptives, y compris moins efficaces¹⁵. Enfin, une partie des médecins et expert·e·s s'inquiètent de la connaissance seulement partielle des effets sur la santé, qui ne doivent pas être ignorés, et questionnent l'administration de ces composés à des femmes saines pendant plusieurs années. Le débat sur que faire rentrer dans la balance des risques est intéressant, puisqu'il perdure jusqu'aux années 2000, en France comme dans les pays anglo-saxons, et dans une certaine mesure jusqu'à aujourd'hui (Rouzaud-Cornabas, 2019, 228-58). Les principaux risques en débat pendant ces quatre premières décennies de disponibilité de la pilule sont les risques thrombo-emboliques, le lien entre pilules et cancer, et, dans une moindre mesure, la question des effets tératogènes de la pilule, que se posent les expert·e·s au début des années 1960.

Les premières mises en cause des risques thrombo-emboliques dans les pays anglo-saxons

À partir de 1961 et tout au long des années 1960, la FDA étatsunienne reçoit plusieurs rapports de femmes mortes en lien avec leur contraceptif oral, à la suite de caillots sanguins formés dans leurs veines (phénomène médicalement désigné sous le terme de thrombophlébite) (Marks, 2001, p. 138-40). Ces complications sont inattendues, puisque jusque-là les inquiétudes des expert·e·s se focalisaient surtout sur le risque de cancer. Dans le contexte du scandale de la thalidomide, qui fait les

15. Lara Marks cite l'exemple d'un expert britannique, le Dr William Inman, ayant étudié les effets thrombo-emboliques des pilules pour le *Committee on Safety of Drugs* britannique dans les années 1960 et 1970. À ce titre, il critique le raisonnement qui met en équivalence les risques de thromboses sous grossesse et sous pilule. Selon lui, si les méthodes mécaniques ont un taux d'échec de 10 % et les contraceptifs oraux de 0 % (prévision optimiste), alors le taux de mortalité dû aux contraceptifs oraux doit être comparé à un dixième du taux de mortalité associé à une grossesse.

gros titres des journaux en 1961¹⁶, les instances de régulation du médicament sont renforcées en Angleterre, en Norvège et aux États-Unis au début des années 1960. Ce scandale contribue plus largement à la mise en place d'un dispositif d'AMM plus stricte dans plusieurs pays européens, dont la France (Hauray et Urfalino, 2007, p. 174-75). Les rapports de ces accidents veineux en lien avec les contraceptifs oraux conduisent à des débats entre expert·e·s sur la procédure la plus appropriée pour envisager la question des thromboses et y apporter une réponse adaptée. La réponse apportée par la Grande-Bretagne diffère par exemple de celle apportée aux États-Unis : la première opte à partir de 1969 pour la restriction du pouvoir prescripteur des médecins, limitant les contraceptifs oraux pouvant être prescrits à ceux composés de moins de 50 μg d'œstrogènes. Au contraire, de nombreux·euses médecins américain·e·s continuent de prescrire des spécialités fortement dosées en œstrogènes, interdites en Grande-Bretagne, au cours des années 1970 et des années 1980, et ce n'est qu'en 1988 que la FDA exige le retrait du marché de ces produits fortement dosés¹⁷.

L. Marks note la difficulté pour ces expert·e·s de mettre en évidence le seul impact des contraceptifs oraux dans les complications de thromboses veineuses, artérielles ou de thrombo-embolie (quand les caillots sanguins migrent jusqu'aux poumons et interfèrent avec les processus respiratoires) ou même dans les infarctus du myocarde, car d'autres facteurs de risque interviennent dans ces pathologies, dont l'obésité, le diabète ou le tabagisme, les grossesses ou encore les opérations chirurgicales. Aux États-Unis, l'incidence des thromboses dans la population est mal prise en compte dans les années 1960, en partie parce que le lien entre contraceptifs oraux et thromboses est mal connu des médecins elles ou eux-mêmes jusqu'en 1962, donc il est rarement rapporté par les praticien·ne·s aux autorités sanitaires. Enfin, les statistiques sont gardées au niveau des États individuels, et non centralisées à l'échelle du pays. En Grande-Bretagne, le système de santé est davantage centralisé et un dispositif de surveillance des patient·e·s et des réactions aux médicaments

16. La thalidomide est un anti-nauséeux ou sédatif utilisé dans les années 1950 et 1960, ayant conduit chez les femmes enceintes qui l'avaient ingéré pendant leur grossesse à de graves malformations congénitales. Il est retiré du marché mondial en 1961. La publicisation très forte de ce scandale sanitaire conduit plusieurs pays à renforcer leurs instances de pharmacovigilance, notamment la FDA aux États-Unis, et à durcir la régulation des mises sur le marché de médicaments. À partir de 1962, les firmes sont par exemple obligées, lorsqu'elles font la publicité pour un produit pharmaceutique, d'informer sur les effets secondaires de ce produit. En Angleterre, le *Committee on Safety of Drugs* est créé en 1964 à la suite de ce scandale.

17. Lara Marks fait remarquer combien les réponses étasunienne et britannique au risque cardio-vasculaire diffèrent, en lien avec le statut de la profession médicale, l'autonomie accordée aux consommateur·trices et le pouvoir des industries sur les décisions publiques dans les deux pays. Alors que les États-Unis privilégient une meilleure signalisation des contre-indications et risques du produit sur son emballage, la Grande-Bretagne restreint les possibilités de prescription des professionnel·le·s de santé.

permet une réponse plus rapide en cas de crise liée à des produits pharmaceutiques. Dans ces conditions, les cliniques de planning familial anglaises sont alertées plus tôt des complications emboliques que leurs homologues étatsuniennes. Du fait de difficultés de mesure et de la nécessité de recourir à de larges échantillons d'analyse, les instances de pharmacovigilance anglaises et américaines ont du mal à mettre en évidence le lien entre pilule et problèmes cardiovasculaires, et se tournent donc vers des instances de recherche épidémiologique.

La première grosse étude du *Royal College of General Practitioners* est lancée en Grande-Bretagne. Elle publie dès mai 1967, en coopération avec l'unité de recherche statistique du *Medical Research Council*, un article dans le *British Medical Journal* annonçant le lien entre affections thrombo-emboliques et contraceptifs oraux (les thromboses veineuses, les embolies pulmonaires et les infarctus du myocarde étant les affections les plus fréquentes), avec une prévalence trois fois plus grande chez les femmes qui prennent la pilule que chez celles qui ne la prennent pas (Marks, 2001, p. 147). Ces premières études sont confirmées par des études suédoise, danoise et anglaise à partir de 1970, qui montrent que le risque de thrombose augmente après 35 ans chez les utilisatrices de pilules. Le facteur aggravant du tabagisme est mis en évidence dans les années 1970. Dans les années 1970 et 1980, les études épidémiologiques montrent que le risque de thrombose diminue avec les pilules à dosages plus faibles d'œstrogènes, mais persiste néanmoins. Mais ce risque continue d'être considéré comme modeste, en comparaison avec les risques lors de la grossesse ou de la naissance, bien que la fréquence de la prise de contraceptifs oraux soit nettement plus importante au cours de la vie d'une femme que la fréquence de ses grossesses.

La publicisation de ces risques atteint un pic en 1969 en Grande-Bretagne et aux États-Unis (Marks, 2001, p. 149). En août 1969, le *British Medical Journal* publie un article critiquant la profession médicale britannique pour sa complaisance vis-à-vis de la pilule et de ses effets secondaires, et de nombreux articles dans la presse non médicale relayent les risques mortels associés à la prise de contraceptifs oraux et mettent en cause le manque d'information délivrée aux femmes par les prescripteurs·trices. La pression médiatique conduit le *Committee on Safety of Drugs* à recommander publiquement, fin 1969, la prescription des pilules dosées à moins de 50 µg d'œstrogènes et le retrait des pilules dosées plus fortement du marché britannique. Aux États-Unis, la journaliste et militante Barbara Seaman publie en octobre 1969 *The Doctors' Case against the Pill*, exposant les souffrances et pathologies expérimentées par les utilisatrices de contraceptifs oraux, y compris les affections thrombo-emboliques, et donnant une tribune aux médecins pour critiquer l'innocuité du produit. Bien que la dénonciation des effets médicaux des

contraceptifs oraux ait d'autres précédents médiatiques aux États-Unis, le livre de B. Seaman est le premier écrit par une femme et qui se focalise sur les expériences des utilisatrices, et il reçoit à ce titre un fort écho médiatique et public, notamment lors des auditions au congrès sur la sûreté des contraceptifs oraux, menées par le sénateur Gaylord Nelson à la fin des années 1960 et au début des années 1970¹⁸. Ces procès très médiatisés ont un impact fort sur les pratiques contraceptives des Américaines, puisque près d'une utilisatrice de pilules sur cinq cesse de recourir à cette méthode à la suite de ces auditions, et près d'une utilisatrice sur quatre envisage de changer de méthode (Marks, 2001, p. 151). Ceci, dans le contexte d'une expansion du mouvement pour la santé des femmes (*Women's Health Movement*) aux États-Unis à partir des années 1960.

La réduction des doses d'œstrogènes dans les contraceptifs oraux au cours des années 1970 et 1980 amène à une réduction des incidents, mesurée par les enquêtes épidémiologiques sur les risques cardio-vasculaires et thrombo-emboliques liés à la prise de pilules. Ces polémiques médiatiques sur l'innocuité des contraceptifs oraux sont toutefois réactivées en octobre 1995, lorsqu'un article épidémiologique met en cause des pilules faiblement dosées contenant des progestatifs de troisième ou quatrième générations (le gestodène et le désogestrel), qui induiraient un surrisque de thromboses par rapports aux produits microdosés de seconde génération. Cette mise en cause scientifique également très médiatisée amène, comme en 1969, à une réaction rapide du gouvernement britannique qui ordonne que les prescripteurs-trices ne renouvellent pas les prescriptions pour ces nouveaux produits et leur substituent des produits de seconde génération, ce qui conduit à une modification des pratiques prescriptives et contraceptives très rapide dans de nombreux pays européens. Fortement critiquée par une partie des praticien-ne-s britanniques pour sa prématurité et son manque de preuve, cette décision a néanmoins réveillé de vieilles polémiques sur quels risques prendre en compte et mettre en balance dans la mise en évidence de l'incidence des contraceptifs oraux sur la santé de ses utilisatrices.

Le spectre du cancer sur les contraceptifs oraux

La question des risques de cancer liés à l'utilisation des contraceptifs hormonaux a fait l'objet d'une plus grande attention et anticipation que celle des risques thrombo-emboliques (Marks, 2001, p. 159-82). Le débat sur le lien entre hormones

18. Chargées depuis 1967 d'enquêter sur l'industrie pharmaceutique et les phénomènes de monopole dans le secteur des médicaments, ces auditions au Congrès américain ont pour but de forcer les firmes à dispenser une meilleure information aux patient-e-s sur les effets néfastes des produits. Pour un récit plus détaillé de ces auditions Nelson, voir Watkins (1998, p. 73-101).

et cancer débute dans les années 1930, lorsque des expériences mettent en évidence l'impact des œstrogènes dans la croissance de tumeurs utérines et mammaires chez certains animaux comme la souris. Mais ces expériences reproduites sur les primates n'induisent pas les mêmes conclusions, et des investigations menées dans les années 1930 montrent qu'au contraire l'utilisation de certaines hormones pourrait se révéler efficaces pour lutter contre certains cancers. Le lien entre hormones stéroïdes et survenue de cancer est néanmoins en débat à partir des années 1930.

Avec ces travaux en tête, les développeurs-euses de la pilule réalisent des frottis vaginaux et cervicaux, des biopsies de l'endomètre et des examens des seins réguliers lors des premiers essais cliniques. L'une des inquiétudes des autorités en charge de délivrer l'autorisation de mise sur le marché de ce produit et d'évaluer ses risques, est que les cancers ne se déclarent qu'après une longue période. En 1964, une équipe de chercheurs-euses de l'Université d'Oregon met en évidence le lien entre certaines hormones contenues dans la pilule américaine Enovid, et la survenue de cancers chez les rattes auxquelles elle a été administrée. Au cours des années 1960 et 1970, d'autres études montrent la survenue de cancers du sein chez certaines chiennes traitées avec des contraceptifs oraux, et mettent en évidence le développement de tumeurs non malignes du foie dans de rares cas de prise de contraceptifs oraux. Cette période correspond également à la période du scandale du diéthylstilbestrol (DES), un produit stéroïde contenant des taux élevés d'œstrogènes, utilisé pour la prévention des fausses couches à partir des années 1940, et qui a été mis en cause au cours des années 1980 pour avoir provoqué des cancers vaginaux ou du sein chez des femmes dont les mères avaient consommé ce médicament pendant leur grossesse.

À l'inverse, d'autres investigations suggèrent le rôle des contraceptifs oraux dans la prévention des cancers du sein et cervicaux (Marks, 2001, p. 168-71). En 1961, Gregory Pincus annonce que Enovid aurait un rôle dans la prévention des cancers, affirmation ensuite étayée par d'autres études épidémiologiques dans les années 1970, qui mettent en évidence l'impact des contraceptifs oraux dans la prévention des tumeurs des ovaires et de l'endomètre. Dans les années 1980, des études confirment ces données, en montrant que les contraceptifs oraux réduisent le risque de cancer de l'ovaire d'environ 40 %, effet positif confirmé par plus d'une dizaine d'études cas-témoins aux méthodologies diverses, sur diverses populations du monde. Dans le même temps, des effets positifs dans la prévention des cancers de l'endomètre sont mis en évidence.

Mais en 1983, d'autres investigations suggèrent un lien entre les progestatifs contenus dans les contraceptifs oraux, et la survenue de cancers du sein et cervicaux de nombreuses années plus tard (Marks, 2001, p. 172-73). Deux études

épidémiologiques à Los Angeles (étude cas témoins sur 314 femmes atteintes de cancer du sein) et Oxford (étude de cohorte sur 10 000 femmes suivies pendant dix ans) mettent en évidence l'impact des contraceptifs oraux sur la survenue du cancer du sein et du cancer cervical. L'étude américaine affirme que les femmes ayant commencé à prendre la pilule avant 25 ans sont d'autant plus susceptibles d'avoir un cancer avant 37 ans, et que le risque de cancer augmente avec la durée d'exposition aux contraceptifs oraux. Mais les résultats de ces études sont contestés. La FDA déclare en 1984 les preuves insuffisantes pour interdire ces produits, tout en décidant de réaffirmer sa politique de prévenir les femmes avec une histoire familiale de cancer du sein de potentiels risques pour leur santé avec la prise de ces produits. Une étude de 1989 de dix fois l'ampleur de l'étude américaine de 1983 ne trouve pas de lien entre contraceptifs oraux et cancer du sein.

Les épidémiologistes demeurent longtemps divisé·e·s sur ce lien et sur la méthodologie statistique à utiliser pour le mettre en évidence (Marks, 2001, p. 178-80). Jusqu'en 1988, plus de trente études épidémiologiques furent entreprises pour étudier les liens entre contraceptifs oraux et cancer du sein, mais aucune étude ne parvient à mettre en évidence un lien statistique significatif. En 1989, la professeure Valerie Beral est nommée à la tête de l'*Imperial Cancer Research Fund Epidemiology Unit* d'Oxford, et entreprend de compiler l'ensemble des données disponibles dans ces différentes études, avec l'aide des principaux·ales épidémiologistes qui les ont mises en œuvre. Analysant des données portant sur 53 297 femmes, cette étude publiée en 1996 dans le *Lancet* synthétise les différentes conclusions contradictoires des chercheurs·euses, en mettant en évidence que l'effet cancérigène de la pilule est lié à son utilisation récente. L'augmentation des taux de mortalité du cancer du sein survient chez les femmes qui utilisent ou ont utilisé la pilule au cours des 10 années précédant l'enquête. L'effet cancérigène diminue après 10 ans d'interruption de la prise de pilule. Le risque est très faible, et les tumeurs diagnostiquées chez les femmes sous pilule tendent à être localisées et cliniquement moins avancées que des femmes qui n'ont jamais utilisé de contraceptifs oraux. Ces résultats sont ensuite confirmés en 1999 par l'étude britannique du *Royal College of General Practitioners*, portant sur une cohorte de 46 000 femmes suivies pendant 25 ans.

Finalement, les contraceptifs oraux semblent induire une augmentation du risque de thrombose veineuse, particulièrement chez les femmes de plus de 35 ans, avoir un effet préventif sur les cancers de l'ovaire et de l'endomètre, et comporter une légère augmentation de risque de cancer du sein chez les femmes utilisant actuellement ou ayant utilisé au cours des 10 dernières années des contraceptifs oraux. L'impact de la pilule sur les cancers cervicaux n'a pas été mis en évidence par ces diverses études épidémiologiques.

La traduction de ces débats en France

Comment ces différents débats épidémiologiques se traduisent-ils en France, et quelles en sont les répercussions en termes de pratiques médicales comme contraceptives ? Le tableau 8.1 synthétise les différentes mises en cause scientifiques et médicales des contraceptifs oraux relayées dans la presse française, ou qui ont fait l'objet de publications, entre 1960 et les années 2000.

Les archives de presse quotidienne, comme les archives d'expert·e·s en contraception (notamment celles de Pierre Simon) suggèrent que les inquiétudes sur le risque de cancer ou le risque tératogène de la pilule étaient bien connues et partagées, en France, au début des années 1960. Fin 1963, des articles de presse paraissent dans *Le Monde* et dans *Libération*, relayant un colloque scientifique international sur la régulation des naissances, et évoquent l'utilisation des progestatifs et œstro-progestatifs à des fins contraceptives. Les participant·e·s au colloque concluent au manque de recul pour affirmer l'innocuité de ces produits à long terme, et appellent à restreindre leur utilisation prolongée et à instaurer un strict contrôle médical de leur prescription et de leur utilisation¹⁹.

Les recherches mettant en cause le lien entre administration d'œstro-progestatifs et développement de tumeurs chez les rattes, si elles possèdent un certain retentissement dans le monde anglo-saxon en 1964, ne semblent pas laisser de traces dans la presse française, et ce n'est qu'à partir de novembre 1965 que ressurgit la question des risques des contraceptifs oraux, au moment où le ministre de la santé commande un rapport pour évaluer l'innocuité de ces produits (voir chapitre 2, encadré p. 131). Avant cela, si on trouve des traces des débats anglo-saxons sur le risque thrombo-embolique des contraceptifs oraux dans les archives de Pierre Simon²⁰, ils sont peu relayés dans la presse quotidienne.

À partir de 1965 et dans le contexte de l'élection présidentielle, où le candidat François Mitterrand se déclare publiquement en faveur du contrôle des naissances et d'une révision de la loi de 1920 (Pavard, 2012c, p. 70-75), la question du contrôle des naissances se meut progressivement en un débat sur l'innocuité des

19. Dr Escoffier-Lambiotte, « Les travaux du colloque international de Royaumont. I.- La régulation des naissances et l'information », *Le Monde*, 9 mai 1963 ; « A la faculté de médecine : Quatre cents médecins ont tenu un colloque sur la contraception », *Le Monde*, 14 novembre 1963 ; F. Marzellier, « Après deux journées d'études médicales, l'abrogation de la loi de 1920 semble désormais s'imposer », *Libération*, 15 novembre 1963.

20. Les archives de Pierre Simon au Centre d'Archives du Féminisme à Angers contiennent ainsi une lettre du Docteur G. Portos du Laboratoire Bézal, adressée à Pierre Simon le 14 décembre 1964, et relayant une communication dans le *British Medical Journal* qui mentionne les cas d'accidents thrombo-emboliques sous Enovid, ainsi que des problèmes au foie relevés chez certaines utilisatrices de contraceptifs oraux (17 AF 5). Ces incidents semblent avoir été reportés dans les cercles médicaux, puisqu'un extrait des *Instantanés médicaux* mentionne dans ce même carton d'archives les accidents thrombo-emboliques liés à la pilule.

Tableau 8.1 – Mises en cause scientifiques et médicales des contraceptifs oraux relayées dans la presse ou qui ont fait l'objet de publications en France

1963	Inquiétudes dans la presse française sur les effets à long terme des contraceptifs oraux, et ignorance sur les effets cancérigènes, même si certains effets indésirables ont déjà été mis en évidence (nausées, malaises, pertes de sang irrégulières).
1964	Article de chercheurs-euses de l'Université de l'Oregon soulignant le lien entre certaines hormones contenues dans la pilule Enovid et la survenue de cancers chez certains animaux (rats).
1965	Inquiétudes sur le lien entre pilule et cancer. Pas prouvé, mais l'inverse (absence de lien) pas prouvé non plus, les travaux concluent qu'il faut davantage de recul.
1966	Plusieurs prises de position de médecins contre les contraceptifs oraux, jugeant le recul médical sur le sujet insuffisant. Publication du rapport de la commission d'experts de Raymond Marcellin : la pilule n'est pas jugée dangereuse, mais le rapport incite à la plus grande prudence sur les contre-indications et les éventuels effets à long terme.
1968	Le Pr Jérôme Lejeune, généticien, dénonce les effets nocifs et potentiellement tératogènes de la pilule.
1969	Barbara Seaman publie <i>The Doctors' Case Against the Pill</i> aux États-Unis ; Auditions Nelson au Congrès américain sur l'innocuité de la pilule.
1980-82	Le gynécologue Dominique Chatin publie un livre intitulé <i>Danger Pilule</i> , relayant les inconvénients et les risques (cardiovasculaire, d'hypertension, de chute de libido, de prise de poids, de cancers) des contraceptifs oraux ; Publication par les éditions du journal <i>L'Impatient</i> de l'ouvrage <i>De la contraception à la ménopause : Dossier Hormones</i> , traduction de l'ouvrage de Barbara et Gideon Seaman dénonçant le risque des œstro-progestatifs pour la santé des femmes ; Le Pr Salat-Baroux publie <i>La vie est ma passion</i> , dans lequel il critique également les effets secondaires de la pilule. Plusieurs mises en cause des contraceptifs oraux surviennent dans la presse courant 1981-82.
1983	Deux études épidémiologiques à Los Angeles (étude cas témoins sur 314 femmes atteintes de cancer du sein) et à Oxford (étude de cohorte sur 10 000 femmes suivies pendant dix ans) mettent en évidence l'impact des contraceptifs oraux sur la survenue du cancer du sein et du cancer cervical. L'étude américaine affirme que les femmes ayant commencé à prendre la pilule avant 25 ans sont d'autant plus susceptibles d'avoir un cancer avant 37 ans, et que le risque de cancer augmente avec la durée d'exposition aux contraceptifs oraux.
1988	Le livre <i>Amère pilule</i> du Dr Ellen Grant, traduit par François-Xavier de Guibert (<i>The Bitter Pill</i>), informe une nouvelle fois sur les dangers vasculaires, de phlébite et d'infarctus chez les femmes jeunes, et sur de nombreux cas de cancer du sein, de l'utérus, du col et du corps utérin. Le livre critique la prise hormonale sur une longue durée pour les femmes jeunes.
1995	Mise en garde sur les pilules de 3 ^e et 4 ^e générations, après une alerte de l'agence britannique du médicament motivée par plusieurs nouvelles études.
2001	Le Dr Joyeux publie <i>Femmes si vous saviez - Des hormones de la puberté à la ménopause</i> sur les risques cancérigènes et trombo-emboliques des hormones.
2012-13	Polémique autour des pilules de nouvelles générations.

contraceptifs oraux (chapitre 2). À cette occasion, s'affrontent les expert·e·s qui ont des réserves fortes sur l'innocuité de la pilule, notamment de ses effets à long terme, et invitent à la plus grande prudence²¹, et celles et ceux qui sont favorables à son utilisation, au motif qu'elle est déjà utilisée massivement aux États-Unis depuis plusieurs années et déjà en vente en France, sans qu'un très grand nombre d'incidents aient été relevés, et que les études cliniques disponibles ne révèlent pas de dangers majeurs²². Le rapport de la « commission pilule » commandée par R. Marcellin, faisant intervenir treize médecins spécialistes dans divers domaines, demeure assez mesuré sur l'utilisation massive de la pilule. En effet, le rapport met en évidence que les contraceptifs oraux présentent un certain nombre d'inconvénients et d'effets secondaires, mais pas de danger pour la santé des utilisatrices, tant que le produit est prescrit en respectant les éventuelles contre-indications, et que les prescripteurs·trices demeurent attentifs·ves aux modifications de la coagulation sanguine des femmes sous pilule. Le rapport de la commission précise également qu'il n'est pas possible de conclure à l'absence d'effet cancérigène à long terme de ces produits, faute d'avoir suffisamment de recul. L'argument central porté par les défenseurs·euses des contraceptifs oraux à ce moment-là est donc qu'aucun danger n'a été mis en évidence par la médecine des preuves anglo-saxonne, et donc que ces produits peuvent être prescrits dans le respect des contre-indications, afin d'éviter tout incident.

Si les risques, contre-indications et effets secondaires sont de mieux en mieux connus à la fin des années 1960, notamment par les expert·e·s en contraception, ils ne remettent pas en cause fondamentalement l'utilisation des contraceptifs oraux, mais servent juste de cadre à la prescription, et de justification de la médicalisation de la contraception. Dans son *Précis de contraception*, publié en 1968, Pierre Simon reprend ainsi la liste exhaustive des « accidents » et « incidents » connus associés à l'utilisation des œstro-progestatifs²³. Parmi les accidents, il relève le risque thrombo-embolique et le risque hépatique (affections du foie), de mieux en mieux connus à la fin des années 1960 dans la communauté médicale

21. Le professeur de Vernejoul, président du Conseil national de l'Ordre des médecins, adresse le 20 juin 1966 une lettre au journal *Le Monde* prévenant des risques de l'administration prolongée des hormones sur des organismes non-malades ; en 1967, le docteur P. Chauchard, neuro-physiologiste renommé, publie *Contre la pilule*, un pamphlet anti-pilule qui dénonce son effet sur l'équilibre endocrinien des femmes, qui contribue selon lui à « dénaturer la femme » ; P. Grassé, vice-président de l'Académie des Sciences et professeur à la Sorbonne, s'élève le 27 octobre 1966 contre l'utilisation de la pilule qui constituerait un « tripotage de la nature humaine », cités dans S. Geller, *La pilule : oui ou non ?*, Paris, Julliard, 1967, p. 36-37.

22. A. Netter, « À propos de la déclaration du professeur de Vernejoul sur la planification familiale », *Le Figaro*, 1^{er} juillet 1966 ; S. Geller, *La pilule : oui ou non ?*, Paris, Julliard, 1967.

23. P. Simon, 1968, *Précis de contraception*, Centre d'Archives du Féminisme, bibliothèque universitaire d'Angers, 17 AF 41.

internationale et nationale²⁴. Tout antécédent vasculaire et toute anomalie du métabolisme lipidique ou augmentation de la tension artérielle sont ainsi signalées comme des contre-indications à la prescription de contraceptifs oraux. Les incidents contiennent les hémorragies, l'augmentation du poids, les nausées et troubles digestifs, les céphalées et vertiges, les congestions mammaires, et enfin les troubles psychiques et modifications de la libido, autant de troubles qui sont considérés comme non dangereux pour la santé des utilisatrices de pilules. Là encore, les risques cancérigènes ou tératogènes sont écartés, le premier ne comportant pas assez de recul et le deuxième ayant trop peu de preuves pharmacologiques. Cette vision est relayée dans la presse qui mentionne à la fois la très grande efficacité des contraceptifs oraux, et les effets secondaires pouvant survenir dans certains cas²⁵.

Les débats qui ont lieu aux États-Unis et en Grande-Bretagne en 1969 conduisent au retrait de l'indication contraceptive ou même du marché français de certaines spécialités les plus dosées entre 1968 et 1970 (notamment le Nacetyl et l'Aconcept), et sont en partie relayés dans la presse au cours des années 1970. Le Pr Henriet, généticien, soulève à nouveau la question des effets tératogènes des contraceptifs oraux, mais cette critique est rapidement écartée par la journaliste médicale du *Monde*, Claudine Escoffier-Lambiotte²⁶. La mise en cause est en effet mise en regard de l'absence de preuve scientifique la soutenant, malgré l'important nombre d'utilisatrices de pilules dans le monde. D'autres mises en cause portent notamment sur la question du lien entre pilule et survenue de cancer²⁷. Mais ces critiques, si elles sont relayées dans la presse, sont plutôt décrédibilisées par les chroniqueurs-euses, qui jugent les preuves scientifiques trop faibles, ou qui estiment que si certains produits sont problématiques, ce sont ces produits spécifiques qu'il faut éliminer du champ de la prescription, et non l'ensemble de la gamme de produits. Ce ne sont donc pas les contraceptifs oraux dans leur ensemble qui sont structurellement attaqués, ou s'ils le sont, la critique ne perdure pas dans l'espace médiatique. Régulièrement, des expert·e-s sont mobilisé·e-s dans la presse ou à la télévision

24. Un article paru dans *La presse médicale* sur « Contraceptifs oraux et risque thromboembolique » rend explicitement compte de toutes les publications anglo-saxonnes et études épidémiologiques sur le sujet entre 1964 et 1967. J.-L. Ribadeau-Dumas, *La presse médicale*, 17 juin 1967, T. 75, n° 29, BIUM Fonds Dalsace-Vellay, Dalsace 4.2.

25. Dr Escoffier-Lambiotte, « Méthodes naturelles, techniques aléatoires », *Le Monde*, 30 juillet 1968 ; N. Bayon, « La pilule acquittée... mais au bénéfice du doute », *L'Aurore*, 7 novembre 1968 ; Pr Thibault, « Données scientifiques », *Le Monde*, 13 novembre 1968.

26. Dr Escoffier-Lambiotte, « Les effets des pilules contraceptives », *Le Monde*, 17 janvier 1970.

27. « Panique sur la pilule », *Le Nouvel Observateur*, 26 janvier 1970 ; S. Pourcel-Broutschert, « La contraception en question », *Combat*, 28 janvier 1970 ; Dr E.-L., « Une liste indicative des contraceptifs oraux sera publiée par le ministère de la santé », *Le Monde*, 28 janvier 1970 ; J. Alia, « Offensive contre la pilule », *Le Nouvel Observateur*, 2 février 1970 ; M. Allain-Regnault, « Aucun signe alarmant mais une surveillance médicale rigoureuse s'impose », *Le Monde*, 30 septembre 1976.

pour réitérer l'innocuité des œstro-progestatifs, à l'instar de cette émission de 1971 sur la pilule contraceptive faisant intervenir Albert Netter, et concluant que la pilule est sans danger tant qu'elle est prescrite dans les limites de ses contre-indications²⁸, ou encore du relais des « Entretiens de Bichat » dans la presse, affirmant en 1972 qu'il n'est pas possible de conclure à des effets cancérogènes des contraceptifs oraux²⁹.

Ainsi, au cours des années 1970, lorsque les contraceptifs oraux sont mis en cause, par des épidémiologistes ou des médecins spécialistes ayant une certaine légitimité dans le champ médical, les principaux·ales expert·e·s en contraception interviennent, notamment dans la sphère publique et médiatique, mais également dans les revues médicales, pour apporter une forme de caution scientifique aux produits et délégitimer leur remise en cause globale. Plusieurs fois au cours des années 1970 est réaffirmée l'innocuité des produits³⁰, et l'arrivée des pilules microdosées de deuxième génération fait diminuer l'inquiétude sur les effets secondaires³¹. À partir du milieu des années 1970 et avec la publication des travaux épidémiologiques mettant en évidence l'augmentation du risque cardio-vasculaire avec l'avancée en âge et la prise de pilule, certains articles réaffirment dans le même temps l'innocuité des contraceptifs oraux, tout en relayant la prudence ou la contre-indication à la prescription de ces produits chez les femmes de plus de 40 ans, voire de plus de 35 ans, notamment chez les fumeuses³².

À partir de la fin des années 1970 et au cours des années 1980, des critiques venant de médecins spécialistes émergent régulièrement dans la presse, mais sont systématiquement balayées par une mobilisation médiatiques des expert·e·s en contraception étudié·e·s au chapitre 3. C'est le cas, notamment, des critiques

28. Le contenu de l'émission est relayé dans un article de M. Allain-Regnault, « La pilule contraceptive "en question" », *Le Monde*, 22 janvier 1972.

29. Dr F. S., « La pilule : oui, mais avec prudence », *France-Soir*, 6 octobre 1972.

30. Ministère de la Santé, « Le Ministère de la Santé rappelle qu'il n'existe aucune preuve de la nocivité des "contraceptifs oraux" », *Le Monde*, 17 janvier 1972 ; M. Allain-Regnault, « Sans dangers réels elle n'est pourtant utilisée que par cinq cent mille Françaises », *Le Monde*, 22 janvier 1972 ; « Les méfaits imputés à la pilule sont très exagérés », *Le Monde*, 24 mai 1974 ; « Une enquête française sur les effets secondaires de la pilule », *Le Monde*, 17 juillet 1974, qui fait notamment intervenir Henri Rozenbaum et Albert Netter pour rassurer sur l'innocuité de la pilule ; C. Brisset, « Les méthodes », *Le Monde*, 9 novembre 1977 ; Dr J.-F. L., « Des risques connus et acceptables », *Le Monde*, 5 avril 1978.

31. M. Allain-Regnault, « La deuxième génération des méthodes de contraception », *Le Monde*, 14 novembre 1973 ; M. Allain-Regnault, « Contraception : résistance des femmes, des hommes... et des médecins », *Le Monde*, 23 juin 1975 ; Dr E.-L., « Le cœur et les vaisseaux : de nécessaires précautions », *Le Monde*, 7 mars 1979.

32. M. Danzon, « La prescription hormonale aux différents âges de la femme », *Le Monde*, 29 décembre 1976 ; J.-F. Lacronique, « La pilule reste la meilleure méthode de contraception », *Le Monde*, 27 septembre 1977 ; C. Brisset, « Les spécialistes réunis à Paris insistent sur la nécessité d'une surveillance renforcée », *Le Monde*, 11 novembre 1978.

portées par Jérôme Lejeune. Généticien ayant participé à la mise en évidence de la trisomie 21 dans les années 1950, fervent militant contre l'avortement et très actif au sein du mouvement « Laissez-les vivre », J. Lejeune est un adversaire de longue date de la pilule contraceptive. En 1968, il publie un premier article dans *Le Monde*³³, questionnant les possibles effets tératogènes de la contraception hormonale. Selon son argumentation, la généralisation de méthodes contraceptives efficaces entraînerait un vieillissement de l'âge à la maternité, augmentant la prévalence de la trisomie 21 dans l'ensemble de la population, car la survenue de la pathologie augmente avec l'âge de la femme enceinte, notamment à partir de 30 ans. De surcroît, il questionne le possible lien entre les hormones de synthèse administrées sur de longues périodes et l'altération de la production d'ovules, conduisant potentiellement à davantage d'ovules malformés et donc à un risque accru de malformations congénitales chez l'enfant à naître. Enfin, il brandit le scandale de la Thalidomide qui selon lui doit servir de garde-fou contre la généralisation des contraceptifs oraux à l'ensemble de la population. Cette critique est délégitimée dans la presse par de nombreux·euses expert·e-s en contraception qui arguent du manque de preuve scientifique dont dispose Lejeune pour avancer ses arguments³⁴. L'argument est repris en entretien par H. Rozenbaum³⁵. Les attaques de Jérôme Lejeune à l'égard des contraceptifs oraux sont réitérées en 1977³⁶ alors qu'il affirme que la mortalité des femmes est plus élevée quand elles prennent la pilule que quand elles ne la prennent pas, et déplore la « dégradation de notre société » avec la diffusion de la pilule contraceptive et la légalisation de l'avortement. À nouveau, cette mise en cause voit la réponse de plusieurs expert·e-s – dont le J. Cohen – dans la presse pour défendre le fait que ce produit, s'il est prescrit correctement, présente très peu de risques³⁷.

Une seconde polémique émerge en 1981, alors que le magazine *Marie Claire* publie l'article « Pilule. La révolte des jeunes femmes », relayant la méfiance de certaines femmes envers ce produit³⁸, et que le journal *L'Impatient* publie un pamphlet anti-pilule sous le titre de « Femmes sous pilule : danger ? »³⁹. Dans la lignée de cette polémique, le professeur Jacques Salat-Baroux, gynécologue-obstétricien, publie début 1982 un livre très critique à l'égard des contraceptifs

33. « Qui parlera pour les enfants ? », *Le Monde*, 5 mars 1968.

34. « La contraception », *Le Monde*, 13 avril 1968.

35. Entretien du 10 septembre 2016 à son domicile.

36. C. Brisset, « “Le suicide de la France” », *Le Monde*, 1^{er} novembre 1977.

37. C. Brisset, « Les méthodes », *Le Monde*, 9 novembre 1977 ; Dr J.-F. Lacronique, « Des risques connus et acceptables », *Le Monde*, 5 avril 1978.

38. M. Lavanchy, « Pilule. La révolte des jeunes femmes », *Marie Claire*, 1981.

39. C. Sokolsky, « Femmes sous pilule : danger ? », *L'Impatient*, mars 1981.

oraus⁴⁰. Deux ans plus tôt, un autre gynécologue, le docteur Dominique Chatain, avait également publié un réquisitoire contre les contraceptifs oraux, intitulé *Danger Pilule*. Le livre, qui ne semble pas avoir eu d'écho médiatique, comporte toutefois une partie faisant état des divers risques liée à la prise d'œstro-progestatifs : cardiovasculaires, d'hypertension, de chute de libido, de prise de poids, et de cancers⁴¹.

Suite à ces différentes publications, plusieurs articles paraissent dans la presse en réponse aux mises en cause et font figurer les expert·e·s en contraception précédemment cité·e·s. Notamment, un article intitulé « Sept gynécologues réagissent à la déclaration de guerre du professeur Salat-Baroux » paraît dans *Elle* peu de temps après la parution du livre dudit professeur⁴². Ce sont ainsi Pierre Simon, Claude Sureau, Sacha Geller, Pierre Mauvais-Jarvis, Jacqueline Kahn-Nathan, Henri Rozenbaum et David Élia qui répondent à l'affirmation de Jacques Salat-Baroux que « *s'[il] étai[t] une femme, [il] ne prendrai[t] pas la pilule* ». Chacun·e de ces expert·e·s en contraception gynécologues critique tour à tour la proposition de J. Salat-Baroux, en mettant en cause sa vision trop rigoriste des statistiques médicales ou en réaffirmant les bienfaits des contraceptifs oraux. Elles et ils défendent que si la pilule comporte des risques, elle est un acquis fantastique qu'on ne peut remettre en cause en l'absence d'alternative aussi efficace. L'un d'eux·elles insiste même que « *être violemment contre la pilule, c'est être antiféministe. Car on ne propose pas d'autre solution. La contraception est un acquis fantastique du XX^e siècle (...) La contraception est un acte médical. Cela implique une prise en charge par un médecin compétent et une adaptation de la contraception* ». Plusieurs d'entre eux et elles précisent que la contraception orale nécessite d'être prescrite par des médecins compétent·e·s, suggérant par là que les éventuels accidents ne sont pas imputables au produit lui-même, mais à la qualité de la formation des prescripteurs·trices, et de leur prise en charge médicale des personnes en demande de contraception.

Plusieurs articles de presse se font l'écho de ce débat⁴³. L'un d'eux fait intervenir J. Kahn-Nathan, qui souligne à nouveau qu'il faut peser les dangers hypothétiques de la pilule face au risque bien connu de l'absence de contraception. Un autre

40. J. Salat-Baroux, *La vie est ma passion*, Paris, Plon, 1982.

41. D. Chatain, *Danger pilule : pour une contraception diversifiée*, Paris, Copernic, 1980, cité par H. Joyeux et D. Vialard in *La pilule contraceptive*, Paris, éditions du Rocher, 2013, p. 22.

42. M. Renaudin, G. Andréani, V. Soriano, « Sept gynécologues réagissent à la déclaration de guerre du professeur Salat-Baroux », *Elle*, 11 février 1982, p. 86-89.

43. J. Cohen, « Contraception : l'histoire d'une conquête », *Le Nouvel Observateur*, 16 mars 1981, p. 83-94 ; « Pilule : arrêtez de nous faire peur ! », publication inconnue, 1982, p. 104 ; G. Doucet, « La pilule au banc des accusées », *Le Nouveau F.*, mai 1982, p. 41-42, archives personnelles de Michèle Ferrand.

article émet l'hypothèse que ces diverses offensives contre la contraception orale s'inscriraient dans le contexte de la campagne d'information contraceptive lancée par Yvette Roudy, Ministre des droits de la femme, en 1981-82. On peut également émettre l'hypothèse que les critiques émergent d'autant plus à cette période que la contraception est rentrée dans les mœurs et que la pilule contraceptive est devenue le moyen contraceptif majoritaire.

Quoiqu'il en soit, il est intéressant de constater que chaque mise en cause des risques des contraceptifs oraux pour la santé entraîne la mobilisation systématique d'expert·e·s en contraception pour défendre l'innocuité ou l'apport thérapeutique de ces produits. Ces mobilisations empêchent les critiques de se structurer de manière durable. Cela se traduit dans les pratiques contraceptives, du moins à l'échelle agrégée, puisque le recours aux contraceptifs oraux continue d'augmenter jusqu'en 2000⁴⁴. Elles n'impactent pas non plus sur les pratiques prescriptives, puisque le pilulocentrisme de la prescription contraceptive – et de la formation à la contraception – se consolide justement au cours des années 1980 (chapitre 5).

En 1983 est également publié en France un livre de Barbara et Gideon Seaman, aux éditions de l'Impatient, mettant en cause, sur plus de 500 pages, le recours aux hormones pour les femmes « de la contraception à la ménopause »⁴⁵. Mettant particulièrement en cause les contraceptifs oraux, cet ouvrage dénonce les effets nocifs des hormones sur la santé des femmes et prône le recours à des alternatives non hormonales. Il prolonge l'ouvrage de Barbara Seaman contre les contraceptifs oraux, publié presque quinze ans plus tôt aux États-Unis. S'il semble venir nourrir une critique des hormones qui existe depuis plusieurs années en France, le livre ne semble pas avoir beaucoup d'échos dans la presse ou dans le débat public, et ne conduit pas à une réelle controverse.

À partir du milieu des années 1980 et jusqu'en 2000, on trouve peu de traces dans la presse d'autres mises en cause scientifiques ou médicales de la pilule contraceptive. Ceci corrobore l'analyse développée par Mylène Rouzaud-Cornabas dans sa thèse sur la crise des pilules de 2012-13 en France (Rouzaud-Cornabas, 2019). Elle montre en effet que si la controverse autour des risques cardio-vasculaires associés aux pilules de troisième et quatrième générations agite plusieurs pays européens au milieu des années 1990, et conduit à des modifications durables du système de régulation des médicaments comme des pratiques contraceptives,

44. On peut penser par contre qu'à l'échelle individuelle, ces diverses critiques peuvent amener certaines femmes à vouloir changer de méthode contraceptive. Les données agrégées sur la méthode actuellement utilisée par les femmes interrogées sous-estiment également les discontinuités dans le recours à certaines méthodes, notamment la pilule, qui peuvent être liées aux mises en cause médiatiques de ce produit.

45. B. Seaman, G. Seaman, 1983, *De la contraception à la ménopause. Dossier hormones*, éditions de l'Impatient.

cette controverse a un écho médiatique et scientifique quasi inexistant en France à la même époque. Notant par ailleurs le désintérêt politique en France autour de la régulation des risques de la contraception orale⁴⁶, M. Rouzaud-Cornabas montre que l'attitude passive des pouvoirs publics en France tranche fortement avec la très vive réaction en Grande-Bretagne, en Norvège et au Danemark face à ces polémiques. Elle rattache le silence français sur la publication de ces études épidémiologiques à la mobilisation d'expert·e·s médicaux·ales et des industries, ayant réussi, en France, à décrédibiliser ces études et à leur opposer la notion de bénéfices-risques positifs de la contraception orale, y compris des pilules de nouvelles générations.

Les mises en cause scientifiques des contraceptifs oraux, qui trouvent un fort écho médiatique et politique en Grande-Bretagne et aux États-Unis entre 1960 et 2000, ne sont donc que rarement relayées dans l'espace médiatique et politique en France, à l'exception de la fin des années 1960 qui correspond aux débats sur la loi Neuwirth et qui se focalisent au final sur la question de l'innocuité de la pilule, et du début des années 1980, où plusieurs mises en cause médiatiques de la pilule conduisent à une vive réaction des expert·e·s en contraception pour défendre ce produit.

Ce qui est intéressant, ce sont les arguments mobilisés médiatiquement par les expert·e·s pour répondre à ces mises en cause et les délégitimer pour certaines. L'argument de l'absence de preuve statistiquement significative est particulièrement mobilisé pour les débats entre épidémiologistes autour des risques de cancers, qui ont donné lieu à des résultats d'enquêtes contradictoires (Marks, 2001). L'autre argument central portant sur l'ensemble des risques cardio-vasculaires, thromboemboliques, et cancérogènes, est que la pilule ne comporte aucun danger lorsqu'elle est prescrite dans la limite de ses contre-indications. Argument en partie tautologique, puisqu'il affirme qu'en dehors des femmes à risques, la pilule ne présente pas ou peu de risques, cet argument domine pourtant au sein du groupe des expert·e·s en contraception, régulièrement mobilisé pour rappeler que ces produits présentent davantage d'aspects positifs que d'inconvénients. Cet argument intègre à la fin des années 1990 la vision épidémiologiste et populationnelle du risque, qui vise à mesurer la « balance bénéfices-risques » des produits. C'est cette vision que résume bien C. Jamin :

« Les premières publications sur la mise en cause cardio-vasculaire et les risques

46. Dans les archives du ministère de la Santé et celles de l'Assemblée nationale, aucune mention des risques associés aux pilules contraceptive n'est faite après 1970, la seule préoccupation qui émerge étant l'accès à la contraception orale et son remboursement (Rouzaud-Cornabas, 2019, p. 208-9).

de thromboses veineuses sont apparues dans un numéro du *Lancet* de 1960, avant même que ce soit commercialisé en France. C'est-à-dire qu'il est faux de penser qu'on a découvert des effets secondaires de la pilule, on les connaît depuis toujours, et ils n'ont fait que diminuer. Et donc par exemple il y a trois études épidémiologiques – dont deux continuent à courir (...) et qui ont donné tous les trois les mêmes résultats : sur 50 000 femmes pendant cinquante ans, le fait d'avoir pris la pilule dans sa vie diminue votre mortalité de 11 % par tranche d'âge, diminue votre taux de cancer – diminue votre risque cardio-vasculaire, bon ça on pourrait discuter des biais, et donc le seul risque reconnu de la pilule, parmi tous, c'est l'augmentation du risque de thrombose veineuse, qui se situe aux alentours de 3 cas pour 10 000 utilisatrices par an. La mortalité liée à la pilule c'est une utilisatrice pour 1 670 000 par an, et donc il est faux de dire aujourd'hui que la pilule présente des dangers statistiquement significatifs comparés à l'absence de contraception, comparé au stérilet, comparé à n'importe quoi. Donc l'utilisation de la pilule aujourd'hui ne devrait être mise en cause par personne sur le plan scientifique, dans la notion de rapport bénéfice-risque. Voilà, je ne parle pas en termes individuel, parce que la pauvre Marion Larat, par exemple, elle elle a fait un accident, mais la pauvre cocotte elle avait une mutation du facteur 5, donc la pilule lui a révélé quelque chose. Donc la pilule n'a comme inconvénient connu aujourd'hui lorsqu'elle est prescrite correctement qu'une augmentation des phlébites qui est 20 fois plus faible que ce que donne la grossesse, et qui donne moins d'accidents que les interruptions de grossesse. Donc il y a eu des tas de tentatives de manipulation des accidents (...) qui a eu un effet totalement catastrophique dans l'image de la contraception, parce que c'est une vision fautive des statistiques, qui consiste à sortir un accident sans l'intégrer dans une vision globale du rapport bénéfice-risque. Mais je mets quiconque au défi aujourd'hui de me contredire sur ce que je viens de vous dire – le rapport, et c'est pas moi qui le dit – le rapport de l'Europe de 2013 de l'EMA, la première phrase qui y est dite, c'est : *“le rapport bénéfice-risque des œstro-progestatifs est positif, quel qu'il soit.”* D'accord ? Tout le débat commence par cette phrase. Et personne de sérieux ne conteste ça. Même si il y a toujours des choses dramatiques, et qu'on ne peut pas ramener à un individu ce qui est vrai pour une population. » (Christian Jamin, gynécologue médical et endocrinologue, entretien du 16 février 2016 à son cabinet)

À l'argumentaire en termes de drame personnel ou à la perception individuelle des médicaments mobilisées dans la presse lorsqu'il s'agit de donner la parole aux utilisatrices ou anciennes utilisatrices, C. Jamin oppose une vision statistique et épidémiologique du risque des produits contraceptifs hormonaux, centrée sur l'idée que ces produits comportent un très faible risque, qui semble négligeable au regard

de leurs apports pour une très large partie de la population. En cela, il oppose la notion de bénéfice-risque positive de ces produits à l'échelle de la population aux risques et désagréments tels que perçus à l'échelle individuelle⁴⁷. Cet argument est important puisqu'il s'appuie sur certains résultats de l'*evidence-based medicine* afin de proposer l'idée que le risque lié à ces produits est acceptable, idée qui est justement au cœur des débats scientifiques sur la pilule, et ce dès ses premiers développements par Pincus, Rock et leur équipe, et dès le processus de demande d'autorisation de mise sur le marché (Marks, 2001). Au final, si des mises en cause ou controverses ré-émergent régulièrement, soit au sein du champ médical, soit au sein du champ médiatique, ces désaccords se centrent sur l'interprétation à donner à la notion de risque acceptable des contraceptifs oraux.

Si donc les expert·e·s des différents pays se réfèrent de manière de plus en plus systématique aux enquêtes épidémiologiques pour évaluer les risques autour de la prise d'œstro-progestatifs, l'interprétation de ces risques et leur traduction locale en termes de pratiques médicales recommandées et de mesures de santé publique varie fortement. En France, cette interprétation va majoritairement dans le sens d'un bénéfice plus important que tous les risques, justifiant le recours massif à ce produit et sa recommandation très large par les expert·e·s. Aux États-Unis, comme le suggère l'étude de Lara Marks, le risque est davantage médiatisé, et les mouvements de consommateurs·trices et les mobilisations pour la santé y sont beaucoup plus développées qu'en France. Cela conduit à une remise en cause plus régulière des pratiques médicales ou des produits de l'industrie pharmaceutique, amenant chaque mise en cause médiatique à une réelle modification des pratiques contraceptives. En Grande-Bretagne enfin, l'organisation du système de soins très orientée vers l'épidémiologie et l'*evidence-based medicine*, et l'encadrement très fort des pratiques professionnelles, amènent à des évolutions très rapides des pratiques prescriptives et des produits autorisés sur le marché, dès lors que certains accidents ou incidents sont signalés par le *National Health Service* au *Committee on the Safety of Drugs*.

Moins cruciale pour les systèmes de santé et de pharmacovigilance, mais tout aussi centrale pour les utilisatrices elles-mêmes, est la question des effets secondaires de la pilule, ne semblant pas présenter de danger immédiat, mais présentant néanmoins certains inconvénients. L'évolution de la manière dont ces

47. M. Rouzaud-Cornabas montre dans sa thèse que la mobilisation des victimes dans le cadre la crise des pilules de 2012-13 s'inscrit justement dans un argumentaire à l'échelle individuelle. Cette mobilisation vise, dans la lignée des mouvements de défense des droits des patient·e·s qui émergent en France dans les années 2000, à opposer à la vision épidémiologiste du risque en population générale une meilleure information sur les risques des médicaments à l'échelle individuelle, notamment lors des consultations médicales (Rouzaud-Cornabas, 2019).

effets secondaires sont pris en compte, ou parfois ignorés, est révélatrice de la hiérarchisation qui est faite entre le savoir médical et l'expérience des utilisatrices.

8.2.2 Des effets secondaires inégalement étudiés

La prise en compte des effets secondaires est à la fois une préoccupation, comme son nom l'indique, secondaire au regard de l'efficacité d'un traitement ou d'un produit pharmaceutique, et centrale pour comprendre l'expérience des utilisatrices et les éventuelles résistances ou les problèmes d'observance que pose un médicament ou un traitement. Dans le cas des contraceptifs oraux, des effets secondaires ont très tôt été mis en évidence dans les premiers essais cliniques, et continuent d'être relevés pour une partie des utilisatrices avec les produits actuels, malgré la réduction importante des dosages hormonaux. Mais l'importance qui leur est accordée varie selon le type d'utilisatrices visé et le groupe d'acteurs-trices qui les prend en compte. Ainsi, si certains effets secondaires sont mis en évidence par les chercheurs-euses ou clinicien-ne-s qui testent et prescrivent ces produits, ils sont systématiquement minimisés par les industries pharmaceutiques, et certains effets secondaires, comme la dépression ou la baisse de désir, demeurent pendant longtemps peu ou pas du tout pris en compte. Ils apparaissent pourtant comme des éléments déterminants pour les femmes qui utilisent ces produits, et peuvent conduire à l'arrêt du traitement dans le cas des utilisatrices qui expérimentent des symptômes trop importants.

Certains travaux suggèrent ainsi que l'arrêt de la prise de pilule serait principalement lié à des troubles dépressifs ou des troubles de la libido expérimentés lors du traitement (Kay, 1984; Sanders *et al.*, 2001)⁴⁸, suggérant que ces effets secondaires, pour négligeables qu'ils puissent paraître à certain-e-s acteurs-trices, peuvent être en fait déterminants dans la bonne prise de contraception orale, et donc avoir un effet direct sur son efficacité pratique. La faible attention accordée à l'impact négatif de la médication sur la libido ou sur la santé mentale par les clinicien-ne-s, par les médecins, et par les industries pose fortement question, puisque cela conforte le présupposé que les femmes ont plutôt une sexualité sans désir, ou du moins que l'altération de celui-ci ne pose pas de problème pour la sexualité hétérosexuelle, tant qu'elle est contraceptée. Comme nous le verrons dans un troisième temps, l'invisibilisation de certains effets secondaires renvoie à des logiques fortement genrées, qui apparaissent très nettement lorsque l'on compare les critères retenus pour le développement de contraceptifs masculins.

48. L'enquête du *Royal College of Medical Practitioners* relève par exemple en 1984 que plus d'un tiers des femmes qui ont arrêté leur contraceptif oral l'ont fait en raison de troubles dépressifs qu'elles relient au produit.

La lente prise en compte des effets secondaires

Initialement commercialisés comme produits permettant de résoudre certains troubles liés aux cycles menstruels, comme les douleurs, les dysménorrhées, la tension mammaire excessive, ou des troubles de l'humeur, les premiers produits très fortement dosés se sont avérés difficiles à tolérer pour un très grand nombre de femmes. L. Marks note que les clinicien·ne·s impliqué·e·s dans les premiers essais cliniques de la pilule ont mis du temps à reconnaître que certains effets secondaires étaient liés à la prise du produit, car certains symptômes étaient des « *symptômes subjectifs influencés par de nombreux facteurs et souvent présents chez les femmes normales* » (Marks, 2001, cité par l'auteure p. 133). Dans cette perspective, des réactions comme les vomissements, les nausées, les étourdissements, et les maux de tête étaient qualifiées de « psychogènes ». Et certain·e·s médecins attribuaient ces effets secondaires à l'appréhension des femmes face à une première prise de pilule. Si ces symptômes physiologiques sont progressivement intégrés comme effets secondaires des contraceptifs oraux, et leur incidence précisément mesurée, c'est beaucoup moins vrai pour les troubles dits « psychologiques », recoupant très largement les troubles de l'humeur et troubles dépressifs, les troubles du désir, ou même encore la prise de poids, jugée le plus souvent davantage d'origine psychosomatique ou liée à des troubles du comportement alimentaire des utilisatrices que liée au produit lui-même. Les clinicien·ne·s des premiers essais cliniques mirent dans tous les cas du temps à distinguer les troubles spécifiquement liés au produit de symptômes expérimentés par les femmes dans leur vie quotidienne. Dans cette perspective, L. Marks note que les troubles dépressifs, considérés comme « normaux » et liés aux cycles menstruels, étaient rarement attribués à la pilule elle-même. Le lien entre les contraceptifs oraux et la perte de libido, quoique fréquemment reportée par les femmes dans les essais cliniques, ne reçut pas non plus d'attention réelle avant les années 1970.

Si les effets secondaires dits physiologiques font l'objet d'une progressive reconnaissance médicale, la légitimité qui leur est accordée dépend grandement de l'interlocuteur·trice. Les nausées sont ainsi régulièrement considérées comme négligeables, car diminuant avec le temps, de mêmes que les saignements anormaux – irréguliers, surabondants ou sous-abondants – jugés par les médecins comme peu inquiétants⁴⁹. Les éventuels troubles dermatologiques ou capillaires, s'ils sont régulièrement signalés, n'entraînent pas la préconisation par les médecins d'une attention particulière ou d'un arrêt du traitement. Concernant la prise de poids, les expert·e·s français·es s'accordent à penser qu'il s'agit d'une considération né-

49. S. Geller, *La pilule : oui ou non ?*, Paris, Julliard, 1967, p. 92-96.

gligeable devant les avantages considérables apportés par les contraceptifs oraux, quand elle n'est pas tout simplement considérée comme sans lien avec le traitement, ou même renvoyée à des troubles uniquement psychologiques, comme en témoignent les propos de Irène Borten :

« Les résistances des femmes, donc il y avait bien sûr celles qui grossissaient pour un oui ou pour un non, mais enfin bon. . . . (...) Mais il fallait aussi entendre ce que cette phobie pouvait contenir des résistances vraies, psychologiques. Aussi bien du côté des femmes que du côté des hommes. Autant les femmes ont dit c'est merveilleux, autant on avait des femmes qui disaient moi je suis contente je suis sûre que je vais pas tomber enceinte, mais j'ai moins de désir pour mon mari (...) Donc on a des sociétés qui se sont créées. . . en tout cas notre société de gynécologie psychosomatique. Donc là aussi il faut entendre, il faut écouter, il faut changer de pilule. Et puis on se rend compte que c'est pas aussi évident que ça... »

(Irène Borten, ancienne gynécologue médicale, ancienne militante du MLAC, entretien du 22 mars 2016 à son domicile)

Dans cet extrait, I. Borten rassemble parmi les « résistances des femmes » aux contraceptifs oraux la question de la prise de poids et celle de la perte de la libido, qu'elle relie toutes deux à des résistances psychologiques des femmes au fait d'être contraceptées efficacement. Cet extrait témoigne de l'influence de la psychanalyse et du courant de médecine psychosomatique sur une partie des gynécologues médicales aux en France à cette époque, conduisant à penser les effets secondaires et les difficultés d'observance des contraceptifs oraux comme des « résistances », dans un vocabulaire très proche du vocabulaire freudien (Garcia, 2011, p. 93-106). C'est également cette explication qu'avance Sacha Geller, gynécologue et endocrinologue, dans son étude des effets secondaires des contraceptifs oraux :

« Pour en terminer avec ces effets secondaires, signalons que la pilule, qui s'accompagne le plus souvent d'une amélioration de la qualité des rapports sexuels, délivrés désormais du facteur d'angoisse que représentait la hantise de la grossesse, peut très exceptionnellement s'accompagner au contraire de *frigidité*. Toutefois, il faut tenir compte du rôle considérable joué par le psychisme dans ce domaine et cette réaction paradoxale semble traduire, dans certains cas, un désir inconscient de maternité, par quoi s'expliquerait d'ailleurs bien des résistances à la contraception, quelle que soit la méthode utilisée, comme l'a montré Madame Lagroua Weill-Hallé. »⁵⁰

De manière notable, la liste des divers effets secondaires dans l'étude médicale et scientifique de la pilule proposée par S. Geller ne comporte pas les éventuels

50. S. Geller, *La pilule : oui ou non ?*, Paris, Julliard, 1967, p. 97.

troubles dépressifs ou de l'humeur pouvant être liés à la prise de contraceptifs oraux. Ces effets sont jugés par ces expert·e·s comme relativement négligeables au regard de l'efficacité du produit.

Si une partie des effets secondaires des œstro-progestatifs est pendant plusieurs années attribuée à des résistances psychologiques des femmes, les premiers résultats de l'enquête épidémiologique du *Royal College of Medical Practitioners*, publiés en 1974, permettent de quantifier la fréquence des effets secondaires déclarés par les utilisatrices de pilules à leur médecin généraliste, ou relevés par les médecins eux-mêmes. La revue *Contraception, fertilité, sexualité* publie un schéma récapitulatif de ces effets secondaires, que je reprend ici (figure 8.1). Dans cette enquête, les migraines, troubles dépressifs et troubles de la libido, auparavant renvoyés à des effets seulement psychosomatiques de la prise contraceptive, apparaissent parmi les troubles les plus fréquents, quoique non statistiquement significatifs⁵¹. La plupart des troubles jugés statistiquement significatifs affectent moins d'une femme sur 500, voire moins d'une femme sur 1000. Toutefois, la mise en évidence de l'ensemble de ces effets secondaires, même s'ils ne sont pas liés de manière significative à la prise de contraceptifs oraux, permet de consolider leur existence aux yeux des chercheurs·euses et des médecins, et par là même de leur donner une réalité sociale et médicale, qui dépasse la seule explication par le psychosomatique. Cela permet que ces effets soient relevés dans les investigations futures, voire fassent l'objet d'investigations spécifiques.

Il faut toutefois relever un certain nombre de biais dans la prise en compte des effets secondaires et dans leur mise en évidence statistique, qui peut conduire à les sous-estimer dans les enquêtes. Ces biais peuvent survenir au niveau de la conception des essais cliniques, mais également dans les enquêtes épidémiologiques telle que celle mise en œuvre par le *Royal College of Medical Practitioners* (Galbraith, 1998). Premièrement, la plupart des résultats des essais cliniques portent sur la population qui est restée dans l'essai clinique. Les femmes pour lesquelles les troubles liés à la prise de pilule sont trop importants auront quitté l'essai et ne seront donc pas nécessairement comptabilisées dans les effets secondaires. Les utilisatrices qui restent longtemps dans l'essai clinique – ou même dans l'enquête épidémiologique – sont également plus « robustes » aux effets secondaires que l'ensemble des utilisatrices hors essais cliniques, ce qui conduit à sous-estimer la prévalence de certains effets secondaires (Galbraith, 1998, p. 190).

Deuxièmement, la plupart des essais cliniques se focalise non pas sur les

51. Les migraines affecteraient ainsi environ 4700 utilisatrices sur 100 000, soit un peu moins de 5 % des utilisatrices ; les troubles dépressifs concerneraient environ 2 % des utilisatrices, et les pertes de la libido un peu moins de 1 %.

utilisatrices comme unité statistique, mais sur les cycles où le produit a été utilisé. Par exemple, cent femmes qui utilisent la pilule pendant un cycle sont comptabilisées de la même manière qu'une femme qui utilise la pilule pendant cent cycles, ou que dix femmes qui l'utilisent pendant dix cycles. Ceci conduit à sous-estimer très largement l'influence du temps sur la survenue d'effets secondaires, ainsi que les phénomènes de lassitude ou de discontinuation du produit, potentiellement liés à ces effets secondaires. Un autre problème est que cette mesure statistique rend compte de l'occurrence de troubles, mais pas de leur intensité. Seront par exemple comptabilisées de la même manière des femmes qui relèvent des migraines occasionnelles et de faible intensité, et celles qui ont des migraines d'une telle intensité qu'elles peuvent être très handicapées dans leur vie quotidienne.

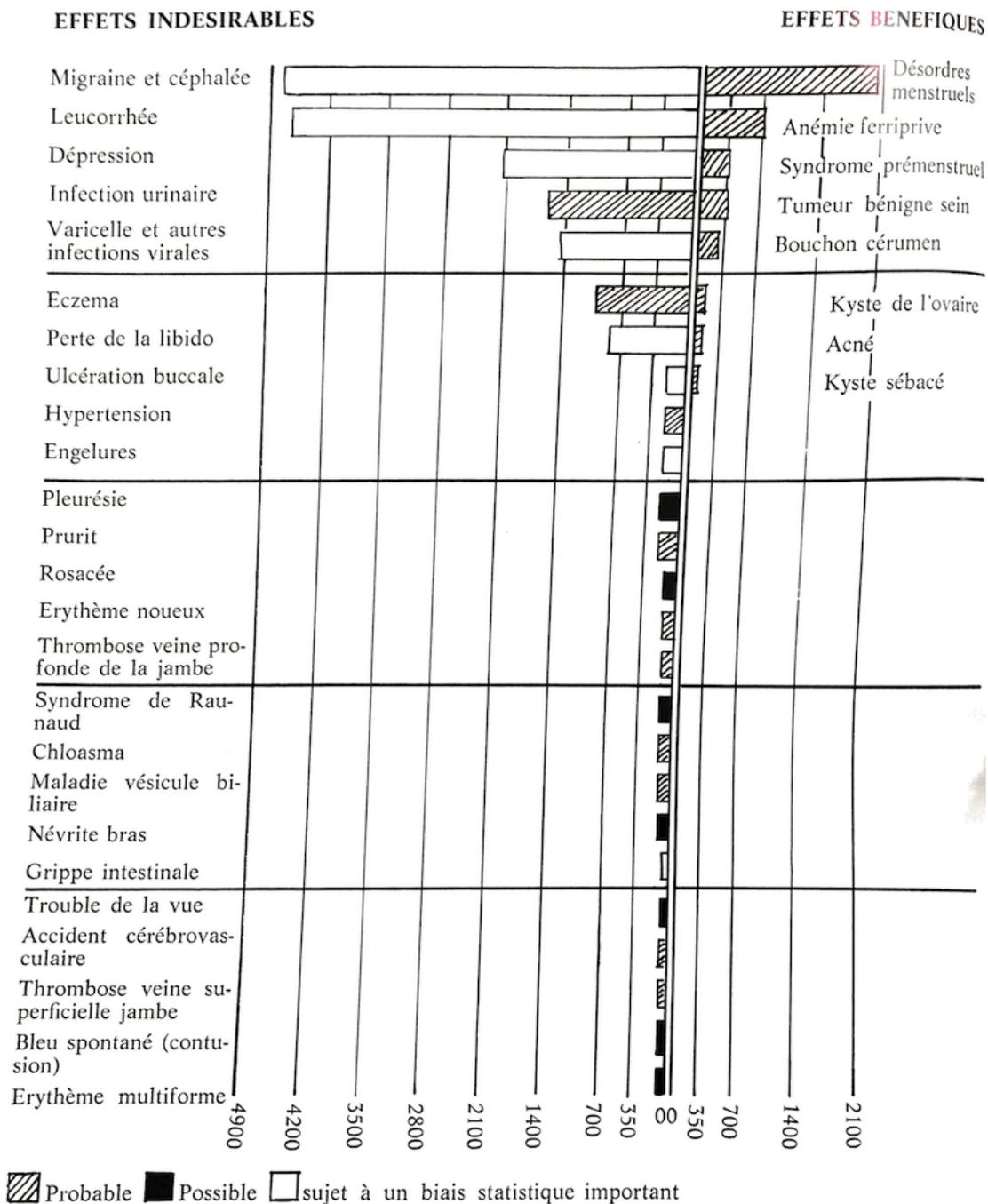
Enfin, certains liens statistiques peuvent perdre de leur intensité si le médicament considéré a des effets contraires chez différentes personnes. L'exemple de la libido est intéressant, puisque les contraceptifs oraux semblent avoir un effet positif sur le désir chez certaines utilisatrices, et au contraire conduire à une perte de libido chez d'autres utilisatrices. Comme les œstro-progestatifs n'ont pas un effet *unilatéral* sur la libido, on pourrait en conclure – et certain·e·s médecins comme certaines industries pharmaceutiques ne manquent pas de le faire – qu'ils n'ont aucun effet sur la libido (ou aucun effet *statistiquement significatif*). Tout dépend de la manière dont sont faits les modèles statistiques et de la façon dont on intègre les variables dans ces modèles. Mais de ce qu'on a pu observer, plusieurs expert·e·s concluent de l'occurrence d'effets contraires chez des femmes différentes qu'il n'y a pas d'effet avéré.

Dans tous les cas, l'ensemble des effets indésirables ne retient qu'une attention secondaire par rapport à la question des risques et dangers pour la santé⁵². Il faut toutefois noter que la question des troubles dépressifs liés aux contraceptifs oraux, initialement catégorisés comme « effets secondaires indésirables », est de plus en plus prise en compte du côté des risques pour la santé, dans une vision de la santé de plus en plus attentive à la santé mentale⁵³.

52. Le nombre de publications dans des revues scientifiques sur PubMed est par exemple très largement supérieur concernant les risques de cancers ou la question des risques cardiovasculaires et d'hypertension, que concernant la libido, la prise de poids (très peu investiguée) ou encore les troubles dermatologiques.

53. C. W. Skovlund, L. S. Mørch, L. V. Kessing, Ø. Lidegaard, 2016, « Association of Hormonal Contraception With Depression », *JAMA Psychiatry*, vol. 73, n° 11.

FIGURE 8.1 – Effets indésirables et bénéfiques de la pilule pour 100 000 utilisatrices et par an



Source : tiré de l'enquête prospective du Royal College of General Practitioners, portant sur 8 ans et 23 000 utilisatrices (Pitman Medical, London 1974, Fig. 13.1, p. 84), *Family Planning Digest*, vol. 3, n° 5, sept. 1974, p. 3, reproduit dans *Contraception, fertilité, sexualité*, mai 1975, vol. 3, n° 3, p. 162.

Des effets de plus en plus faibles ? La prise en compte des effets secondaires par les industries mobilisée comme argument de vente

L'appréciation des effets secondaires par les industries pharmaceutiques – dans les essais cliniques qu'elles financent et mettent en œuvre et dans le compte-rendu qu'elles en font à des fins scientifiques mais aussi marketing – est marquée par l'ambivalence plus générale du marketing scientifique de ce type d'acteur (Ravelli, 2015). En effet, dans leur argumentaire de vente, les industries ont tout intérêt à minimiser ou invisibiliser certains effets secondaires qui pourraient rendre leur produit moins attractif. On trouve donc, dans les brochures marketing, une formulation affirmant la très faible occurrence d'effets secondaires. Mais dans le même temps, les firmes mettent en œuvre des stratégies de distinction par rapport aux produits des firmes concurrentes (chapitre 6), qui les conduisent à affirmer que chaque nouveau produit comporte beaucoup moins d'effets secondaires que les précédents – ou que les concurrents, et qu'il est par là même beaucoup mieux toléré. Ce faisant, elles réaffirment les très nombreux effets secondaires des autres produits disponibles sur le marché, souvent antérieurs au nouveau produit. Et ce parfois même pour des produits dont la faible occurrence d'effets secondaires avait été auparavant fièrement affichée.

C'est par exemple le cas d'Anovlar, première pilule contraceptive mise sur le marché par la firme Schering, en 1961 en Europe (et 1963 en France). Dans une brochure d'information de 1965, présentée sous la forme de questions fréquemment posées sur le produit et les réponses qu'y apporte la firme, et vraisemblablement destinée aux usagères, on peut lire à propos d'Anovlar 21 :

« Question : Y a-t-il lieu de s'attendre à des effets secondaires quelconques ?

Réponse : Oui, mais assez rarement. Il peut apparaître chez certaines femmes des malaises, des maux de tête ou de la fatigue. Pourtant, ceci n'est vrai, en règle générale, que pour le premier mois où l'on prend les dragées. Au cours des cycles qui suivent, ces effets secondaires s'améliorent rapidement ou disparaissent complètement chez la plupart des patientes. Si ce n'était pas le cas, il serait préférable de consulter votre médecin. »⁵⁴

La brochure reste ainsi particulièrement vague sur les éventuels effets secondaires pouvant survenir, et suggère leur disparition à terme, avec la poursuite du traitement. Une autre brochure, cette fois plutôt destinée aux médecins, précise que : « *un trait remarquable des travaux publiés sur ANOVLAR est la constance de la faible fréquence d'effets indésirables. Avec ANOVLAR moins de patientes ont été*

54. « Ce que vous devez savoir de l'Anovlar 21 », brochure d'information, avril 1965, Schering Archives, S1 347/a : Anovlar 21.

perturbées par des effets secondaires importants qu'avec les autres contraceptifs oraux »⁵⁵. Les seuls effets secondaires cités dans cette brochure sont les nausées, les hémorragies, ou la suppression des menstruations. Une autre brochure mentionne également des cas de pyrosis (brûlures gastriques) et de céphalées (migraines)⁵⁶.

Or, la génération suivante de produits au norgestrel, qui se concrétisent pour la firme Schering par la mise sur le marché de sa nouvelle pilule Eugynon, semble provoquer moins d'effets secondaires que les générations précédentes de produits. La liste des effets secondaires expérimentés par les femmes, et de leur fréquence, plus extensive que pour Anovlar⁵⁷, est toutefois rapportée aux fréquences d'effets secondaires pour les autres contraceptifs oraux, afin de montrer que ces effets secondaires sont beaucoup moins fréquents avec Eugynon qu'avec tous les autres produits sur le marché. Ainsi, tout l'argumentaire marketing de Eugynon repose sur la tolérance beaucoup plus grande de ce produit par rapport aux autres, permettant une prescription beaucoup plus large, et globalement moins d'effets secondaires expérimentés par les utilisatrices.

Il est intéressant de noter la force d'incorporation des critiques à l'égard des produits déployée par l'industrie pharmaceutique. Si les produits publicisés sont toujours présentés comme presque parfaits, voire plus que parfaits, le marketing employé prend en compte les griefs adressés aux générations précédentes de contraceptifs oraux. Les campagnes publicitaires d'Eugynon et de Neogynon notent la nette réduction des effets secondaires, tels que les saignements, les nausées, la tension mammaire, les dépressions, les aménorrhées, par rapport aux autres pilules sur le marché. Celle de Neogynon note également la très grande stabilité du poids des femmes dans les essais cliniques ayant testé ce produit, faisant davantage de « satisfaites » que les produits avec des dosages hormonaux plus importants⁵⁸. La pilule Microgynon est également décrite comme : « *le produit qui résout les problèmes de tolérance* »⁵⁹. La pilule Milvane de Schering, au gestodène (pro-

55. « An outstanding feature of evidence published on ANOVLAR is the consistent similarity in the *low frequency of undesirable effects*. With ANOVLAR "Fewer patients have been upset by preliminary side-effects with this than with other oral contraceptives" », « Anovlar the oral contraceptive with world-wide recognition », brochure anglaise de présentation d'Anovlar, Schering Archives, S1 348 : Anovlar.

56. « Anovlar : données statistiques récentes », brochure française de présentation d'Anovlar, août 1964, Schering Archives, S1 348 : Anovlar.

57. Un document préparant le lancement d'Eugynon liste ainsi les effets secondaires suivants : hémorragies, aménorrhées, augmentation ou diminution du flux menstruel, dysménorrhée, nausée, crampes, prise ou perte de poids, migraine, fatigue, dépression, crampes aux jambes, acné, « Sales Conference 1966 : Eugynon Lecture Notes », Berlin, 13 décembre 1966, Schering Archives, S1 227 : Eugynon, p. 10.

58. « Los satisfechos », brochure publicitaire espagnole pour Neogynon, octobre 1976, Schering Archives, S1 228/b : Neogynon.

59. Brochure publicitaire pour Microgynon, 1975, Schering Archives, S1 235/c : Microgynon.

gestatif de troisième génération), est publicisée comme étant « harmonieuse et équilibrée », et promet aux femmes : « *davantage de bien-être, nettement moins de “spotting”, (...) une meilleure tolérance générale, nettement moins de maux de tête, nettement moins d’interruptions de traitement dues à l’apparition d’effets secondaires* » (3,5 % contre 11,3 % pour les autres pilules triphasiques selon les chiffres cités dans la brochure). Comme l’a montré en partie le chapitre 6, cette rhétorique du « toujours moins d’effets secondaires, en tout cas moins que les pilules précédentes » se concrétise, avec la sortie des pilules de troisième et quatrième générations et des anti-acnéiques, par la rhétorique des effets bénéfiques non contraceptifs de ces nouveaux produits, censés apporter une solution aux effets négatifs auparavant expérimentés par les femmes. La liste des effets secondaires pris en compte dans ces brochures est progressivement étendue jusqu’à inclure les problèmes de perte de libido, le plus souvent pour publiciser que les nouvelles pilules ont un effet moins négatif que les pilules précédentes, voire un effet positif, sur celle-ci⁶⁰.

Cette force d’incorporation des critiques ne concerne évidemment pas que les effets secondaires, mais également les débats autour des risques. Une brochure de 1978 pour Microgynon présente une double page format A4 sur « la controverse sur les pilules n’est pas près de cesser », faisant référence à l’actualité des mises en cause, notamment dans la presse anglo-saxonne, et toute la brochure vise à montrer que certes, les anciennes pilules augmentaient le risque cardio-vasculaire des utilisatrices, particulièrement des fumeuses, mais que Microgynon constitue une réponse à ce problème. La brochure indique ainsi :

« La dose d’œstrogène des contraceptifs hormonaux doit être aussi faible que possible. En effet, les déviations du métabolisme, la hausse tensionnelle et les accidents thrombo-emboliques dépendent de la dose d’œstrogènes. Pour améliorer la tolérance de la préparation, il faut également abaisser la dose de progestatif. Le Microgynon 30 contient exactement la bonne dose de seulement 30 µg d’œstrogène et de 150 µg de progestatif.

Vous pouvez vous fier au Microgynon 30 »⁶¹

60. Notons que très peu de brochures publicitaires parmi l’ensemble des publicités pour des produits Schering que nous avons analysées promeuvent explicitement une amélioration de la libido avec la prise d’un de leur produit, hormis une brochure publicitaire brésilienne pour Yasmin, entièrement dédiée aux effets positifs de Yasmin sur la sexualité, mentionnant une amélioration du plaisir, de l’excitation, des orgasmes, du désir et une augmentation de la fréquence de l’activité sexuelle. « Yasmin : significa efeitos positivos no aspecto sexual », brochure publicitaire brésilienne pour Yasmin, 2005, Schering Archives, S1 312 : Yasmin.

61. « La controverse sur les pilules n’est pas près de cesser », Brochure publicitaire pour Microgynon, 1978, Schering Archives, S1 235/c : Microgynon.

Dans le même temps, ces brochures publicitaires reconnaissent donc les critiques et mises en cause adressées aux contraceptifs oraux, et mobilisent ces controverses et débats comme arguments marketing, pour promouvoir un produit qui représenterait l'unique solution aux problèmes soulevés par les autres produits disponibles.

Cette posture est paradoxale, puisqu'elle participe à la fois à donner de la légitimité aux critiques adressées à ces produits, en leur donnant une visibilité, mais vise à convaincre les prescripteurs-trices que certains contraceptifs oraux échappent à la critique. Ce faisant, les industries participent dans une certaine mesure à la minimisation des effets secondaires des nouveaux produits mis sur le marché. J'analyse à présent comment cette minimisation des effets secondaires, que l'on retrouve du côté des expert·e·s et des médecins comme du côté des industries, renvoie à des logiques genrées.

La minimisation des effets secondaires : une affaire de genre ?

Le fait de renvoyer initialement les effets secondaires de la pilule rapportés par les femmes dans les essais cliniques à des effets psychosomatiques sans lien avec le produit lui-même (Marks, 2001) participe à occulter certaines problématiques, et à invisibiliser des symptômes physiques ou psychiques relevés par des femmes au motif qu'elles les expérimenteraient « naturellement », au quotidien, sans prise hormonale. La minimisation des effets secondaires des contraceptifs oraux s'inscrit en effet dans une appréhension genrée de la douleur, de la santé mentale et de la sexualité, qui participe à donner de la visibilité ou des explications à certains phénomènes, et à en invisibiliser d'autres, comme je l'analyse ici concernant deux questions : celle de la non prise en compte de la sexualité des femmes, et celle de l'occultation de leur santé mentale.

La question de l'impact des contraceptifs oraux sur la libido, le désir, ou le plaisir sexuel, très peu présente comme on vient de le voir dans les questionnements médicaux mais également dans ceux de l'industrie pharmaceutique, est un bon exemple d'une appréhension genrée de la sexualité et de la santé. De fait, la faible prise en compte des effets des pilules sur la sexualité des femmes renvoie à des standards différenciés sur les produits contraceptifs destinés aux hommes et aux femmes. Nelly Oudshoorn mentionne dans son étude sur les recherches pour le développement d'une pilule masculine que les standards s'appliquant aux contraceptifs oraux pour les femmes sont nettement moins restrictifs que les standards et exigences qui s'appliquent, quelques décennies plus tard, au développement de contraceptifs hormonaux pour hommes (Oudshoorn, 2003). Son travail montre le durcissement des critères de mise sur le marché de médicaments, entre le développement de la pilule féminine dans les années 1950, et le développement

de la pilule masculine dans les années 1970. Mais ce sont également les attentes à l'égard de la sexualité des femmes et des hommes qui ne sont pas les mêmes. C'est ce que l'on constate dans les archives de l'industrie Schering, lorsque l'un des pharmacien·ne·s de Schering s'interroge, au milieu des années 1970, sur les critères de recevabilité d'une éventuelle contraception masculine.

« En principe, les méthodes de contraception pour hommes doivent être sujettes aux mêmes critères que pour les femmes, même si des critères encore plus stricts doivent être appliqués en raison de systèmes sensibles. On exige :

1. L'innocuité
2. La sûreté [l'efficacité]
3. L'acceptabilité
4. La possibilité de redevenir fertile [la réversibilité]
5. Pas de réduction de la libido et de la puissance virile ("*Potenz*")⁶²

J'interprète l'évocation de critères plus stricts en raison de « système sensibles » dans le sens évoqué par N. Oudshoorn, de conditions de mises sur le marché durcies dans les années 1970-80 par rapport aux deux décennies précédentes⁶³. De manière surprenante, bien que le document mentionne l'application des mêmes critères pour les méthodes masculines et féminines, l'absence de réduction de la libido (et de la capacité érectile), rarement voire jamais mobilisée comme critère pour un contraceptif féminin, apparaît ici très explicitement comme critère *sine qua non* du développement d'un contraceptif masculin. Ainsi, dans le même temps où le document affirme un traitement égal des hommes et des femmes concernant les exigences vis à vis du développement de méthodes contraceptives, il réitère une différenciation, souvent naturalisée, entre une sexualité masculine caractérisée par le désir et la « puissance virile », et une sexualité féminine où ces deux éléments n'ont pas vraiment d'équivalent, ou ne sont pas nécessaires à prendre en compte (Gardey et Vuille, 2018).

Le fait que la question de la libido, ou même des manifestations physiologiques de l'excitation, soient si peu prises en compte dans le cas des femmes (hormis une brochure pour la promotion d'un produit en 2005 au Brésil, mentionnée

62. « Grundsätzlich müssen für Methoden zur Kontrazeption beim Mann die gleichen Kriterien gelten wie bei der Frau wobei mitunter wegen empfindlicher Systeme noch strengere Maßstäbe anzulegen sind. Man fordert : 1.Unschädlichkeit, 2.Sicherheit, 3.Akzeptabilität, 4.Möglichkeiten der Refertilisierung, 5.Keine Minderung von Libido und Potenz. », Nils Johansson (pharmacien de chez Schering), « Kontrazeption beim Mann. Möglichkeiten der Fertilitätshemmung », *Pharmazeutische Zeitung*, Sonderdruck aus 121. Jahrgang, n° 6, p. 167-168, 5 février 1976, Schering Archives, B1 284 : Pharma Forschung, Hormone, Kontrazeption allg.I.

63. Même si cette formulation, dans sa version originale comme dans ma traduction, demeure ambiguë.

ci-dessus), alors qu'elle apparaît explicitement comme critère de développement d'une méthode dans le cas des hommes, renvoie à une tendance plus générale à invisibiliser la sexualité ou le désir des femmes. La chercheuse Brenda Spencer montre par exemple comment en Grande-Bretagne, les luttes pour le planning familial visaient principalement à améliorer la santé des mères et des enfants, et que la sexualité des femmes apparaît souvent comme une question négligeable dans ces luttes (Spencer, 1999). Elle montre que ces luttes visaient à développer les moyens de contraception, principalement, comme elle l'explique, pour protéger les femmes « *des conséquences de la sexualité des hommes* » (Spencer, 1999, p. 29). Il est donc intéressant de constater que les études cliniques sur l'acceptabilité des contraceptifs, qui intègrent si peu la question de la sexualité et de la libido des femmes, sont si prudentes lorsqu'il s'agit de l'impact sur la sexualité des hommes.

En outre, quand la question de l'acceptabilité des méthodes est posée en termes d'impact sur la sexualité des femmes, le seul élément qui est véritablement soulevé est l'impact des méthodes sur la spontanéité des rapports⁶⁴, pas tellement sur le désir ou le plaisir des femmes. Dans cette perspective, les contraceptifs oraux apparaissent souvent comme une avancée positive, car, contrairement à d'autres méthodes, ils ne perturbent pas la spontanéité des rapports. Mais dans ces travaux, perturber la spontanéité des rapports n'est pas explicitement présenté comme un problème pour la sexualité *des femmes*, mais bien plus souvent comme un problème pour la sexualité *du couple*. Ce qui réitère potentiellement la distinction, établie par B. Spencer, entre des « femme[s] sans sexualité », et des hommes, caractérisés par leur sexualité, mais « irresponsable[s] » face aux conséquences de la sexualité. D'autres travaux montrent également à quel point la question du plaisir des femmes dans la sexualité est occulté des travaux en santé publique et en épidémiologie, qui portent sur la santé sexuelle et reproductive ou sur la contraception (Higgins et Hirsch, 2007; Thomé, 2019), ou combien le désir féminin est toujours construit comme sulbalterne et inférieur à celui des hommes (Bozon, 2018; Thomé, 2019). Il est, dans cette perspective, assez intéressant de constater à quel point il existe peu de discours d'expertise, parmi ceux analysés dans cette thèse, qui considèrent que le fait qu'une méthode contraceptive puisse avoir un impact négatif sur le désir sexuel des femmes soit fondamentalement problématique. Cela suggère effectivement une vision selon laquelle la contraception est pensée comme un moyen pour prémunir les femmes de la sexualité des hommes, et que la question de l'impact de cette méthode sur leur propre sexualité n'est posée que dans un second temps, voire est totalement invisibilisée.

L'autre question intéressante est celle de l'impact des contraceptifs oraux sur

64. S. Geller, *La pilule : oui ou non ?*, Paris, Julliard, 1967, p. 97.

la santé mentale des femmes, et l'éventuelle occurrence de troubles dépressifs liés au produit. Plusieurs chercheuses ont mis au jour le fait que la santé mentale des femmes était souvent jugée plus fragile que celle des hommes, et qu'elles seraient plus sujettes à la folie ou à la dépression (Showalter, 1985; Appignanesi, 2008). Ces représentations s'incarnent particulièrement dans l'Europe de la fin du XIX^e siècle et du début du XX^e, et trouvent une justification dans les théories développées par Freud au sujet de l'hystérie (Appignanesi, 2008). Elle perdurent toutefois jusqu'à aujourd'hui. Du fait de cette perception des femmes comme étant naturellement plus sujettes que les hommes à la dépression, l'impact des produits eux-mêmes sur la santé mentale est sous-estimé, voire non pris en compte. Les troubles causés par le produit sont renvoyés à une santé mentale fragile ou à des troubles psychologiques pré-existants au recours au médicament, et ne sont donc pas considérés comme causés par le médicament lui-même.

Le fait aussi que cette question soit traitée au rang des effets secondaires, soit comme un corrolaire négligeable et non dangereux pour la santé (physique) des femmes, est révélateur de l'aspect secondaire de cette question en santé publique. Ceci, d'autant plus que les troubles de l'humeur ou troubles dépressifs sont attribués davantage à une sensibilité hormonale des femmes et non au produit lui-même, et que ces troubles sont jugés relativement « normaux » au regard des troubles habituels de l'humeur lié aux cycles menstruels. Selon cette conception, comme certaines femmes connaissent des troubles dépressifs « par nature », liés à leur cycle, l'accentuation de ces troubles avec la prise de contraceptif oral ne devrait pas conduire à incriminer le produit lui-même, mais renvoie à une susceptibilité particulière de ces femmes aux modifications de leur « équilibre hormonal ».

Si les troubles dépressifs ne sont pas complètement occultés dans les études médicales ou dans les essais cliniques, comme peut l'être la question de la libido féminine, ils ne sont pas véritablement pensés comme une conséquence des contraceptifs oraux, mais comme une résultante de la fragilité mentale intrinsèque de certaines femmes, ou de leur susceptibilité aux hormones. Ceci conduit certain·e·s expert·e·s à préconiser de considérer les troubles anxieux ou dépressifs très graves comme une contre-indication à la contraception orale, mais amène à occulter le problème que pose ce produit pour des femmes chez qui ce trouble est plus intermittent, ou n'est pas diagnostiqué comme lié au produit. La manière de traiter la question de la dépression, avec une naturalisation de cette forme de mal-être comme étant inhérent aux femmes, permet d'occulter le fait que le produit puisse avoir des conséquences directes, et importantes, sur leur santé mentale (Skovlund *et al.*, 2016).

Finalement, si de nombreuses mises en cause des contraceptifs oraux émergent

entre 1960 et 2000, principalement morales dans un premier temps, puis quasi-exclusivement médicales à partir des années 1970, ces mises en cause ne semblent pas bouleverser fondamentalement les pratiques prescriptives, ni les pratiques contraceptives. Outre le relai pur et simple de la mise en évidence de risques ou d'effets secondaires dans les enquêtes épidémiologiques, les critiques structurelles adressées par certaines figures de médecins spécialistes ne connaissent pas le même écho médiatique que leurs homologues en faveur de la pilule, à qui une très large tribune est régulièrement offerte.

Ainsi, la plupart des expert·e·s en contraception se mobilisent pour proposer une certaine définition des risques des contraceptifs oraux. Selon eux et elles, ces risques sont négligeables au regard des bienfaits que ces produits apportent, et sont relativement maîtrisés, dans la mesure où ils sont quantifiés statistiquement dans les enquêtes épidémiologiques. Ce qui va progressivement devenir l'argumentaire de la « balance bénéfice-risque positive » des contraceptifs oraux, complété par l'idée qu'aucun autre contraceptif ne peut revendiquer une telle balance positive, est systématiquement mobilisé dès qu'une mise en cause émerge vis-à-vis de ces produits. En outre, on observe, à mesure que les risques et contre-indications, mais également les effets secondaires, sont mis en évidence statistiquement, une force d'incorporation de ces critiques par les industries pharmaceutiques, qui orientent leur marketing vers de nouveaux produits avec supposément toujours moins d'effets secondaires, voire des effets secondaires positifs (ou bénéfiques non-contraceptifs). Tous ces éléments concourent à ce que les critiques adressées à la pilule pendant quatre décennies amènent à une faible remise en cause structurelle des pratiques prescriptives, et des pratiques contraceptives elles-mêmes.

Or, on peut se demander, dans ces processus de contestation des contraceptifs oraux, et leur délégitimation par une partie des expert·e·s en contraception, quelle place est donnée à l'expérience des utilisatrices de ce produit ? Dans le processus général de contestation, quel pouvoir de contestation est donné aux principales concernées par l'ingestion de ce produit ? Nous proposons, en dernière partie de ce chapitre, de considérer la distinction classique de Hirschmann entre « *exit* », « *voice* », et « *loyalty* » pour rendre compte des capacités des utilisatrices de pilules à réagir aux critiques portant sur les produits qu'elles ingèrent, ou à formuler leurs propres critiques.

8.3 Les utilisatrices, entre difficultés de prise de parole, défection invisibilisée et loyauté encouragée

Dans son étude classique en sociologie des organisations, Albert Hirschman propose une typologie comprenant trois types de réponses face à une institution ou organisation que l'on considère défaillante et dont on perçoit le déclin, qui nuit à la qualité des produits ou services proposés (Hirschman, 1970). La première, la défection (« *exit* ») consiste à désertir le service ou l'institution qui suscite l'insatisfaction. La seconde, la prise de parole (« *voice* »), consiste à tenter de faire savoir son mécontentement, dans le but d'obtenir une évolution ou une correction des services ou pratiques des institutions. Enfin, ces deux stratégies d'évolution sont contrebalancées par la loyauté (« *loyalty* ») à l'institution ou à l'organisation, qui traduit un attachement au fonctionnement de cette institution ou organisation, malgré le mécontentement. Ce modèle, appliqué à l'économie des biens et services comme aux théories socio-économiques de la migration, a connu un certain succès en sciences politiques, pour rendre compte des différentes formes de mobilisations des citoyen-ne-s face à une situation politique qu'ils ou elles jugent inacceptable ou néfaste (Mathieu, 2004). Je propose ici d'utiliser ce modèle pour rendre compte des différentes réactions possibles des femmes face aux critiques adressées aux contraceptifs oraux, et face à leurs propres expériences de l'utilisation de ces produits. Ceci, afin de montrer que la critique des contraceptifs oraux venant des utilisatrices ne se structure pas si facilement en l'absence de cadres de mobilisation collective pré-existants, et que l'alternative qui se présente à elles, entre « *exit* » et « *loyalty* », ne permet pas nécessairement une remise en cause structurelles des pratiques prescriptives ou de l'offre contraceptive.

8.3.1 Les difficultés du « *voice* »

Contrairement à ce qu'ont pu laisser entendre certain·e·s commentateurs·trices de la crise des pilules de 2012-13⁶⁵, les critiques de la pilule émanant des femmes elles-mêmes ne sont pas nouvelles. Mais l'émergence d'une prise de parole des femmes – notamment des utilisatrices de pilules ou anciennes utilisatrices de pilule – sur une problématique qui les concerne au premier chef, n'a rien d'évident. En

65. S. Debusquat, *J'arrête la pilule*, Paris, Les liens qui libèrent éditions, 2017 ; Dr M. Bovard Gouffrant, « Mais que veulent-elles, encore ? Espoirs et déboires de la contraception », *Le Quotidien du Médecin*, 23 avril 2019, <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/espoirs-et-deboires-de-la-contraception>, consulté le 12 septembre 2019.

effet, si des travaux ont montré que certains espaces médiatiques – dont la presse féminine ou les émissions de radio, sont particulièrement propices à la prise de parole des femmes (Pavard, 2009a, 2012c, 2017), l'analyse de mes matériaux de presse généraliste et de presse médicale suggère que le plus souvent, la parole des utilisatrices est une parole rapportée et retraduite, par des expert·e·s ou par des mouvements militants. Pourtant, « les femmes », ou plus précisément les utilisatrices ou anciennes utilisatrices de pilule, sont omniprésentes dans le discours médiatique sur la contraception. Mais peu d'articles ont pour visée de simplement donner la parole à des utilisatrices pour rendre compte d'éventuels griefs à l'égard des méthodes. Dans ces journaux de presse généraliste, on parle d'elles davantage qu'on ne les laisse parler.

Un exemple de cela apparaît dans une série de trois articles du journal *Le Monde*, publiés le 5 avril 1978, et visant à faire le bilan de dix années de contraception légale en France⁶⁶. Ces trois articles, d'ailleurs principalement focalisés sur la pilule plutôt que sur les autres méthodes, s'interrogent non seulement sur les effets sur la santé de ces produits, mais semblent également s'interroger sur les attentes des femmes : « *Cette demande, comment s'exprime-t-elle aujourd'hui ? Quelles sont, dix ans après, les attentes des femmes à l'égard de la pilule ? Ce sujet n'a, jusqu'à présent, fait l'objet que de bien peu d'enquêtes systématiques de grande envergure, alors que 25 % des femmes en âge de procréer recourent à ce mode de contraception, soit 2,6 millions d'entre elles* »⁶⁷. Or, de manière particulièrement intéressante, la suite de l'article, qui est relativement long, ne fait qu'interroger des médecins (six médecins en tout dans l'article) sur les attitudes, parfois contraires ou contradictoires, « des femmes » à l'égard de la pilule. Ceci fait écho aux articles de revues médicales, y compris les divers articles évoquant les résistances des femmes à la contraception – et particulièrement à la contraception orale – où c'est la parole des expert·e·s qui s'expriment sur la parole rapportée des dites femmes.

Quelques articles font exception à cette tendance à parler pour les femmes. Au début des années 1980, au moment où plusieurs mises en cause des contraceptifs oraux émergent, deux articles expriment explicitement le « ras-le-bol » des femmes vis-à-vis de la pilule. Un article de 1981 dans *Marie Claire* relaye ainsi « la révolte des jeunes femmes », qui, sans remettre en cause l'avancée qu'a représenté la pilule, contestent la « facilité » supposée de ce moyen contraceptif⁶⁸. L'article fait ainsi

66. J.-F. Lacronique, « La pilule contraceptive à l'épreuve du temps » ; J.-F. Lacronique, « Des risques connus et acceptables » ; C. Brisset, « L'environnement psychologique », *Le Monde*, 5 avril 1978.

67. C. Brisset, « L'environnement psychologique », *Le Monde*, 5 avril 1978.

68. M. Lavachy, « Pilule. La révolte des jeunes femmes », *Marie Claire*, 1981, archives personnelles de Michèle Ferrand.

référence à la méfiance que certaines femmes éprouvent envers le produit chimique, mais également à l'aspect contraignant d'une prise contraceptive quotidienne, et dénonce le fardeau que représente la responsabilité contraceptive, la pilule ayant, selon la chroniqueuse, conduit les hommes à totalement se désengager de la prise en charge matérielle et mentale de la contraception, partant du principe que toutes les femmes sont sous pilule. L'article dénonce également le manque de formation des médecins en matière contraceptive, et le fait que les médecins « aient encore trop tendance à choisir pour la femme ».

Un autre article, paru cette fois-ci dans *Elle*, relaye un sondage Elle-IFOP sur le fait que « les Françaises aiment moins la pilule »⁶⁹. Ce sondage, réalisé auprès de 688 femmes entre 18 et 50 ans, décrit un recul de la pilule, et un abandon croissant chez les utilisatrices de plusieurs années. Plusieurs griefs envers les contraceptifs oraux sont relayés dans cet article, notamment les effets secondaires comme les nausées, les problèmes de circulation sanguine, la prise de poids, ou les dangers perçus par ces femmes (cancer), ou encore l'aspect contraignant de la prise quotidienne. Notons toutefois que la fin de l'article fait intervenir un gynécologue pour rassurer sur les risques et dangers perçus et exprimés par les femmes interrogées dans le cadre de ce sondage. En outre, quelques semaines plus tard, un article de réponse à ce sondage, intitulé : « Les Françaises aiment moins la pilule ? Cinq médecins répondent. », conteste non seulement la validité de ce sondage, mais également les griefs adressés aux contraceptifs oraux⁷⁰. Réaffirmant que les contraceptifs oraux ne méritent pas les critiques qui leur sont adressées, ces médecins défendent à nouveau l'idée que la pilule ou le DIU sont les seules méthodes contraceptives recommandables, mais que seule la pilule convient aux femmes nullipares et aux femmes jeunes. Là encore, opposant systématiquement la parole des spécialistes à la prise de parole des femmes, ces articles contribuent à délégitimer en partie les prises de paroles défavorables aux contraceptifs oraux.

De fait, entre 1960 et 2000, peu de cadres existent qui permettraient véritablement une action collective des utilisatrices de pilules – ou même des utilisatrices de pilules insatisfaites du produit, pour faire changer le schéma prescriptif à la française, hormis peut-être les mouvements féministes, qui seront plus précisément l'objet du chapitre suivant. Notons toutefois que les mobilisations de femmes pour l'accès à la pilule et son remboursement, ont, elles, pu déboucher politiquement, parce que des groupes sociaux structurés – le MFPPF, le MLAC, mais aussi le MLF ou le groupe des expert·e·s en contraception – se sont mobilisés pour demander

69. M. Renaudin, A. Bouillaud, « Les Françaises aiment moins la pilule. Un sondage exclusif Elle-IFOP », *Elle*, 1^{er} février 1984.

70. A.-M. L'Helgoualch, « Les Françaises aiment moins la pilule ? Cinq médecins répondent. », *Elle*, 20 février 1984.

la légalisation de la contraception, son remboursement, et sa gratuité pour les mineures. De même, la mobilisation de 2012-13 autour du dépôt de plainte d'une utilisatrice de pilule ayant fait un AVC peut s'appuyer sur un cadre posé par divers mouvements de patient·e·s et consommateurs·trices au cours des années 2000, et donc permettre de relayer les prises de paroles d'utilisatrices insatisfaites de manière davantage structurée (Rouzaud-Cornabas, 2019). En l'absence de ces cadres, et en l'absence de groupes sociaux structurés qui soutiennent les éventuelles prises de paroles des femmes visant à mettre en cause les contraceptifs oraux ou la manière dont ils sont prescrits, les tentatives de prise de parole peinent à déboucher réellement sur des actions collectives, laissant aux éventuelles utilisatrices insatisfaites l'alternative entre « défection » et « loyauté » au produit.

8.3.2 Un « *exit* » sous-estimé

Dans une certaine mesure, les femmes ont pu faire valoir leur capacité de « défection » lorsqu'elles jugeaient que la contraception orale ne leur convenait pas, ou que certains de ses effets secondaires avaient un impact trop important sur leur quotidien. La défection la plus nette est le fait d'arrêter tout simplement de recourir à la pilule, qui se traduit parfois, mais pas toujours, par le fait de changer de méthode. Mais d'autres formes de défection peuvent survenir, comme le fait de ne pas prendre sa pilule quotidiennement, de l'oublier régulièrement, ou de ne la prendre que sur certaines périodes. Ces formes de défection, souvent qualifiées par les médecins comme une mauvaise utilisation du produit, un problème d'observance, ou même interprétées comme des ambivalences face au désir de grossesse, sont rarement perçues par ces professionnel·le·s comme des résistances, ou comme une manière de faire avec les multiples contraintes que le travail contraceptif peut représenter pour les femmes hétérosexuelles, qui sont, en France, majoritairement en charge de la contraception (Bajos *et al.*, 2002; Thomé, 2019).

Ces formes de défection sont toutefois sous-estimées statistiquement, lorsque l'on considère les résistances des femmes aux contraceptifs oraux. Elles le sont d'une part dans les essais cliniques : comme mentionné précédemment, les femmes qui participent aux essais cliniques ne sont plus décomptées lorsqu'elles ne suivent plus le traitement. Cette forme de défection par rapport au produit, qui peut être liée à une insatisfaction vis-à-vis de la méthode ou à la survenue d'effets secondaires trop important, apparaît peu statistiquement dans les publications sur les essais cliniques, où les unités statistiques considérées ne sont pas les femmes elles-mêmes mais les cycles durant lesquels le produit a été bien pris. Ceci sous-estime la question des discontinuations de prise, mais rend également peu compte des raisons de

l'abandon de l'essai clinique.

La question de la défection par rapport aux contraceptifs oraux a davantage été investiguée dans les enquêtes nationales sur les pratiques contraceptives. Le démographe Henri Leridon étudie par exemple à partir de l'enquête Fécondité Ined-Inserm de 1978 les insatisfactions vis-à-vis des différentes méthodes contraceptives, et les raisons de l'arrêt contraceptif (Leridon, 1987). Il montre ainsi que pour la pilule comme pour le DIU, ce sont les effets secondaires, les contre-indications médicales et les inquiétudes pour la santé ou la fertilité future qui dominent parmi les raisons d'insatisfaction. Par ailleurs, il note que 50 % des utilisatrices de pilules sont d'accord que la pilule a des conséquences désagréables ou dangereuses, et que 80 % des femmes qui ne l'utilisent pas sont de cet avis. 16 % des utilisatrices de pilule trouvent sa prise quotidienne ennuyeuse, pour 50 % de celles qui ne la prennent pas. Partant de là, il en conclut que l'adhésion à la contraception hormonale n'est jamais enthousiaste, et les réserves sont fortes parmi les femmes qui ont décidé de ne pas en faire usage ou qui ont abandonné la méthode. Ainsi, l'insatisfaction vis-à-vis de la pilule apparaît très forte dès 1978, et des formes de défection sont très tôt mesurées statistiquement. L'enquête fécondité Ined-Inserm de 1988 comporte également des questions sur les oublis de pilule, les inconvénients de la méthode ou les raisons du choix, mais ces questions ont été assez peu exploitées dans les travaux publiés à partir de ces enquêtes (Toulemon et Leridon, 1991; Leridon et Guibert-Lantoine, 1998). L'enquête Ined-Insee de 1994 sur les situations familiales ne comporte, elle, pas de question sur les difficultés ou renoncements contraceptifs.

Ce n'est qu'à partir des années 2000 – et de l'enquête Inserm-Ined Cocon sur les conditions d'utilisation des contraceptifs – que la question des raisons de l'abandon des méthodes et des échecs contraceptifs émerge à nouveau (Bajos *et al.*, 2004, p. 493-97). Cette question apparaît notamment dans les travaux de Nathalie Bajos et Michèle Ferrand sur les grossesses non prévues (Bajos *et al.*, 2002), ou ceux de Caroline Moreau sur les discontinuités dans l'usage des méthodes (Moreau *et al.*, 2009). C. Moreau montre ainsi à partir de l'enquête Cocon 2002 que les femmes qui utilisent le DIU sont celles qui abandonnent le moins leur méthode pour des raisons liées à la méthode, suivies des femmes qui utilisent la pilule, mais qu'un tiers des utilisatrices de pilules ont des discontinuités dans leur utilisation de la pilule sur deux ans d'utilisation, et près de la moitié sur quatre ans d'utilisation (Moreau *et al.*, 2009, p. 1390). Ces données traduisent des formes de défection qui sont fréquentes vis-à-vis de la pilule (comme vis-à-vis d'autres méthodes qui représentent une contrainte de prise ou d'utilisation, ou des effets secondaires), mais les raisons de ces défections sont, hormis ces travaux, rarement

analysées ou visibilisées dans l'espace médiatique ou dans le champ de la santé publique. Ainsi, les femmes qui font défection vis-à-vis de la pilule passent le plus souvent inaperçues, d'autant qu'une partie fait défection uniquement de manière épisodique, et reprend la méthode à d'autres moments de sa vie. Ces défections ne permettent pas une politisation de la contestation de la norme contraceptive centrée sur la pilule, qui déboucherait sur une mobilisation d'utilisatrices ou d'anciennes utilisatrices insatisfaites. Beaucoup d'entre elles oscillent ainsi entre des périodes de défection vis-à-vis de la méthode, et des périodes de loyauté.

8.3.3 La construction d'une « *loyalty* »

La loyauté vis-à-vis de la prise de pilule est représentée par la continuation de cette méthode, et plus généralement par un attachement à ce type de contraceptif, et ce, malgré les éventuelles insatisfactions vis-à-vis de la méthode. Cette loyauté peut tenir à plusieurs choses. En premier lieu, elle peut tenir à une satisfaction générale vis-à-vis de la méthode. Dans les différentes enquêtes contraceptives réalisées en France, une majorité des utilisatrices de pilules se déclare satisfaite de sa méthode ou considère qu'il s'agit d'un très bon choix (Leridon, 1987; Léridon et Toulemon, 1992; Bajos *et al.*, 2004)⁷¹.

En second lieu, cette loyauté peut tenir à l'absence d'alternative contraceptive perçue par les utilisatrices. C'est le cas de nombreuses femmes dans les enquêtes en population générale, qui se disent insatisfaites de la pilule à cause de la contrainte de prise ou des effets secondaires, mais qui continuent d'utiliser cette méthode, considérant ne pas avoir d'autre choix. Cette forme de « loyauté » à la pilule peut être liée aux niveaux d'efficacité théorique très inférieurs des méthodes barrières ou des méthodes d'auto-observation, à un refus de recourir aux méthodes définitives, ou encore aux craintes d'une stérilité causée par un DIU (cette crainte étant largement relayée par une partie des professionnel·le·s de santé). Elle peut également renvoyer au refus de dépendre du partenaire pour la bonne mise en œuvre d'une méthode contraceptive. Dans ce cas, il s'agit d'une adhésion à la méthode par défaut, liée à l'absence de choix perçu ou à l'absence de choix effectivement proposé.

Une troisième hypothèse que l'on peut proposer pour comprendre cet attachement et cette loyauté aux contraceptifs oraux d'un grand nombre d'utilisatrices, est qu'en France, l'accès aux méthodes contraceptives et notamment l'accès à la pilule

71. Si en 1978 la moitié des utilisatrices déclaraient des motifs d'insatisfaction vis-à-vis de la pilule, en 1988 37 % des utilisatrices de pilules considèrent que leur choix de méthode est très bon, et 29 % considèrent que c'est le choix le plus simple (27 % considèrent ce choix comme bon, faute de mieux). Dans l'enquête Cocon de 2002-2004, N. Bajos et ses collègues montrent que 86 % des femmes utilisant la pilule déclarent que cette méthode leur « convient tout à fait », tous types de pilules confondus.

a été le résultat de luttes et de mobilisations qui ont duré plus de dix ans avant de déboucher sur une loi, et cinq années supplémentaires avant que les décrets d'application de cette loi ne paraissent. Résultat d'une lutte de longue haleine et faisant face à de nombreuses oppositions conservatrices et médicales dans les années 1950 et 1960, l'accès à la contraception, symbolisé de manière synecdotique par l'accès à la pilule, a pu créer un réel attachement à un produit durement acquis. *A contrario*, en Grande-Bretagne ou aux États-Unis, où le processus de lutte a duré moins longtemps, rencontré moins d'opposition de la part des milieux conservateurs, et suscité moins de débats *a priori* (quoique davantage *a posteriori*), l'attachement des utilisatrices aux seuls contraceptifs oraux semble moins ancré qu'en France.

Enfin, il faut souligner que développer l'attachement et la loyauté au produit est justement l'un des objectifs premiers du marketing des firmes pharmaceutiques, qui déploient beaucoup de ressources, notamment économiques et logistiques, pour faire perdurer cet attachement le plus longtemps possible. Maintenir une forme de loyauté aux contraceptifs oraux représente en effet un enjeu financier important pour les firmes, qui investissent des sommes importantes dans le développement de chaque produit, puis dans son lancement sur le marché. Ainsi, la loyauté des utilisatrices à l'égard de certains produits pourrait en partie résulter du succès de ces stratégies marketing. Dans tous ces cas de figure, le renforcement d'une loyauté de nombreuses utilisatrices à l'égard des contraceptifs oraux est un élément qui permet de comprendre qu'une critique structurelle du recours à la pilule ou même de la force de la norme contraceptive française puisse difficilement émerger, se structurer durablement, et déboucher sur d'éventuelles mobilisations, jusqu'aux années 2000⁷².

Ce chapitre a finalement permis de montrer que de nombreuses critiques des contraceptifs oraux ont émergé dans différents champs – politique, scientifique, médical ou encore médiatique. Toutefois, ces critiques se sont peu structurées en une opposition durable, susceptible de se traduire dans les pratiques contraceptives ou questionner la norme contraceptive française. Si les appréhensions politiques, morales et religieuses à l'égard d'un moyen de maîtrise de la fécondité efficace aux mains des femmes ont rapidement évolué, voire quasiment disparu, les critiques d'ordre médical ou scientifique ont davantage perduré dans le temps. Les différentes

72. La thèse de M. Rouzaud-Cornabas permet justement de montrer que les conditions d'une mobilisation collective se créent au cours des années 2000, avec la montée des mobilisations pour les droits des patient·e-s, les critiques de l'industrie pharmaceutique qui résultent de nombreux scandales, dont celui du Mediator, et la remise en cause plus générale des pratiques médicales. Ces évolutions expliquent que la prise de parole lors de la crise des pilules de 2012-13 débouche sur des mobilisations juridiques très médiatisées, mais ait également un écho dans les pratiques contraceptives.

enquêtes épidémiologiques, notamment les enquêtes par cohorte réalisées en Grande-Bretagne et aux États-Unis, ont mis en évidence les différents risques associés aux œstro-progestatifs, et ont quantifié leur fréquence dans la population. Ces risques font toutefois l'objet d'interprétations variables selon les pays et selon la légitimité conférée aux expert·e·s en contraception ou aux instances de régulation des médicaments.

En France, les expert·e·s en contraception, qui occupent une place importante dans la production des normes médicales en contraception, ont majoritairement considéré les risques associés contraceptifs oraux comme négligeables devant les apports de ces produits. Ces expert·e·s ont promu une approche en termes de bénéfices-risques, où la vision du risque à l'échelle de la population prévaut celle à l'échelle individuelle. Quant aux effets secondaires liés à l'utilisation des contraceptifs oraux, ils sont considérés la plupart du temps comme un épiphénomène négligeable devant le service rendu par la contraception, quand ils ne sont pas tout simplement minimisés ou invisibilisés. Ils ne constituent pas en tout cas un motif de contestation suffisamment important pour remettre en cause les pratiques contraceptives ou prescriptives.

Enfin, ce chapitre a permis de questionner le pouvoir de remise en cause de la norme contraceptive par les utilisatrices de pilules elles-mêmes. Il montre que sur la période considérée, l'insatisfaction vis-à-vis des contraceptifs oraux d'une partie des utilisatrices ou anciennes utilisatrices peine à se structurer en un réel mouvement social de contestation. Les prises de parole des femmes insatisfaites, la politisation leur défection, ou plus généralement les critiques vis-à-vis de cette méthode ont, dans certains pays, été relayées par les mouvements féministes. Qu'en est-il en France ? Dans quelle mesure les mouvements féministes français ont joué un rôle de contestation, ou non, de cette norme contraceptive centrée sur la pilule ?

Les tentatives avortées de contestation des contraceptifs oraux et de la norme
contraceptive française

Chapitre 9

De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception

Ce dernier chapitre vise à analyser comment les mouvements féministes et les mouvements pour la liberté abortive et contraceptive en France se sont positionnés par rapport à l'arrivée des contraceptifs oraux. Il vise à s'interroger sur le rôle de ces divers mouvements dans la contestation de la norme contraceptive, ou au contraire dans sa légitimation.

Au cours des années 1960, les luttes pour l'accès à la contraception émergent principalement des mobilisations du MFPPF. Cette association émane initialement des milieux médicaux et s'inscrit dans un courant nataliste et familialiste qui remet peu en cause le rôle procréateur et maternel des femmes. Cependant, au début des années 1970, différentes militantes contestent le cantonnement des femmes au rôle de mères et à la sphère reproductive, ainsi que leur exclusion durable de la sphère productive, au sein du Planning familial comme dans d'autres mouvements (Garcia, 2011). Ceci conduit à la scission, en 1973, de la base militante du Planning d'avec les médecins du Collège médical, dont la position peu favorable à l'avortement libre est progressivement marginalisée au sein du mouvement (Garcia, 2005; Pavard, 2012c). En effet, après l'élection la même année de Simone Iff, une non-médecin, à la présidence de l'association, la plupart des médecins du Collège médical quittent le MFPPF (Pavard, 2012c; Pavard *et al.*, 2012). Cette scission est considérée comme

De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception

le moment de la réorientation féministe de l'association, et son rapprochement avec d'autres mouvements féministes.

L'année 1973 voit également la création du MLAC, émanant de médecins du GIS (Zancarini-Fournel, 2003; Pavard, 2012c) et de militantes du MFPP¹. Le GIS s'inscrit dans la lignée des courants de Mai 68 et propose une critique du caractère autoritaire et patriarcal de la médecine – passant, entre autres, par la contestation de l'Ordre des médecins comme instance représentative de la profession. À partir de 1973, les militant·e·s du MLAC et du GIS se réunissent, dans plusieurs villes de France, pour pratiquer des avortements, par curetage, puis au moyen de la méthode par aspiration, dite « méthode Karman », nouvellement découverte en France et déjà répandue parmi les militantes aux États-Unis (Pavard, 2012b). L'association MLAC, dont les statuts sont déposés à la préfecture de Paris en 1973, est en fait composée de nombreuses sections locales, qui possèdent une certaine indépendance en termes de pratiques ou d'orientation théorique (Zancarini-Fournel, 2003; Ruault, 2016). Outre l'organisation de voyages pour aider des femmes à avorter dans des cliniques à l'étranger, ces différents mouvements contribuent de manière importante à la diffusion de la méthode d'avortement par aspiration en France, et mettent les pouvoirs publics devant le fait accompli, les obligeant à légiférer sur l'avortement (Pavard, 2012c).

Après le vote de la loi Veil dépénalisant l'interruption volontaire de grossesse en 1975, certains groupes MLAC continuent de pratiquer l'avortement, jugeant que la loi exclut une partie des femmes de son accès, ou plus généralement pour pallier le manque d'infrastructures hospitalières permettant effectivement aux femmes de recourir à l'IVG (Ruault, 2017). Ces MLAC, que la chercheuse Lucile Ruault appelle les MLAC « dissidents », perdurent pour certains jusqu'en 1984, et se réorientent vers une critique plus radicale des institutions médicales et du monopole médical instauré sur l'avortement par la nouvelle législation. Ces groupes représentent toutefois une frange minoritaire du mouvement², la majorité des MLAC cessant à partir de 1975 la pratique des avortements et acceptant leur prise en charge par les médecins, et se focalisant sur l'application de la loi et son amélioration, ainsi que sur la création de centres d'orthogénie (Ruault, 2017).

Le mouvement « Choisir la cause des femmes » (Choisir) est fondé en 1971 à l'initiative de l'avocate Gisèle Halimi, à l'occasion du très médiatisé procès de Bobigny, où elle est responsable de la défense d'une jeune femme et de sa mère l'ayant aidée à avorter, toutes deux mises en accusation pour pratique illégale de

1. Quelques militantes du MLF participent également aux premières rencontres MLAC.

2. L. Ruault en recense quatre à travers la France : le MLAC d'Aix-en-Provence, le MLAC de Lille, le MLAC Paris-20e (« MLAC Place des Fêtes » à partir de 1977), et le MLAC de Lyon.

l'avortement (Zancarini-Fournel, 2003; Pavard, 2012c). Le mouvement, davantage centré sur la défense des personnes mises en cause lors de procès pour avortement, et largement construit autour de la personne de Gisèle Halimi, perdure jusqu'au années 1980 en se réorientant vers la question de la défense des droits des femmes, notamment contre les violences conjugales, contre les violences sexuelles de diverses natures (agressions sexuelles, mutilations génitales) et pour la défense de l'égalité femmes-hommes dans la sphère professionnelle. Ce mouvement se rapproche ainsi, au cours des années 1970 et 1980, du « féminisme d'État »³ décrit par la sociologue Anne Revillard (Revillard, 2016), adoptant dans le même temps une position légaliste qui l'éloigne du militantisme du MLAC, basé sur la pratique illégale de l'avortement.

En outre, les mouvements de self-help et de santé des femmes représentent une traduction locale éphémère des mouvements pour la santé des femmes aux États-Unis qui se déploient au début des années 1970, et se diffusent ensuite au Canada et en Europe de l'Ouest. Ces mouvements, dont certaines revendications recoupent celles des MLAC (avec des influences réciproques), portent une critique de la médicalisation du corps des femmes dont on trouve certains échos au sein des MLAC. La manifestation la plus connue de leur tentative d'import en France est l'adaptation, par des militantes, du recueil *Our Bodies, Ourselves*⁴ en 1977, manuel d'auto-formation gynécologique visant à restituer aux femmes une connaissance de leur propre corps et mettre leur expérience au cœur de la réappropriation des savoirs sur elles-mêmes et sur leur corps, et qui a connu des adaptations dans de nombreux pays (Davis, 2007). Des groupes de self-help apparaissent également à Paris et à Lyon, mais restent numériquement très marginaux (Ruault, 2016).

Se pose enfin la question de la manière dont les militantes du MLF ont appréhendé la contraception. Le MLF, mouvement féministe né dans la lignée des mouvements contestataires et étudiants de Mai 68, représente en fait diverses tendances du féminisme français⁵. Constitué de nombreux groupes relativement in-

3. Cette expression renvoie, selon A. Revillard, aux femmes investies dans les institutions publiques, et à ces institutions elles-mêmes, œuvrant à faire avancer les droits des femmes et l'égalité entre les sexes et à instaurer une interaction entre l'État et les mouvements féministes critiques de son action.

4. Collectif de Boston pour la santé des femmes, 1977, *Notre corps, nous-mêmes*, adaptation française, Paris, Albin Michel.

5. Les travaux sur le sujet ont l'habitude de distinguer trois « tendances » au sein du Mouvement : la tendance des « féministes matérialistes », qui théorise l'oppression et l'appropriation – matérielle et symbolique – de la classe des femmes par la classe des hommes ; la tendance « Lutte des classes », qui se revendique davantage du marxisme, et qui articule l'oppression des femmes dans la société patriarcale à une critique plus générale du système capitaliste ; enfin, la tendance « Psychanalyse et Politique » (dite « Psych et po »), incarnant une tendance plus différencialiste du mouvement, prônant l'égalité entre hommes et femmes dans le respect de leurs différences et de leur complémentarité (Picq, 2011).

De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception

dépendants, ce mouvement a néanmoins produit de nombreux supports de réflexion, dont des revues, des journaux, des films, et de très nombreux tracts. Ces divers groupes, bien qu'ils se ne soient pas centrés sur la question des droits reproductifs ou de la santé des femmes, se saisissent de la question de l'avortement qui canalise l'attention à partir de 1971.

L'hypothèse principale qui sous-tend ce chapitre est qu'en France, contrairement à dans d'autres pays, les mouvements féministes qui émergent à la fin des années 1960 et au début des années 1970 ont peu critiqué les effets secondaires associés au contraceptifs oraux, ou la norme induisant son usage généralisé. Au contraire, une partie de ces mouvements aurait prôné le recours à cette méthode pendant plusieurs décennies, discréditant parfois le recours aux autres méthodes comme un phénomène rétrograde.

Une deuxième hypothèse qui sous-tend ce chapitre est qu'au sein des mouvements féministes plus spécifiquement centrés sur les questions de contrôle de la fécondité, comme les MLAC, le MFPPF ou Choisir, la question de la contraception serait une question secondaire par rapport à celle de l'avortement. Plus encore, la contraception semble être peu questionnée, et se résumerait à la question d'un manque de diffusion et d'accès (revendication pour une contraception libre et gratuite) ou serait questionnée seulement sous l'angle d'un manque d'information (information sexuelle et contraception, notamment dans les lycées). Le cas français est mis en perspective grâce aux travaux portant sur les mouvements féministes dans d'autres pays, mettant en lumière la critique centrale des contraceptifs oraux portés par ces mouvements (Watkins, 1998; Löwy, 2005; Silies, 2010, 2015), contrairement à ce que l'on observe en France métropolitaine.

Plus généralement, je m'interroge sur la manière dont la pilule contraceptive est devenue, en France au cours des années 1970, un symbole des luttes féministes, ce qui aurait rendu sa contestation plus difficile et moins systématique que dans d'autres pays où les mouvements féministes, davantage centrés sur les questions de santé, ont formulé leur propre critique des contraceptifs oraux, parallèle à celles qui émergent dans la sphère scientifique (Löwy, 2005). Au sein des mouvements féministes français, une critique des contraceptifs oraux émerge-t-elle en parallèle des critiques décrites au chapitre 8, comme on l'observe au cours des années 1970 aux États-Unis, en Angleterre ou encore en Allemagne de l'Ouest ? Quels en sont les arguments ? Et cette critique se structure-t-elle durablement, au point de pouvoir constituer une force de contestation de la norme contraceptive française ? Dans quelle mesure une critique de la médicalisation, qui se structure concernant l'avortement (Ferrand-Picard, 1982; Pavard, 2012c; Ruault, 2017), émerge également concernant le recours aux méthodes médicales de contraception ?

Ce chapitre s'appuie sur différents matériaux d'archives qui permettent d'objectiver la manière dont ces mouvements se sont saisis des questions contraceptives – et plus généralement des questions de droits reproductifs. Les mouvements féministes étant une constellation de mouvements aux revendications multiples et parfois contraires (Picq, 2011), j'inclus dans mon champ d'analyse plus spécifiquement les mouvements centrés sur les questions contraceptives et abortives, comme le MLAC, le MFPPF, Choisir, ou dans une certaine mesure le MLF et les publications de self-help, comme la traduction française de *Our Bodies, Ourselves*⁶. Cette thèse n'étant pas centrée sur les mouvements féministes eux-mêmes, j'ai choisi comme critère de sélection des sources leur facilité d'accès, en privilégiant également les matériaux relativement homogènes sur plusieurs années voire décennies, comme certaines revues publiées par ces mouvements⁷. Ces différents matériaux, quoique parcellaires pour rendre compte des dynamiques et de la diversité des mouvements féministes et des luttes pour l'avortement et la contraception libres, permettent néanmoins de voir si d'éventuelles critiques et résistances à la pilule se sont structurées de manière récurrente, ou ont au moins été mises en débat au sein de ces mouvements. Si c'est le cas, cela devrait apparaître, au moins par intermittence, dans leurs productions écrites – tracts, manifestes, communiqués ou publications⁸.

6. Collectif de Boston pour la santé des femmes, 1977, *Notre corps, nous-mêmes*, adaptation française, Paris, Albin Michel.

7. Le Fonds MLAC déposé aux Centre d'archives du féminisme à Angers, s'il est loin de rendre compte de l'ensemble des dynamiques de ces mouvements pour l'avortement et la contraception libres (Ruault, 2017), permet d'apprécier à quel point la contraception faisait ou non l'objet d'un questionnement dans un mouvement dont l'intitulé n'est pas centré sur la seule revendication de l'avortement libre, mais qui s'y centre en pratique (Pavard, 2012b). Ce fonds comporte également des documents produits par des mouvements de self-help français, et des archives sur le Planning Familial. Les archives détenues par l'association du MFPPF, à l'époque où j'ai souhaité les consulter, étant en déménagement de Paris au CAF d'Angers et en cours de répertoriage, je m'appuie ici sur les quelques revues publiées par le MFPPF entre 1957 et 1965 présentes dans les archives de Pierre Simon (17 AF) et de Suzanne Képès (19 AF), ainsi que sur divers documents sur la contraception, produits par le MFPPF entre 1970 et la fin des années 1990, et disponibles à la Bibliothèque Nationale de France, complétés par les nombreux travaux déjà existants sur ce mouvement. À la Bibliothèque Nationale de France, j'ai également pu accéder à la revue *Le Torchon Brûle*, publication du MLF entre 1971 et 1974, ainsi qu'à la revue du mouvement Choisir, consultée entre 1973 et 1988.

8. Il serait intéressant de prolonger l'analyse par des témoignages d'histoire orale de militant-e-s, dans la mesure où ces mouvements allient hétérogénéité, fort ancrage local et, pour certains, faible quantité des sources écrites disponibles (Ruault, 2016). Des entretiens auprès de militantes ayant participé aux mouvements revendiquant la liberté de l'avortement et la contraception permettraient de rendre compte plus finement des débats et discussions informelles sur la contraception – et particulièrement des contraceptifs oraux – qui existaient en leur sein, à l'instar de l'analyse très fine que propose L. Ruault sur les trajectoires de militantes et militants, non médecins et médecins, et de leur engagement pour la liberté de l'avortement (Ruault, 2017). Une telle analyse, particulièrement heuristique, dépasse malheureusement le cadre de ma thèse. Ce chapitre suggère cependant que des débats sur les contraceptifs oraux ont bel et bien surgi dans les discussions entre militantes – et on en trouve quelques traces dans les productions écrites –

S'appuyant sur ces divers matériaux et travaux de recherche, la première partie de ce chapitre évalue dans quelle mesure la contraception pose question au sein des mouvements féministes, au sens où elle ferait l'objet de débats récurrents, notamment sur les méthodes contraceptives elles-mêmes. Je cherche à montrer que si les mouvements féministes dans les années 1970-80 sont plutôt centrés sur la question de la légalisation et de l'accessibilité de l'avortement, ces combats sont accompagnés de revendications pour une contraception libre et gratuite. Dans cette perspective, la pilule est érigée dans les années 1970 en symbole des luttes féministes contre une société conservatrice et patriarcale, symbole encore mobilisé aujourd'hui très largement dans la mémoire collective des luttes féministes. Elle est aussi érigée comme remède au fléau des avortements clandestins, et outil de libération des femmes.

Un deuxième temps de ce chapitre analyse dans quelle mesure les critiques de la médicalisation de la santé reproductive, existant sur la question de l'avortement, ont également émergé concernant la contraception, et comment un certain nombre de tensions théoriques inhérentes à ces mouvements permettent de faire émerger des critiques des contraceptifs oraux. Toutefois, je montre que ces critiques ne se structurent pas en une revendication clairement formulée, de manière transversale à l'ensemble de ces mouvements ou de manière durable dans le temps. Ceci est partie lié à la marginalité des mouvements de self-help en France dans la nébuleuse des mouvements féministes et des mouvements pour l'avortement libre (Ruault, 2016), contrairement à leur homologues italiens, suisses, belges, hollandais, allemands, anglais ou nord-américains. Mais c'est aussi lié aux diverses tensions théoriques inhérentes à ces mouvements, concernant la manière de penser les méthodes médicales de contraception.

Enfin, une troisième partie du chapitre s'intéresse au débat actuel autour des critiques de la pilule au sein des espaces féministes, peu d'années après la crise médiatique mettant en cause les pilules de troisième et quatrième générations. Ce débat contemporain est en effet très intéressant pour éclairer, de manière rétrospective, comment s'est structurée la mémoire collective autour des luttes féministes des années 1970-80. Il voit se dessiner deux positionnements clairement opposés au sujet de la pilule contraceptive, qui semblent recouper deux générations distinctes de féministes abordant de manières différentes les enjeux de l'accès à la contraception et la notion de choix contraceptif. Toutefois, ce débat contemporain ne se réduit pas à un conflit des générations, et permet plutôt de mettre en lumière que, rétrospectivement, c'est plutôt une vision positive de la pilule qui a triomphé

mais que ces discussions se sont assez peu structurées comme des revendications centrales de ces mouvements.

dans la mémoire de ces mouvements féministes, et que les critiques, si elles ont émergé en leur sein, ont été marginalisées. Cela permet de comprendre que les mouvements féministes français n'ont pas représenté la force de contestation d'une norme contraceptive centrée sur la pilule qu'ils ont pu incarner dans d'autres pays, ni même le relais de la parole de femmes insatisfaites avec ces produits.

9.1 La contraception dans les mouvements féministes : un sujet qui ne pose pas question ?

Si l'avortement permet de structurer plusieurs mouvements féministes, voire d'offrir aux féministes de sensibilités et de mouvements divers une cause commune posée dans des termes similaires d'un mouvement à l'autre, les revendications autour de la contraception paraissent, sinon dépassées au début des années 1970, du moins largement consensuelles et peu problématiques : il s'agit de militer pour un accès le plus large possible aux contraceptifs pour l'ensemble de la population, passant notamment par le remboursement des méthodes par la sécurité sociale, seule garantie que toutes les femmes, quels que soient leurs revenus, puissent accéder à une régulation efficace de leur fécondité. La contraception orale, érigée comme symbole de cette revendication d'une contraception libre et gratuite, apparaît plutôt comme un symbole positif des luttes pour les droits à disposer de son corps, que comme un obstacle à l'auto-détermination des femmes vis-à-vis de leur choix reproductifs.

9.1.1 Des mouvements féministes centrés sur la question de l'avortement, malgré la revendication d'une contraception « libre et gratuite »

Dans l'ensemble des matériaux d'archives consultés, comme dans les différents travaux portant sur les luttes féministes des années 1970 pour les droits reproductifs, c'est clairement la question de l'avortement qui apparaît au cœur des luttes et des revendications des différents mouvements féministes, à la fin des années 1960 et particulièrement au cours des années 1970. Les revendications pour l'avortement libre et gratuit ou pour une révision, voire une abrogation, des lois réprimant l'avortement occupent ainsi une place importante dans les préoccupations du MLF et sont à l'origine de la création du mouvement Choisir par Gisèle Halimi en 1971, et du MLAC par des médecins militant·e-s du GIS, des militantes du MFPPF et quelques militantes MLF en avril 1973. La scission des militantes féministes

De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception

du MFPPF d'avec les médecins du Collège médical du Planning en 1973 porte également sur la question de l'avortement, les premières étant en faveur d'une plus grande libéralisation que les second·e·s. L'accès à l'avortement reste une préoccupation centrale de ces mouvements jusqu'à la loi Veil de 1975 sur l'IVG, voire jusqu'à la prolongation de la loi sur l'IVG en 1979 pour le MLAC, Choisir, et le MFPPF⁹. L'avortement, en plus d'être au centre des revendications de ces différents mouvements, se situe au cœur des pratiques des MLAC de plusieurs villes de France métropolitaine, qui visent à pallier l'immobilisme de l'État en matière de législation sur l'avortement, en réalisant des avortements à domicile, entre militant·e·s, ou à organiser des voyages dans des cliniques à l'étranger pour permettre à des femmes d'avorter (Zancarini-Fournel, 2003; Pavard, 2012b).

Ces mouvements perdurent pour certains au-delà de la légalisation de l'IVG en 1975 et de son extension en 1979, la loi ayant, dans les faits, de nombreuses difficultés à être mise en œuvre du fait de la réticence de nombreux médecins et directeurs d'hôpitaux à mettre en place des services dédiés, et laissant par ailleurs de côté certaines femmes qui ne rentrent pas dans les critères de prise en charge par l'institution médicale (Ruault, 2017). Une partie des militantes de ces mouvements contestent également le monopole médical imposé par l'État sur cet acte et continuent de réaliser les avortements à domicile, malgré l'interdiction promulguée par la loi Veil de les réaliser hors milieu hospitalier.

Si la question de l'avortement est donc au centre d'une partie des luttes féministes au cours des années 1970 et au début des années 1980, cette question est souvent pensée en lien avec la contraception. La plupart des mouvements féministes cités ci-dessus font explicitement référence à la contraception dans leurs revendications, slogans ou même statuts d'association. Ainsi, le MLAC revendique par exemple « l'avortement et la contraception libres et gratuits », et les statuts de l'association mentionnent explicitement la lutte pour une large diffusion de l'information sur la contraception, aux côtés de la lutte « contre l'avortement clandestin, ses causes sociales et culturelles et ses conséquences »¹⁰. Le MFPPF fait également dès les années 1960 la promotion de la contraception comme moyen de lutter contre les avortement clandestins, avec pour slogan « Un enfant, si je veux, quand je veux ». Au début des années 1970, l'avortement occupe une place de plus en plus centrale dans les débats de l'association, et la prise de pouvoir par les militantes en 1973 consacre son évolution vers la revendication de l'avortement

9. L. Ruault note toutefois dans sa thèse que plusieurs groupes locaux du MLAC comme du Planning familial demeurent assez réticents à l'avortement et restent très centrés sur la contraception, à l'instar du Planning familial de Lille (Ruault, 2017, p. 311).

10. MLAC, Statuts de l'association, déposés à la prefecture de Paris le 4 avril 1973, Fonds MLAC, 10 AF 2.

libre, alors que les médecins du Collège médical étaient davantage partisans d'une libéralisation restreinte, sous contrôle médical (Garcia, 2005; Pavard, 2012c)¹¹. L'association Choisir, dans ses premiers tracts, place l'accès à une « contraception libre, totale, et gratuite » et la promotion d'une « véritable éducation sexuelle » comme objectifs premiers de l'association, juste avant la « suppression de tous les textes répressifs relatifs à l'avortement », et la défense gratuite des personnes accusées d'avortement ou de complicité d'avortement¹². Enfin, dans les articles qui portent sur la contraception et l'avortement dans le journal *Le Torchon Brûlé*, lancé par des militantes du MLF en 1971, les deux termes sont systématiquement associés comme les moyens d'offrir aux femmes les conditions d'un choix véritable en matière reproductive.

Ces différents mouvements convergent vers la triple revendication de la légalisation de l'avortement, son remboursement par la sécurité sociale et la mise à disposition libre et gratuite des différents moyens contraceptifs pour toutes les femmes, à l'inverse du cadre de diffusion de la contraception très restrictif mis en place par la loi Neuwirth (non remboursement, carnets à souche, pas d'accès pour les mineures sans autorisation parentale). Ils contribuent en cela à changer la définition de l'avortement et de la contraception auparavant défendue par les fondatrices-teurs du Planning familial : d'une lutte *pour* la contraception comme moyen de lutte *contre* l'avortement (et les avortements clandestins), on passe ici à la vision de l'avortement et de la contraception comme deux aspects complémentaires de la régulation des naissances, permettant aux femmes de disposer de leur propre corps¹³. Ces mouvements revendiquent donc la nécessité de l'avortement légal pour permettre aux femmes un véritable choix en matière reproductive, en l'absence de méthodes de contraception complètement satisfaisantes. Ils visent plus généralement à pousser l'État à mettre en place une véritable prise en charge

11. Mouvement français pour le Planning familial, 1979, *Contraception et avortement : le droit des femmes*, Paris, éditions tierce. De l'objectif de lutte contre l'avortement clandestin grâce à la contraception, le MFPPF glisse donc vers une définition de la régulation des naissances incluant le recours à l'avortement comme un acte légitime en cas d'échec contraceptif.

12. Tract de l'association Choisir, novembre 1972 ; tract de présentation de l'association Choisir, 1974 ; tract de l'association Choisir, du 25 octobre 1975 à Paris, Bibliothèque nationale de France, 4-WZ-13296.

13. L. Ruault note dans sa thèse que la vision d'un continuum entre contraception et avortement pour limiter la taille des familles était celle qui prévalait à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e, mais que tout le combat de l'association *Maternité Heureuse* à la fin des années 1950 puis du MFPPF a justement été d'introduire une rupture entre les deux termes, afin de justifier la légalisation de l'un pour lutter contre le « fléau » représenté par l'autre. Les mouvements féministes des années 1970, particulièrement au sein des MLAC par la pratique de l'avortement à domicile, visent à rompre avec cette vision repoussoir de l'avortement, et à revendiquer sa légitimité comme technique de limitation des naissances. La chercheuse note toutefois que l'avortement, pour légitime qu'il puisse paraître pour ces militantes, n'en devient pas pour autant une pratique ordinaire de régulation de la procréation (Ruault, 2017).

De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception

des techniques de limitation des naissances, et leur remboursement. C'est ce qui transparaît dans le premier numéro du *Torchon Brûle*, revue du MLF lancée en 1971 :

« Nous dénonçons l'opposition que l'on voudrait faire entre contraception et avortement, comme si les femmes avaient le choix. Les femmes n'ont pas le choix ; elles ne recourent pas à l'avortement pour le plaisir (!) c'est-à-dire par masochisme, mais parce que la contraception non plus, n'est pas "libre" : la contre-propagande frénétique, le barrage à l'information sont soigneusement entretenus et orchestrés : 6% des femmes adultes y ont accès aujourd'hui et 2 sur 1000 seulement viennent des milieux populaires. Refuser l'avortement sous prétexte qu'il freine la contraception revient à pénaliser encore une fois les victimes d'une politique au lieu d'en attaquer les responsables. »¹⁴

L'avortement apparaît clairement comme complémentaire, et non comme terme opposé, à la contraception. Selon cette vision, les revendications pour l'avortement sont les mêmes que celles pour la contraception : légalité, lutte contre les entraves administratives ou matérielles à leur mise en œuvre, remboursement par la sécurité sociale, accès pour toutes les femmes, quel que soit leur âge ou leur nationalité, dans une optique de « libération des femmes »¹⁵.

Toutefois, si l'accès à la contraception figure parmi les objectifs de ces mouvements, il s'agit de la notion de contraception prise dans son ensemble. Dans ces matériaux, les discussions sur la contraception sont rarement déclinées selon les différentes méthodes. Dans les années 1970 en effet, c'est l'enjeu de l'information sur la contraception, et celui de son remboursement, qui apparaissent dans les revendications, et non pas tellement celle du choix contraceptif, qui sera davantage mise en avant au début des années 1980 par le MFPPF, ou encore par la campagne contraceptive du Ministère des Droits de la Femme, lancée par Yvette Roudy en 1982. En un sens, la contraception ne fait pas l'objet de débats, elle apparaît comme un acquis de la décennie précédente, qu'il faut consolider, étendre à davantage de femmes, et dont il faut revendiquer la gratuité. Les militantes veulent en effet favoriser un accès universel aux informations sur la contraception, et aux ressources contraceptives. Le terme de « contraception » est pris comme un tout, et pensé comme un outil pour permettre aux femmes d'exercer leur droit à disposer de leur corps, les méthodes elles-mêmes étant rarement discutées ou faisant peu l'objet de débats, du moins dans les publications de ces différents mouvements, à l'exception de quelques cas précis qui seront analysés dans la suite du chapitre.

14. Collectif, *Le Torchon Brûle*, n° 1, 1971, BnF Fol-Jo 16349.

15. Document de présentation du MLAC, non daté, Centre d'Archives du Féminisme, Fonds MLAC, 10 AF 1.

La mobilisation de ces mouvements pour l'avortement et la contraception libres débouche, en décembre 1974 et janvier 1975, sur les deux lois Veil, la première actant le remboursement de la contraception et son libre accès pour les mineur·e·s, la deuxième légalisant l'IVG pour cinq ans et précisant les conditions de son recours. Leur mobilisation au milieu et à la fin des années 1970 participe à la légalisation définitive de l'IVG en 1979 par la loi Pelletier, mais qui n'acte pourtant pas son remboursement par la sécurité sociale, malgré les revendications en ce sens émanant du MLAC, de Choisir, et du MFPPF¹⁶. Au début de la décennie 1980, la contraception remboursée par la sécurité sociale (à l'exception des préservatifs et des produits spermicides), ainsi que l'accès à l'IVG – non remboursée jusqu'en 1983 – sont donc des acquis importants de ces différents mouvements luttant pour la liberté de disposer de son propre corps. Au cours de la décennie 1970, c'est plus particulièrement les contraceptifs oraux qui incarnent la revendication d'une liberté contraceptive et du droit à effectuer ses propres choix en matière reproductive.

9.1.2 La pilule comme symbole des luttes féministes

Dans des contextes où l'accès à la contraception est réprimé par les pouvoirs publics, et où les maternités répétées et les grossesses non souhaitées pèsent sur le quotidien des femmes, la pilule contraceptive et sa très grande efficacité théorique apparaissent comme la solution aux drames quotidiens de l'avortement clandestin, souvent réalisé dans de mauvaises conditions sanitaires. À ce titre, « la » pilule est rapidement érigée comme le symbole de revendications pour un plus grand contrôle des femmes sur leur vie reproductive. Dans plusieurs pays qui n'ont pas d'interdiction de vente des contraceptifs, ou dans lesquels la contraception est libéralisée avant les années 1960, la pilule devient un symbole des revendications féministes (Watkins, 1998; Silies, 2015). En France, ces produits demeurent interdits pour raisons contraceptives jusqu'à la fin des années 1960, voire jusqu'en 1972, date de parution des derniers décrets d'application de la loi Neuwirth. Dénonçant ces restrictions à la liberté décisionnelle des femmes en matière reproductive, le Planning familial est le premier à faire des moyens « modernes » de contraception (incluant successivement le diaphragme et les spermicides, puis la pilule, puis le DIU) le symbole d'une vision éclairée et rationnelle de la régulation des naissances, face à des oppositions jugées conservatrices et rétrogrades dans les milieux politiques, médicaux, et religieux.

Comme je l'ai montré au chapitre 2, le glissement s'opère dans l'espace mé-

16. Le remboursement de l'IVG est donc l'objet des revendications de ces trois associations au début des années 1980, débouchant en 1983 sur un remboursement effectif.

diatique à partir de 1966 concernant la loi Neuwirth : d'une loi qui légalise la contraception, on passe progressivement aux revendications d'une loi « pour la pilule ». Au sein du MFPPF, et notamment de son Collège médical, on retrouve des promoteurs·trices de la pilule et du DIU, méthodes qui apparaissent comme les plus efficaces dans la lutte contre les drames des avortements clandestins. C'est progressivement la pilule qui est érigée comme le moyen le plus efficace de cette lutte. Les critiques de la pilule sont alors assimilées à des forces conservatrices, ennemies de la cause des femmes et de leur émancipation. Cette vision est perceptible dans plusieurs mouvements féministes au cours des années 1970. Le premier numéro du *Torchon Brûle* revient dans une double page consacrée à « contraception et avortement » sur les critiques généralement adressées à la pilule et dénonce ces critiques comme de fausses informations qui perpétuent l'ignorance des femmes sur cette méthode efficace de contrôle de leur fécondité :

« Les notions fausses qui circulent sur la pilule :

- Elle fait venir des varices : Faux, avec les nouvelles pilules qui sont moins dosées (Millianovlar, Stédiril). (...)

“Elle fait tourner le sang” : Faux, c'est une notion propagée de bouche à oreille par les femmes maintenues en troupeau ignare et qui sont conditionnées à refuser même l'idée qu'elles puissent être responsables de leur propre corps et de son utilisation.

- Elle rend frigide : Faux, au contraire, libérée de la peur d'être enceinte, la femme n'appréhende plus l'acte sexuel, puis découvre le plaisir, et peut enfin vivre sa sexualité dans le plaisir. Mais il est vrai que les femmes culpabilisées peuvent refuser cette liberté de jouir sans angoisse et devenir frigides. C'est évidemment un comportement psychologique.

- Elle abime le corps de la femme et donne des monstres comme enfants : Faux, ce qui abime le corps de la femme ce sont les nombreuses grossesses dans des conditions pires, les avortements mal faits qui rendent stériles et non la prise de la pilule, soit de 2 hormones physiologiques, c'est-à-dire qui se trouvent normalement dans l'organisme et à des doses égales à celles secrétées chaque jour par l'organisme. Faux aussi pour les monstres, car depuis 10 ans on voit des enfants tout à fait normaux naître chez les femmes qui ont pris la pilule. (...)

On a parlé ici que de la pilule car c'est le moyen contraceptif pour la majorité des femmes tandis que le stérilet n'est valable que pour celles qui ont déjà été enceintes ou pour celles qui pour une cause médicale ne peuvent pas prendre la pilule.

Quant aux autres moyens dits contraceptifs, le diaphragme, les gelées spermicides, l'abstinence périodique, l'acte interrompu, soit parce qu'ils nécessitent

un matériel non physiologique qui oblige à certaines conditions matérielles et psychologiques pour avoir une sexualité normale (comme le diaphragme) soit parce qu'ils perturbent le cours normal de l'acte sexuel, et n'ont en fait qu'une sécurité à 60% comme le coït interrompu, il faut les oublier et ne pas les utiliser.

On est parti du principe que la femme n'est pas une machine à reproduire qu'elle doit donc utiliser la contraception dès et tant que son corps peut procréer, qu'elle doit utiliser pour cela le moyen le plus efficace, le plus inoffensif, vus les moyens actuels de la science et de la techniques, qu'elle doit donc faire le choix de la pilule contre les risques des avortements et des grossesses non désirées ; qu'elle doit par ce choix commencer à éprouver sa liberté, mais que actuellement, les femmes sont inégales devant ce choix et que bien souvent, la société, les pères ou les maris ensuite ne leur permettent pas de faire de choix et qu'il faut donc qu'elles arrachent le pouvoir de le faire ce choix. (...)

Les femmes qui se sont donné la possibilité de choisir la contraception sont celles qui ont échappé au rôle que veut leur assigner la société et ont échappé à la morale de cette société, propagée par les curés, les médecins, les pères et les maris. La contraception est une des bases de la libération de la femme, en effet elle libère de l'angoisse de la procréation chaque acte sexuel et oblige à séparer procréation et sexualité. *Il faudrait à l'heure actuelle que presque pour la majorité des femmes, contraception = pilule*¹⁷. Pourquoi ? parce que c'est le seul moyen efficace à 100 % en lui-même. En lui-même, parce qu'il est quelques rares échecs dus à une mauvaise utilisation de la méthode, dont sont le plus souvent responsables les médecins, qui ne livrent que parcimonieusement les informations et le savoir sur la pilule. (...) Cette efficacité à 100 % a été déterminée scientifiquement, il n'y a pas à y revenir. »¹⁸

La suite de l'article examine les « *soi-disant risques de la pilule* » : cancers et risques thrombo-emboliques sont écartés comme relevant du « *passé médical de la femme* » (donc renvoyés non pas au produit lui-même mais à l'existence de contre-indications chez certaines femmes), et les « effets secondaires mineurs » sont considérés comme « psychosomatiques » chez une femme sur deux : le mal de tête est ainsi décrit comme « uniquement psychologique », la prise de poids serait due principalement à un appétit accru et à un manque d'exercice physique, et les saignements, peu alarmants, disparaîtraient au bout de quelques cycles. L'article dit vouloir présenter ces « soi-disant risques » car « *parmi eux il en est de vrais, mais il en est de faux*, propagés par les ennemis de la libération de la femme et qui

17. Je souligne.

18. Collectif, *Le Torchon Brûle*, n° 1, 1971, BnF Fol-Jo 16349.

De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception

sont gonflés par l'ignorance populaire savamment entretenue par les médecins¹⁹. »

Cet extrait témoigne de l'association forte qui est parfois faite entre pilule et « libération de la femme », au sein d'un mouvement comme le MLF. L'article dénonce en effet toute critique adressée à ce moyen contraceptif, les personnes critiquant la pilule étant assimilées à des ennemis des femmes et de la cause féministe. Transparaît également une très forte injonction à recourir à ce moyen contraceptif, avec une opposition discursive faite entre des femmes échappant au rôle que leur assigne la société – celles qui se contraignent efficacement – et des femmes « *maintenues en troupeau ignare* » qui refusent de prendre la pilule, ou même de se contracontrer. Le pilulocentrisme de la contraception est même explicitement revendiqué comme une injonction, selon laquelle il « *faudrait (...) que presque pour la majorité des femmes, contraception = pilule* ». Le DIU, dont l'efficacité est reconnue, est présenté ici comme une méthode de remplacement, valable pour les femmes qui ont déjà été enceintes ou celles qui ne peuvent pas prendre la pilule. Toutes les autres méthodes sont disqualifiées comme trop peu efficaces, et l'article précise qu'il faut « *les oublier et ne pas les utiliser* ». Par là, les auteures de l'article réaffirment la pilule contraceptive comme seul moyen de libérer les femmes de leur destin maternel, et du risque de grossesse non souhaitée ou d'avortement.

On trouve des échos de cette vision dans une grande partie des archives consultées, quoique certains mouvements soient parfois plus mesurés vis-à-vis de la pilule ou de la disqualification des autres méthodes. Ainsi, un « projet de plateforme de lutte », rédigé par le collectif des groupes MLAC parisiens en 1976, précise que :

« Le poids de l'idéologie traditionnelle, la répression systématique de toute tentative réelle de libéralisation, le refus de mettre à la portée de toutes et de tous les *progrès de la science*²⁰ sont les signes les plus évidents de l'oppression qu'exerce la société capitaliste sur la sexualité des femmes et des hommes, surtout ceux des milieux populaires, qui ne disposent pas des moyens et des informations nécessaires à leur épanouissement. »²¹

Je lis la référence aux « *progrès de la science* », que le gouvernement refuse de mettre à la portée de tou-te-s, comme une critique des barrières à l'accès à la pilule et au DIU, notamment pour les classes populaires, que l'État ne cherche pas suffisamment à toucher par une information sur les méthodes contraceptives.

19. Je souligne.

20. Je souligne.

21. « Projet de plateforme de lutte, rédigé par le collectif des groupes MLAC parisiens, Relu et corrigé par l'A.G. du 1^{er} Novembre 1976 », Fonds MLAC, 10 AF 3 : Collectif et commissions.

On retrouve cette critique du manque d'information dispensée sur les méthodes contraceptives jugées efficaces dans la profession de foi d'une candidate représentant le MLAC d'Aix-en-Provence aux élections cantonales de 1976 :

« Nous nous sommes organisées pour que les avortements se passent bien, tranquillement, dans l'amitié. (...) Le M.L.A.C. d'Aix a pratiqué près de 600 avortements, toujours en équipe et dans de très bonnes conditions. Nous avons aussi beaucoup parlé ensemble de la CONTRACEPTION. Parce que nous pensons que ce serait bien mieux que la contraception soit largement utilisée et que les femmes n'aient pas besoin d'avorter. Notre expérience nous a montré que les informations les plus répandues sont insuffisantes et même, parfois, fausses. Alors, nous avons fait ensemble une brochure d'information sur la pilule et le stérilet, seules méthodes vraiment sûres. »²²

La contraception est ici clairement mise en équivalence avec la pilule et le DIU, les autres méthodes étant écartées comme trop peu « sûres ». Ces deux extraits sont intéressants, car ils semblent traduire le résultat de nombreuses discussions et débats au sein des mouvements MLAC (l'un est relu et corrigé lors d'une assemblée générale du MLAC, l'autre est écrit à la première personne du pluriel et se réfère à des discussions collectives des militantes au sein du MLAC d'Aix-en-Provence). Ces différentes discussions semblent donc aboutir à une mise en avant des méthodes médicales de contraception que sont la pilule et le DIU, et à la disqualification de l'ensemble des autres méthodes au nom de leur manque d'efficacité. Les méthodes jugées « modernes » sont ainsi présentées comme garde-fou de l'avortement et des grossesses non désirées.

Or, de manière intéressante, cette vision reflète des éléments de langage et une définition de la contraception qui sont celle et ceux des expert·e·s en contraception à la fin des années 1960 et au début des années 1970 (voir chapitre 3), et qui est plus généralement la vision de la contraception promue par le MFPPF. Au nom du droit des femmes à décider de leur corps et de leur fécondité, et au nom de la lutte contre les avortements clandestins, ces mouvements participent à la hiérarchisation des méthodes de contraception au profit des méthodes médicales, voire en mettant en avant la pilule comme symbole des luttes pour l'émancipation des femmes. Ils identifient également l'avortement comme résultant d'un manque d'information sur la contraception et d'un manque d'accès (matériel ou économique) aux méthodes médicales de contraception. En cela, ils proposent un cadrage de la contraception qui ne remet pas en cause sa médicalisation, mais participe au contraire à l'entériner.

22. Candidature de Nicole Grand pour le M.L.A.C. d'Aix-en-Provence, élections cantonales du 7 mars 1976, Fonds MLAC, 10 AF 11 : Manifestations et campagnes.

De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception

La critique des milieux médicaux, accusés de faire de la rétention d'information ou de l'entrave à l'accès aux méthodes, ou même, tout simplement, de n'être pas assez bien formés pour la prise en charge contraceptive, est également présente, comme en témoigne la lettre ouverte de militantes du MLAC aux médecins concernant la prise en charge contraceptive, présentée en annexe (voir Annexe E). Toutefois, dans cette annexe comme dans les extraits présentés plus haut, une très large place est laissée à la pilule contraceptive, et dans une moindre mesure au DIU, méthodes de contraception nécessitant le recours aux médecins.

Cette vision de la pilule contraceptive comme symbole des luttes féministes pour le droit des femmes à disposer de leur corps est également revendiquée au sein des mouvements féministes en Angleterre, en Allemagne de l'Ouest et aux États-Unis, mais plutôt dans les années 1960 (Watkins, 1998; Silies, 2015). Comme le montrent Elisabeth Watkins dans le cas des États-Unis, et Eva Maria Silies dans le cas de l'Angleterre et de la RFA, la pilule contraceptive est très tôt associée à une révolution contraceptive et, avec elle, à une révolution sexuelle. L'apparition soudaine de moyens très efficaces pour contrôler sa fécondité correspondrait à une période de plus grande liberté des mœurs en matière sexuelle et d'évolution des rapports de pouvoir au sein des couples. L'arrivée des contraceptifs oraux devant de quelques années celle des DIU en plastique, c'est cette première méthode qui est érigée en symbole d'une révolution libérant les femmes de leur fardeau reproductif. L'historienne allemande E. M. Silies fait le même constat pour l'Angleterre et l'Allemagne de l'ouest : l'arrivée de la pilule en 1960 en Angleterre et en 1961 en Allemagne catalyse une évolution des mœurs familiales et sexuelles, chez une génération de femmes démarrant leur vie affective et sexuelle à cette époque (Silies, 2010). Pour le mouvement de libération des femmes ouest-allemand, comme chez les féministes anglaises, c'est d'abord cette vision d'une pilule libératrice qui prévaut durant toute la décennie, avant d'être progressivement questionnée puis fortement critiquée à partir du début des années 1970 (Silies, 2015). Ainsi, cette vision très favorable à la pilule semble prédominer dans les mouvements féministes français, au moment même où leurs homologues anglais et allemands questionnent son hégémonie.

Pourtant, comme dans d'autres pays, cette vision de la pilule comme symbole de l'émancipation des femmes ne perdure pas de manière univoque au cours des années 1970, et des critiques de ces contraceptifs émergent occasionnellement pendant cette décennie. La partie suivante analyse ces critiques et les diverses positions existant au sein des mouvements féministes français vis-à-vis de la contraception orale, révélant un certain nombre de tensions théoriques et pratiques vis-à-vis de méthodes de prévention des grossesses très efficaces, mais contrôlées par les

médecins et promues par les industries pharmaceutiques.

9.2 Des contraceptifs oraux peu critiqués, malgré des positionnements théoriques favorables à leur mise en cause

Au sein du MLAC, du MLF et des mouvements de self-help, différentes positions critiquant l'institution médicale pour son caractère paternaliste et capitaliste émergent au cours des années 1970. Toutefois, ces critiques, récurrentes sur la question de l'avortement (Zancarini-Fournel, 2003; Pavard, 2012c), sont rarement mises en lien avec les contraceptifs oraux ou d'autres méthodes médicales de contraception. Plus généralement, diverses lignes de tensions théoriques dans la manière de considérer la contraception et les rapports de pouvoir qu'elle sous-tend révèlent les difficultés à faire émerger une critique unanime des contraceptifs oraux dans ces mouvements féministes. Ceci, d'autant plus que les mouvements de self-help centrés sur la réappropriation militante des femmes de leur propre santé et de leur corps, demeurent relativement marginaux en France (Ruault, 2016).

9.2.1 La critique d'une médecine bourgeoise et capitaliste rarement mise en lien avec les contraceptifs oraux

Dans les archives du MLAC qui datent de la fin des années 1970, on trouve plusieurs documents qui positionnent les luttes pour l'avortement et la contraception dans une perspective anti-capitaliste, anti-patriarcale et anti-impérialiste. Dénonçant les rapports de pouvoir auxquels les femmes sont confrontées lorsqu'elles consultent un·e médecin pour une contraception ou lorsqu'elles avortent, dénonçant également la médecine et les industries pharmaceutiques orientées vers le profit, et dénonçant l'attitude ambivalente de l'État qui adopte une politique nataliste en métropole et néo-malthusienne dans les territoires et départements d'outre-mer, certains groupes féministes en appellent à une réappropriation par les femmes des techniques contraceptives et abortives et des espaces médicaux, ainsi que de l'information médicale en matière de contrôle des naissances. Comme le note Lucile Ruault (2016), cette orientation critique vis-à-vis de l'institution médicale accompagne la réorientation des MLAC après le vote de la loi sur l'IVG en 1975, et la poursuite par quelques MLAC « dissidents » de la pratique illégale des avortements. Minoritaires dans le mouvement plus général du MLAC initialement constitué pour défendre les médecins avorteurs·euses et faire reconnaître l'avortement comme acte médical,

De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception

les MLAC « dissidents » intègrent certains arguments des mouvements de self-help nord-américains et européens, et se réorientent vers une critique plus radicale du système médical. Ces MLAC revendiquent, plus encore que les instances centrales, des pratiques et un discours d'appropriation par les femmes de leur propre corps, intégrant alors, au-delà de la question de l'avortement, d'autres pratiques mettant l'expérience des femmes au cœur de la production des savoirs militants.

Cette réorientation de certains MLAC transparaît au travers de plusieurs archives de mouvements de femmes pour l'accès à l'avortement et à la contraception, très mobilisés à l'occasion des débats sur la reconduction de la loi Veil sur l'IVG en 1979²³. Je retranscris l'un de ces documents, qui témoigne de l'orientation de ces groupes militants à la fin de la décennie 1970 :

« Plus que jamais à l'heure actuelle, on nous refuse, par une politique nataliste, le droit à décider d'avoir ou non des enfants, de disposer de notre corps et de notre sexualité. La famille française idéale en métropole devient la famille de trois enfants : l'absence d'information et de moyens mis au service des femmes pour la contraception, l'offensive contre la pilule (sic), la non reconnaissance de l'avortement, l'«Année de l'Enfant», l'absence de prise en charge réelle des enfants par la collectivité, tout cela vise à renforcer le modèle de la femme-mère, peut-être moderne et bien équipée, mais faussement «libérée», confinée, isolée, soumise aux devoirs familiaux et conjugaux, «toute dévouée à la famille», et à renforcer la famille, à culpabiliser les femmes. (...) C'est pourquoi nous nous battons

Pour que toutes les femmes aient le droit de décider de leur contraception, de leur maternité, et de leur sexualité.

Pour le droit à la contraception et à l'avortement libres et gratuits pour toutes, y compris les mineures et les immigrées (avec suppression de l'autorisation parentale).

Pour la dépénalisation totale de l'avortement : abrogation de la loi de 1920, en particulier de l'article 317 du Code Pénal.

Pour des centres de contraception, avortement, sexualité, avec un droit de contrôle des femmes.

Pour une réelle information, permettant aux femmes de choisir les méthodes

23. « Projet de plateforme de lutte, rédigé par le collectif des groupes parisiens. Relu et corrigé par l'A.G. du 1^{er} Novembre 76 », Fonds MLAC, 10 AF 3 : Collectif et commissions ; « Plateforme de la campagne avortement contraception et sexualité du mouvement des femmes, à l'occasion des quatre ans de la loi Veil (17 janvier 1979) et des discussions pour son renouvellement », Fonds MLAC, 10 AF 10 : Rencontres, Débats, Réunions ; Tract du Groupe des femmes latinoaméricaines de Paris, 15 janvier 1979 ; Fonds MLAC, 10 AF 10 ; Collectif, « Le Contrôle des femmes », rédigé par des copines du groupe Self Help à partir du compte rendu de la commission sur le contrôle des femmes réunie au MLAC le 22/09/79, Fonds MLAC, 10 AF 10.

d'avortement avec ou sans anesthésie, en particulier la méthode par aspiration inventée par des femmes et d'être avortées dans des centres uniques de contraception, avortement, sexualité, dans les hôpitaux. (...)

Pour que toutes les femmes aient accès à toutes les méthodes contraceptives et qu'elles aient accès à la totalité des informations leur permettant de choisir en connaissance de cause.

Contre les profits des laboratoires pharmaceutiques ; et pour l'orientation et le développement des recherches scientifiques vers des méthodes contraceptives simples, utilisables par toutes et tous, hommes et femmes.

Pour qu'il n'y ait aucune discrimination entre les femmes, qu'elles soient jeunes, ou immigrées, ou habitantes des TOM-DOM.

Pour la suppression des inégalités d'une contraception et de la stérilisation qui est réprimée en France, et favorisée par une politique raciste, malthusienne dans les départements et territoires d'outre-mer, et dans les pays du Tiers-Monde.

Pour la suppression des expérimentations des nouveaux moyens contraceptifs sur les femmes du Tiers-Monde, des minorités ethniques et immigrés en France et dans les TOM-DOM.

Contre toute pratique imposée : par exemple l'interdiction de la contraception pour les handicapées, ou la contraception forcée dans les hôpitaux psychiatriques.

Nous affirmons notre droit à la contraception et à l'avortement parce que nous affirmons notre droit de décider, de disposer de nous-mêmes, de notre corps, et non pour être plus disponibles au plaisir des hommes. (...) Nous savons que la lutte pour l'avortement et la contraception n'est qu'un des aspects de la lutte des femmes. Mais quelle libération des femmes peut-il y avoir dans cette société où tout nous divise, nous isole, où l'exploitation et l'oppression sont notre lot quotidien (...) ? »²⁴

Cet argumentaire, reproduit à l'identique dans plusieurs documents de la même période, témoigne de la réorientation d'une partie des militantes du MLAC, et des groupes femmes qui en sont parfois issus, au moment des débats sur la reconduction de la loi sur l'IVG, en 1979 (Pavard, 2012c). La liberté et la gratuité de l'avortement et de la contraception sont revendiquées pour toutes les femmes, à un moment où la contraception est en partie remboursée par la sécurité sociale, mais où l'avortement ne l'est pas. Cette liberté est également revendiquée pour toutes, y compris les mineures et les immigrées, la loi Veil de 1975 excluant les femmes n'ayant pas

24. Plateforme de la campagne avortement contraception et sexualité du mouvement des femmes, à l'occasion des quatre ans de la loi Veil (17 janvier 1979) et des discussions pour son renouvellement, Fonds MLAC, 10 AF 11 : Manifestations et campagnes.

accès à un remboursement par la sécurité sociale d'une prise en charge financière de ces actes. Cette loi est en effet pour les militantes une « *loi de classe, (...) une loi restrictive, (...) une loi répressive* »²⁵, dans la mesure où elle ne prévoit pas le remboursement de l'IVG par la sécurité sociale, ni l'accès aux mineures sans autorisation parentale, ou aux femmes étrangères²⁶. C'est également une loi qui entérine le contrôle médical sur l'avortement, déposédant les militantes de compétences qu'elles mettaient à disposition des femmes hors milieu médical avant le vote de la loi, au sein des MLAC (Ferrand-Picard, 1982; Ruault, 2017). Les revendications présentées dans ce projet de plateforme de luttes sont également très axées sur la dénonciation d'un double standard de l'État en matière de politique démographique, puisque l'État français promeut un très fort natalisme en métropole, au travers de nombreuses mesures d'incitation financière pour favoriser les naissances, et l'interdiction de la publicité pour des moyens contraceptifs, tandis qu'il a mis en place, dès les années 1960 et alors que la contraception était encore interdite en métropole, des mesures de limitation des naissances dans les territoires et départements d'outre-mer (Vergès, 2017; Paris, 2017). Ce double standard en matière de politique démographique et de régime juridique est dénoncé par des associations féministes et anti-colonialistes locales, comme l'Union des Femmes la Réunion (Paris, 2017) et, de manière plus marginale, par certains groupes féministes en métropole.

La dénonciation de ce double standard et d'une certaine forme « d'impérialisme » en matière contraceptive est rapprochée d'une critique plus globale des politiques coercitives de limitation des naissances dans les pays dits du Tiers-monde, dénoncées pour leur caractère raciste. Enfin, ces critiques sont rapprochées de celles qui dénoncent une politique raciste en matière d'expérimentation de nouvelles méthodes contraceptives, principalement effectuées sur des femmes non blanches dans des pays du Tiers Monde ou auprès de femmes de milieux populaires, comme ce fut le cas pour les essais cliniques menés sur la pilule œstro-progestative à Porto Rico (Tone, 2001; Marks, 2001; Briggs, 2002). L'anti-impérialisme de ces revendications se double d'un anti-capitalisme, où les profits réalisés par l'industrie pharmaceutique sont jugés contraires à l'intérêt des femmes, notamment en matière contraceptive. Ces militantes en appellent donc au financement public de la recherche, permettant de développer une plus grande diversité de méthodes, plus

25. « Projet de plateforme de lutte, rédigé par le collectif des groupes MLAC parisiens. Relu et corrigé par l'A.G. du 1^{er} Novembre 76 », Fonds MLAC, 10 AF 3.

26. Ces critiques et ces revendications sont d'ailleurs reprises quasiment dans les mêmes termes dans d'autres documents du début des années 1980 produits par des syndicats, comme la Confédération française démocratique du travail, témoignant des nombreuses circulations d'idées et de personnes entre espaces militants féministes et gauchistes. Brochure CFDT ptt, numéro spécial sur le dossier contraception, février 1980, archives privées de Michèle Ferrand.

simples, à destination des hommes et des femmes.

Cette critique anti-impérialiste et anti-capitaliste s'articule à une critique de l'aspect paternaliste de la relation médicale, contre laquelle les militantes du MLAC appellent à une certaine autonomie. C'est ce que l'on observe par exemple dans une brochure du MLAC présentant les différentes méthodes de contraception :

« Pour les autres méthodes [que la capote] une consultation médicale est nécessaire. Au cours de laquelle vous choisirez, avec le médecin, la contraception qui vous convient (même si vous êtes mineure et sans autorisation des parents). Dans ce cas si votre médecin vous la refuse vous pouvez demander une consultation au Planning familial de votre ville, vous pouvez de toutes façons en cas de refus, changer de médecin, c'est à vous de décider de votre contraception et non à qui que ce soit d'autre. Un examen gynécologique et certains examens de laboratoires devraient être systématiquement pratiqués chaque année par toutes les femmes, vous pourrez les faire à cette occasion. Des examens spécifiques doivent également être pratiqués. »²⁷

La distance avec l'avis du·de la médecin et la capacité des femmes à décider par elles-mêmes et à trouver des alternatives *via* le Planning familial témoignent de la critique plus générale des MLAC vis-à-vis du pouvoir médical. Toutefois, il est intéressant de noter que cette critique ne s'articule pas à une remise en cause fondamentale de la médicalisation du corps des femmes que sous-tendent certaines méthodes contraceptives, notamment les contraceptifs oraux. Si l'extrait précédent laissait entendre que la pilule n'était pas du tout considérée comme l'outil parfait de gestion de la fécondité, et appelait au développement de nouvelles méthodes plus faciles d'utilisation, la surveillance médicale qu'implique le recours à la pilule est finalement assez peu remise en cause, ce qui transparaît ici dans l'injonction à pratiquer annuellement des examens gynécologiques et de laboratoires.

Si la critique des contraceptifs oraux apparaît peu dans les archives consultées, malgré la dénonciation du pouvoir médical présente au sein de certains MLAC, cette critique n'est pas inexistante. Certaines militantes marquent ainsi, dès les années 1970, leur distance avec les méthodes médicales, prônant des méthodes permettant aux femmes davantage d'autonomie par rapport aux médecins. C'est notamment ce qui émerge de certains mouvements de self-help en France, mais qui transparaît aussi au sein du MLF ou de certains groupes MLAC.

27. Brochure MLAC sur les différentes méthodes, non datée, Fonds MLAC, 10 AF 38 : Avortement et contraception.

De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception

9.2.2 Les mouvements de self-help : quelle critique des contraceptifs oraux ?

Inspirées par les critiques formulées à l'égard de la pilule au sein du *Women's Health Movement* aux États-Unis, du *Women's liberation movement* anglais, ou encore du mouvement de libération des femmes ouest-allemand, certaines militantes du MLAC, du MLF, et des mouvements de self-help proposent au milieu et à la fin des années 1970 une autre vision de la contraception et des contraceptifs oraux que celle qui semble avoir perduré dans la mémoire collective du féminisme. Les mises en cause qui émergent des mouvements anglo-saxons et ouest-allemand à l'égard des contraceptifs oraux se situent à plusieurs niveaux.

D'une part, ces mouvements formulent une critique de la médicalisation de la contraception, qui implique une surveillance accrue du corps des femmes par l'institution médicale au cours de leur vie, et l'administration de produits pharmaceutiques durant plusieurs années. Sans systématiquement rejeter la pilule, cette vision implique une attention portée aux risques et effets secondaires de ces méthodes, ainsi qu'une prise de distance vis-à-vis des discours et de l'expertise produite par les médecins et par les industries pharmaceutiques. Ces militantes appellent également à produire une contre-expertise autonome au sein de ces mouvements de santé des femmes.

D'autre part, ces mouvements questionnent le fait qu'avec les méthodes médicales de contraception, la responsabilité contraceptive, mais aussi les risques que ces méthodes impliquent, reposent exclusivement sur les femmes. Les militantes en appellent à un meilleur partage de la responsabilité – et des risques – entre femmes et hommes, et au développement de méthodes nouvelles de contraception.

Enfin, les militantes dénoncent la mise à disposition permanente des femmes pour la sexualité hétérosexuelle et conjugale que ces nouvelles méthodes de prévention des naissances impliquent. Si, initialement, la plus grande maîtrise de la fécondité apportée par des méthodes à très haute efficacité est perçue par de nombreuses féministes – et par de nombreuses femmes – comme une libération par rapport au rôle social qui leur est assigné, permettant plus d'autonomie au sein du couple, cette vision s'estompe progressivement devant le constat que la maîtrise efficace de la fécondité n'implique pas systématiquement une révolution des rapports de genre au sein du couple.

Ces critiques, formulées dès le début des années 1970 aux États-Unis et en Allemagne de l'Ouest, trouvent un écho en France quelques années plus tard. On retrouve tout d'abord ces différents éléments dans la traduction et l'adaptation française du recueil *Notre corps, nous-mêmes*, brochure puis livre d'information

sur la santé des femmes écrite « par des femmes pour les femmes », initialement publiée par le collectif de Boston pour la santé des femmes à partir de 1971 (réédité en 1973 et 1976), et publiée en France à partir de 1977²⁸. L'adaptation française est un manuel pratique de 240 pages qui traite de thématiques diverses sur la santé, la sexualité et le corps des femmes, visant à leur offrir des informations pour une plus grande connaissance de leur corps et une plus grande autonomie par rapport à l'expertise médicale. Ce manuel consacre une trentaine de pages à la contraception, et une vingtaine à l'avortement. Le chapitre sur la contraception traduit la critique générale des mouvements de self-help aux États-Unis à l'égard de la médicalisation et pharmaceuticalisation de la contraception :

« Les laboratoires pharmaceutiques et les médecins exercent une grande autorité sur notre choix d'une méthode contraceptive (se reporter au chapitre "La santé et la médecine" pour une critique plus globale du système médical en France).

1. Presque toutes les études disponibles concernant l'efficacité, la sécurité, les effets secondaires et la réversibilité des contraceptifs sont effectuées et publiées par des laboratoires pharmaceutiques dont le but principal est de vendre. Des sommes énormes sont englouties dans la publicité et la promotion des contraceptifs faites auprès des médecins. Chaque laboratoire annonce toujours pour ses produits le taux maximal d'efficacité. Par exemple, le visiteur médical dira du stérilet qu'il représente : "Une fois mis en place, vous n'avez plus aucune grossesse à craindre" ; ce qui, compte-tenu du 1 à 4 % d'échecs du stérilet, est un peu exagéré ! Les effets secondaires n'intéressent pas les laboratoires, qui ne cherchent à connaître ni l'expérience des femmes ni celles des médecins. C'est pourquoi il est urgent que des recherches soient entreprises par des chercheurs et des médecins qui ne reçoivent pas de subventions de ces laboratoires.

2. Et les médecins ? Nous nous en remettons à leur avis car nous sommes généralement très mal informées. Mais ils n'ont bien souvent ni le temps ni la possibilité de se documenter auprès de sources objectives, puisque la majorité des informations leur vient précisément des laboratoires pharmaceutiques ou des revues financées par leur publicité. (...) Nous comptons surtout sur nous-mêmes pour acquérir des informations. Nous ne voulons pas prendre la place des médecins, mais être en mesure de reconnaître ce qui convient à notre santé : là est notre responsabilité. En lisant, en discutant, nous devons arriver à en savoir assez pour juger qu'un médecin est trop rapide dans ses observations ou ses explications. (...) Nous arrivons maintenant à communiquer plus facile-

28. Collectif de Boston pour la santé des femmes, 1977, *Notre corps, nous-mêmes*, adaptation française, Paris, Albin Michel.

ment, à nous expliquer sans dramatiser : nos amies deviennent nos meilleures sources d'information. Nous obligerons ainsi les médecins et les laboratoires pharmaceutiques à reconsidérer leurs opinions et leurs pratiques en fonction des nôtres.

(...) Avant de passer à la description la plus honnête et impartiale possible des méthodes contraceptives, nous voudrions dire quelques mots de la disponibilité sexuelle que procure l'efficacité presque totale de certaines de ces méthodes. Il est en effet plus facile qu'auparavant de faire l'amour, mais cela demande que nous soyons capables d'apprécier notre désir et de le manifester, ou au contraire de reconnaître que nous n'en éprouvons pas et de le dire.

(...) Certaines femmes seront sans doute choquées que nous n'omettions aucun détail sur les effets secondaires et les inconvénients des méthodes contraceptives. En l'absence d'une réelle information, cette réaction est inévitable.

Nous pensons que les brochures de vulgarisation, qui ont beaucoup contribué à une information de masse, sous-estiment les effets secondaires et les inconvénients, ce qui dessert les femmes ou les perturbe lorsqu'ils apparaissent. Pourtant, ils font partie de la prévention. Contrairement à l'idée que donnent ces brochures, nous pensons qu'il n'y a pas de contraception "miracle" dans le sens où aucune méthode n'est parfaite si elle n'est pas correctement prise en charge par la femme. »²⁹

Dans la lignée des conceptions du mouvement pour la santé des femmes aux États-Unis, cette adaptation française se caractérise par une critique de l'emprise des laboratoires pharmaceutiques sur la recherche en contraception, sur la formation et l'expertise médicale, et au final, sur les choix contraceptifs des femmes³⁰. Cela se double d'une critique du monopole médical sur l'expertise en contraception, et du manque de rigueur de la plupart des médecins dans la prescription de contraceptifs, « *trop rapides dans [leurs] observations ou [leurs] explications* ». L'information plus générale sur la contraception, produite par l'État en lien avec les expert·e·s ou les centres de planning familial, sous-estime selon ces militantes les effets secondaires et les inconvénients des méthodes. D'où l'idée de proposer une information produite par les militantes, qui rende compte des différentes études scientifiques sur la contraception, mais aussi d'éventuels avis divergents sur les risques des méthodes.

Enfin, l'extrait pointe du doigt la disponibilité sexuelle plus grande des femmes qu'apportent les méthodes plus efficace de limitation des naissances, suggérant que

29. Collectif de Boston pour la santé des femmes, 1977, *Notre corps, nous-mêmes*, adaptation française, Paris, Albin Michel, p. 106-09.

30. Plusieurs travaux soulignent toutefois que la critique de l'emprise des laboratoires pharmaceutiques comme de l'institution médicale est fortement atténuée dans la version française par rapport à la version originale (Davis, 2007; Ruault, 2017).

ces méthodes n'auront un aspect libérateur pour ces femmes que si elles sont en mesure d'exprimer leurs désirs et absences de désirs et non de céder à ceux de leurs partenaires. L'extrait suivant, issu du même ouvrage, porte plus spécifiquement sur les contraceptifs oraux :

« La pilule est-elle dangereuse? (...) Beaucoup d'entre nous hésitent à prendre pendant des mois et des années un médicament qui agit sur notre cycle hormonal et dont les effets n'ont pas fini d'être testés (les statistiques ne portent que sur les quinze premières années d'utilisation). Cependant, beaucoup d'entre nous préfèrent utiliser la pilule plutôt que d'avoir un enfant non désiré. Quels risques prenons-nous pour cette protection efficace contre la grossesse? [*l'extrait liste ensuite les liens entre pilule et caillots sanguins, pilule et cancer, puis pilule et descendance.*]

(...) Trop d'informations contradictoires circulent et rendent difficile notre choix sur la pilule. D'un côté on cherche à nous effrayer, de l'autre on minimise les dangers. Aux Etats-Unis, l'adversaire la plus acharnée de la pilule est Barbara Seaman, auteur d'un livre *The Doctors' Case Against the Pill*. (...) Son livre est une série d'histoires où la pilule est suspectée d'être la cause de nombreux maux et même de morts. Mais dans la majorité des cas cités, les femmes qui ont souffert de la pilule ou qui en sont mortes n'ont pas été suffisamment examinées par le médecin qui leur a prescrit cette méthode, ou bien n'ont pas été prévenues des risques possibles en la prenant. D'autres ont trop longtemps ignoré certaines douleurs qu'elles ne considéraient pas comme alarmantes, et ont cherché une aide trop tard. Mais certains cas de mortalité semblent être impossibles à prévenir.

Au Canada, les auteurs de la brochure *Birth Control Handbook* (Manuel du contrôle des naissances), qui est une excellente et prudente description des méthodes contraceptives avec leurs avantages et leurs défauts, apparaissent très clairement pour la pilule dans une perspective féministe. Ils affirment que bien qu'il existe de nombreux médicaments potentiellement dangereux (aspirine), la pilule est l'objet d'une attention particulière parce qu'elle est le premier contraceptif à 100% efficace et aussi le premier médicament qui affaiblit le contrôle social des hommes sur les femmes.

Nous pensons que les défenseurs et les adversaires de la pilule sont également à prendre en considération. Après avoir recueilli leurs avis, nous avons pensé de la sorte : les pilules contraceptives sont dangereuses pour certaines femmes, et pour d'autres elles peuvent causer des effets secondaires allant de petits ennuis jusqu'à des douleurs et des troubles physiques. Cependant, la plupart des femmes prennent la pilule sans aucun problème. De toute façon, les femmes

De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception

continueront à prendre la pilule parce que c'est la seule protection à 100% contre une grossesse non désirée. Il est certain qu'elle représente une évolution dans l'autonomie des femmes. Nous pensons que chaque femme a le droit et le devoir de faire un choix en connaissance de cause sur les pilules contraceptives. Elle doit en connaître les risques, et surtout connaître les autres méthodes contraceptives qu'elle pourrait utiliser. Si elle choisit la pilule, elle doit pouvoir consulter un gynécologue responsable, très bien informé sur la pilule. »³¹

L'extrait ci-dessus cherche à rendre compte de l'ensemble des critiques et positions favorables à la pilule, pour en proposer une synthèse informée qui s'inscrive dans une perspective féministe. Comme les auteur·e·s canadiennes qu'elles citent, les militantes de *Notre corps, nous-mêmes* considèrent que la pilule, par son efficacité, « *affaiblit le contrôle social des hommes sur les femmes* ». Notons au passage qu'elle reprennent ici l'idée, exprimée par les expert·e·s et par les industries, que la pilule est 100 % efficace et qu'elle est la seule méthode dans ce cas. Dans le même temps, elles appellent à prendre en considération les diverses critiques formulées à l'égard des pilules et de leurs effets secondaires, pour permettre aux femmes de réaliser un choix informé vis-à-vis de leur méthode contraceptive, mais également pour qu'elles soient à même de reconnaître des douleurs ou des symptômes alarmants dans l'utilisation de ces produits, notamment des symptômes de thrombose. Elles insistent également sur la diversité de réactions des femmes à ces produits, certaines n'expérimentant aucun trouble physique ou psychique, et d'autres éprouvant des effets secondaires importants, voire dangereux. Cette considération appelle la nécessité d'une bonne information des femmes sur les risques et d'une bonne formation des médecins sur le dépistage de ces risques lors des consultations dédiées.

Ces diverses critiques du monopole médical sur la contraception et d'une information insuffisante sur les méthodes trouvent leur prolongement dans les mouvements de self-help en France, qui proposent parfois une critique encore plus radicale de la médicalisation de la contraception, appelant à recourir à des méthodes qui ne font pas dépendre les femmes de l'institution médicale. On trouve ainsi par exemple dans les archives du MLAC une brochure d'un collectif de self-help parisien, promouvant le diaphragme et faisant la critique des méthodes médicales de contraception :

« Nous sommes des femmes de Self Help qui, depuis 2 ans, travaillons sur la contraception. Cette recherche s'est faite à partir de notre corps : auto-examen,

31. Collectif de Boston pour la santé des femmes, 1977, *Notre corps, nous-mêmes*, adaptation française, Paris, Albin Michel, p. 111-14.

études des sécrétions, notre expérience à la fois individuelle et collective des différentes méthodes de contraception, des travaux faits par d'autres femmes de Self Help (U.S.A.), des contacts avec des chercheurs britanniques.

Ce long travail nous a toutes menées à rejeter les méthodes de contraception dites "modernes". A partir de là, il nous a semblé important d'approfondir notre connaissance et notre information sur les méthodes mécaniques. (...) Au départ le choix d'une méthode de contraception paraît relativement facile. Malheureusement, pour la plupart d'entre nous, la contraception idéale (et surtout sans problèmes), n'existe pas encore. Chaque méthode a ses inconvénients ainsi que ses avantages. L'ovule qui fait bondir notre partenaire lorsque il nous pénètre, ou qui lui donne des démangeaisons – la pilule sur laquelle nous avons tellement entendu de choses à propos des effets secondaires. (...) La question que nous nous posons est de savoir : quel type de compromis sommes-nous prêtes à accepter ? Qu'est-ce qui compte le plus pour nous : – l'efficacité, la sécurité, la "commodité" ? – et SURTOUT avec quelle méthode serons-nous le plus d'accord ? AUCUNE méthode n'est efficace si elle n'est pas utilisée. (...) Nous avons malgré tout un choix, et ce choix doit se faire à partir d'une information réelle et non pas à partir d'un ultimatum du type : "prenez x sinon vous allez vous retrouver enceinte". L'efficacité est une des premières choses à considérer quand nous choisissons une méthode de contraception, mais il faut se méfier des chiffres – qui sont des taux de réussite "théorique". Les oublis de prise de pilule – les diaphragmes laissés dans le tiroir – font partie de notre vie. (...) Cette brochure peut vous aider à faire ce choix.

(...) Nous sommes toutes séduites par les méthodes de contraception les moins contraignantes. Il semble merveilleux de ne pas avoir à penser à sa méthode de contraception au moment d'un rapport. Mais qu'est-ce que cela veut dire si nous mettons notre santé en jeu ? Et, n'oublions pas les femmes pour lesquelles la pilule et/ou le stérilet sont formellement contraindiqués... Les chercheurs (+ 80% hommes) sont persuadés que la meilleure contraception est celle qui est séparée de l'acte sexuel. Et, comme par hasard les deux méthodes les plus conseillées sont des méthodes pour les femmes ! Ceci nous amène à nous poser des questions. Tant qu'il n'y a pas plus de femmes chercheurs...

(...) Le diaphragme est une méthode de contraception qui ne pose aucun risque pour la santé de la femme. Le diaphragme avec la possibilité d'avortement en cas d'échec est la méthode de contraception la moins dangereuse pour la femme. L'efficacité du diaphragme est comparable au stérilet, mini pilules, la combinaison préservatif/spermicides. (...) Est-il nécessaire d'être "contraceptée" 24h sur 24 ? Sommes-nous assez grandes pour prendre notre corps en charge ? (...)

De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception

Le diaphragme comme contraception n'est pas 100% efficace. Reste les 2% d'échecs (...) Si vraiment ces 2% provoquent chez vous ou votre partenaire une angoisse irrémédiable – il ne faut surtout pas utiliser un diaphragme. Ce qui compte le plus c'est de se sentir bien avec sa contraception.

Nous, les femmes de Self Help, nous pensons que la seule contraception digne de ce nom est une contraception qui tient compte de la femme dans sa totalité – qui ne vise pas uniquement son appareil de reproduction. »³²

Outre la référence explicite aux mouvements de self-help américains, cet extrait reprend les revendications formulées par les mouvements pour la santé des femmes et les réserves à l'égard de la pilule comme du DIU, méthodes jugées risquées pour la santé de certaines femmes, et dont les militantes remettent en cause l'efficacité théoriquement supérieure. Si la méthode ne convient en effet pas aux femmes, ou si elle a des effets indésirables trop importants, si elle est expulsée dans le cas du DIU, alors son efficacité est susceptible d'être affectée, voire d'être moindre que d'autres méthodes considérées comme moins invasives, comme le diaphragme. Le fond de l'argumentation repose sur l'idée que les femmes qui souhaitent recourir à une contraception doivent pouvoir choisir la méthode qui leur convient le mieux, en ayant à disposition un maximum d'éléments pour faire leur choix. Ce choix doit inclure des notions d'efficacité sur les méthodes – théorique et pratique –, mais également le confort général dans l'utilisation d'une méthode, qui doit tenir compte de « la femme dans sa totalité ». La distance critique vis-à-vis d'une médecine et d'une recherche très masculinisées et perçues comme patriarcales est également centrale dans cet extrait, qui appelle à proposer aux femmes une contre-expertise militante dans le domaine. Proposer aux femmes le diaphragme et des conseils sur sa bonne utilisation participe plus généralement d'une critique de la médicalisation de leur corps et de la contraception induit par la diffusion des méthodes ici appelées « modernes », la pilule et le DIU. Cette critique vise à remettre la santé des femmes et leur autonomie décisionnelle au cœur de la réflexion sur les méthodes contraceptives.

Cette critique semblait avoir déjà émergé, quelques années auparavant et sous d'autres formes, au sein du MLF, puisqu'en 1973, la revue *Le Torchon Brûle* publie un supplément sur « Contraception, Avortement, Sexualité, Réformisme, Gratuité », proposant une vision très critique des contraceptifs oraux, opposée à la vision proposée dans le premier numéro de la revue (voire la première partie de ce chapitre)³³. Parole collective qui semble consciente de sa marginalité dans

32. Collectif, « Le diaphragme, une contraception méconnue », brochure sur le diaphragme d'un Collectif de Self-Help parisien (5, rue Véron, 75018 Paris), date inconnue (probablement début des années 1980), Fonds MLAC, 10 AF 38 : Avortement et contraception.

33. Le fait que des propos contraires co-existent au sein du même journal féministe est en soi

le paysage féministe en France, cet article propose une critique essentiellement théorique des méthodes de contraception qui soumettent les femmes à un contrôle social des médecins, et se place donc en décalage par rapport à l'idée d'une libération des femmes apportée par les contraceptifs oraux ou le DIU :

« Nous avons rédigé cet article à une vingtaine environ (...) Toutes, nous avons eu l'impression que la contraception nous libérait, nous permettait d'échapper à des contraintes (grossesse, avortement), à des normes (fidélité conjugale...), à des institutions (mariage, famille...), à des lois (réglementation de la vente et de l'usage des contraceptifs, interdiction de l'avortement). (...) Jusque-là on n'avait envisagé la contraception que par rapport à la maternité (peur de la grossesse) et à la loi (contournée mais non supprimée) et que ce n'est que sur ce plan là qu'elle signifiait pour nous une libération. Mais en même temps, nous nous sommes rendues compte que nous vivions aussi la contraception comme une atteinte à notre corps.

- La contraception peut perturber soit le fonctionnement biologique du corps (pilule), soit l'image du corps (stérilet : certaines le fantasment comme énorme dans l'utérus), soit les deux en même temps. La pilule introduit un cycle complètement artificiel dans le corps : les règles naturelles sont supprimées et remplacées par des règles artificielles ne répondant plus à une nécessité biologique mais à une nécessité psychologique : l'arrêt de la pilule pendant cinq jours entraîne un écoulement de sang (dit "hémorragie de privation"), signe et symbole de féminité destiné à rassurer les femmes. Le stérilet est ressenti par certaines femmes comme un corps étranger, il est souvent "perdu" (en fait expulsé) ou mal toléré (infections, hémorragies...).

- L'usage des contraceptifs nous soumet au contrôle du médecin (bien qu'il y ait actuellement beaucoup de femmes médecins ou gynécologues, il n'en reste pas moins que fantasmatiquement c'est un médecin qu'on consulte, c'est-à-dire une autorité vécue comme masculine). L'examen gynécologique peut être ressenti comme un viol, quel que soit le sexe réel du médecin. Le recours obligé et nécessaire au médecin, l'absorption régulière d'un produit chimique nous inscrivent dans la chaîne médecin-médicament-maladie. De plus, ce contrôle médical se double d'un contrôle social (inscription/fichage sur les registres des

intéressant, et témoigne que de nombreuses femmes s'expriment et y expriment des opinions diverses. Cela prouve également qu'au sein des mouvements féministes, il n'y a pas une totale unanimité sur les opinions vis-à-vis de la pilule et de la manière de penser la liberté contraceptive. Loin de proposer des visions unanimes sur les différentes revendications et analyses féministes, ces mouvements font coexister des arguments parfois contraires au sein d'un même mouvement, et d'une même revue, comme le montre l'historienne Françoise Picq à propos d'autres thématiques débattues au sein du MLF et notamment abordées dans *Le Torchon Brûle* (Picq, 2011).

pharmaciens). Si une femme décide d'elle-même d'arrêter de prendre la pilule, le mari ou l'amant peuvent ne pas l'accepter, alors qu'ils ne discuteront pas si cet arrêt est prescrit par l'autorité médicale. Ce qui montre bien qu'actuellement le contrôle du corps des femmes est une affaire d'hommes. (...)

- Si la pilule permet une plus grande liberté dans nos rapports sexuels, certaines la vivent comme une soumission à l'impérialisme du désir masculin : comment se dérober à la contrainte sexuelle (conjugale ou non) quand on ne peut plus alléguer le risque de grossesse ?

- La pilule est utilisée sur le plan médical pour "normaliser" des cas de dérèglements du cycle menstruel. Ces dérèglements peuvent être des symptômes par lesquels le corps manifeste notre refus – conscient, inconscient – d'entrer dans le rôle qu'on nous assigne. D'un autre côté, on utilise la pilule pour obtenir une stérilité provisoire. La contradiction n'est qu'apparente : dans les deux cas notre corps est nié. Les résistances spontanées des femmes à la contraception, généralement attribuées à une idéologie réactionnaire, n'expriment-elles pas le refus de la censure de leur corps de femme ?

Nous sommes donc prises dans une contradiction : nous reconnaissons la nécessité de la contraception, et en même temps nous la vivons comme une atteinte, une agression, un viol, comme une aliénation. (...) Pour nous, parler de la contraception et de l'avortement, c'est aussi parler de la sexualité à laquelle ils renvoient. D'abord, on a justifié la contraception à partir du droit pour le couple d'avoir des enfants quand il le désire. Autrement dit, on continue à penser le droit de la femme à disposer de son corps en fonction de la maternité. (...) Maintenant, on revendique la contraception et l'avortement au nom de la "libération sexuelle". Mais de quelle libération s'agit-il ? De quelle sexualité ? Pour qui ? Pour quoi ?

- La contraception nous libère effectivement de la peur des grossesses non désirées, de la peur de l'avortement, mais elle ne nous libère pas en tant que femmes, elle ne libère pas notre corps.

- On voudrait faire passer pour une libération ce qui n'est qu'une "amélioration" des rapports hétérosexuels ; c'est vrai que pour certaines d'entre nous la contraception a amélioré nos relations sexuelles en nous débarrassant de la crainte de la grossesse. (...) Pour l'instant on ne peut pas dissocier nos désirs, notre jouissance des rapports de force dans lesquels ils sont pris et qu'ils entretiennent : ils en sont le produit (...) Cette jouissance est prisonnière d'une sexualité où la différence des sexes ne peut exister que comme rapport de pouvoir, où le corps se voit réduit au sexe, où le sexe fonctionne à la place du corps ; une sexualité bourgeoise et capitaliste qui nie et détruit le rapport de la femme à son corps

pour mieux l'exploiter.

Le corps de la femme n'existe que dans la fonction qu'il a pour le capital (capitalisme des pays occidentaux et capitalisme d'Etat des pays "socialistes") : reproduction de la force de travail, soit en faisant des enfants, soit en étant l'objet sexuel nécessaire à la reconstitution physique et morale du travailleur (et ils sont tous des travailleurs). La "valorisation" de la maternité ou de la féminité ne sert qu'à masquer cette destruction du corps de la femme.

(...) Nous avons bien conscience que certains éléments de ce texte peuvent apparaître comme apportant de l'eau aux moulins des réactionnaires de toutes sortes en renforçant leurs arguments (par exemple, quand ils soulignent les dangers réels ou imaginaires de la pilule et de l'avortement). Mais nous croyons que le "progrès", pensé par les hommes à la place des femmes, est un piège pour nous, une illusion de liberté, un enfermement dans les rapports et les valeurs bourgeoises "rafraîchies" selon les nouvelles exigences du système capitaliste.

Quand certaines d'entre nous préfèrent, par exemple, la grossesse à l'avortement, l'avortement à la contraception, elles n'ont l'air rétrogrades que du point de vue du progrès bourgeois. Ce qui dans une société moderne est taxé d'archaïsme est peut-être une forme de refus : nous refusons de laisser détruire notre rapport à notre corps. Ces archaïsmes, nous voulons non plus les subir mais les penser et les faire jouer comme des points de résistance et de lutte. »

34

Il est frappant de constater les similarités dans cette critique émergeant du MLF avec les courants de self-help évoqués plus haut. D'une part, la critique de la médicalisation du corps des femmes y est très présente, ainsi que celle du contrôle exercé par les médecins sur les femmes. D'autre part, les auteures de l'article considèrent également que les contraceptifs efficaces, loin de libérer automatiquement les femmes des rapports de pouvoir au sein du couple, peuvent au contraire accentuer le contrôle social des hommes sur le corps des femmes. Et pour cause, L. Ruault note dans sa thèse que les premiers échanges entre les militantes du self-help étatsunien et quelques rares militantes du MLF se déroulent en 1973, à l'occasion de la venue en Europe des premières (Ruault, 2017).

La différence principale qui émerge dans cet extrait par rapport à la vision proposée par les mouvements de self-help tels qu'ils sont adaptés en France est la perspective marxiste dans laquelle s'inscrivent les auteures de l'article, qui renvoie plus généralement à l'une des tendances importantes au sein du MLF, la tendance anti-capitaliste représentée au sein du courant « lutte des classes » (Picq, 2011).

34. Collectif, « Contraception, Avortement, Sexualité, Réformisme, Gratuité », Supplément au *Torchon brûle* n° 5, 1973, BnF Fol-Jo 16349.

De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception

L'appropriation du corps des femmes est pensée selon cette vision comme une appropriation capitaliste, à des fins d'exploitation, des fonctions productives et reproductives des femmes. C'est à l'aune de cette critique anti-capitaliste que les contraceptifs médicaux sont mis en cause comme pouvant porter atteinte au corps des femmes. Ces mises en cause sont en fait assez proches de celles formulées plus généralement concernant l'avortement par certains mouvements MLAC (Ruault, 2017).

Enfin, cette perspective propose une critique radicale de la notion de libération sexuelle qui serait apportée par les contraceptifs oraux ou les DIU. Comme le note E. M. Silies dans le cas ouest-allemand, ces féministes questionnent l'idée que l'arrivée de la pilule et son appropriation par les femmes conduirait nécessairement à une libération sexuelle : le fait, d'une part, que les hommes ne se soucient plus du tout de contraception avec l'arrivée de méthodes efficaces intervenant exclusivement sur le corps des femmes et, d'autre part, le fait que les femmes puissent paraître davantage disponibles sexuellement, sont remis en cause par ces mouvements féministes (Silies, 2015). Ici, la critique est encore plus systématique, puisqu'elle oppose la sexualité hétérosexuelle *améliorée* par des méthodes qui permettent de dissiper les craintes de grossesses lors des relations sexuelles à l'idée de libération sexuelle, qui impliquerait non pas l'apparition de nouvelles méthodes contraceptives, mais une transformation profonde des rapports de pouvoir au sein de la société.

La mise en cause principale de l'idée de libération sexuelle porte en fait sur l'idée qu'une technologie comme la pilule ne libère pas directement et nécessairement les femmes qui l'utilisent. Certes, cette technologie permet une meilleure maîtrise de l'impact de la sexualité sur le corps des femmes, par une meilleure prévention des grossesses non voulues. En cela, elle libère les femmes – et dans une certaine mesure les hommes – de la peur de poursuivre une grossesse non souhaitée, ou de devoir l'interrompre, peur qui était exacerbée avant les années 1970 et les luttes pour l'avortement libre par le très fort silence qui régnait sur la pratique des avortements clandestins, souvent réalisés dans des conditions sanitaires pouvant mettre en danger la vie des avortantes. Toutefois, comme toutes les technologies contraceptives, l'aspect libérateur de la pilule dépend de l'usage qui en est fait et du contexte dans lequel ces techniques sont utilisées. Si leurs usages s'inscrivent dans une réelle remise en cause des rapports de genre inégalitaires au sein du couple, soutenue par d'autres mesures, comme des lois garantissant l'autonomie économique des femmes, promouvant leur emploi et une augmentation de leurs salaires, ou encore des mesures de lutte contre les violences conjugales et de défense des droits des femmes au sein du couple et de la famille, alors le recours à la pilule,

lorsqu'il est pensé comme le choix des femmes, peut avoir un aspect émancipateur. Au contraire, dès que ce choix est contraint et contraire à la volonté des femmes qui y recourent, ou lorsqu'il s'inscrit comme une technique supplémentaire de contrôle social de la sexualité et du corps des femmes, alors l'aspect émancipateur disparaît.

Or, comme l'a montré L. Ruault (2019), cette critique de la libération sexuelle est également exprimée en France, par des militantes féministes, dans l'après Mai 68. Ces militantes considèrent en effet que la période de « libération sexuelle » revendiquée dans la suite des manifestations de Mai 68 a surtout libéré la sexualité des hommes, sans véritablement remettre en cause les rapports de pouvoir entre femmes et hommes dans la sexualité. Elles racontent que la pilule a pu constituer pour certaines non un outil d'émancipation, mais davantage un outil de mise à disposition sexuelle des hommes pour les femmes. Selon F. Picq, c'est d'ailleurs le sexisme généralisé au sein des mouvements gauchistes et Mai 68, et la distance critique vis-à-vis des leurre de la « libération sexuelle » qui aurait conduit de nombreuses femmes à s'engager par la suite dans les mouvements féministes, notamment au MLF (Picq, 2011). Toutefois, ces critiques ne semblent pas s'être structurées en une critique pérenne des contraceptifs oraux, comme ce fut le cas pour d'autres mouvements de femmes en Europe et en Amérique du Nord.

Si des circulations existent entre les mouvements de self-help nord-américains et européens, certains groupes de self-help en France et certaines franges dissidentes du MLAC, comme en témoigne l'extrait ci-dessus, ces pratiques et ces discours semblent être restés marginaux dans les mouvements pour la liberté contraceptive et abortive et dans les mouvements féministes en France, par rapport à l'influence qu'à eu le self-help dans des pays voisins, comme l'Italie, la Suisse, l'Allemagne, la Hollande ou encore la Belgique (Ruault, 2016, 2017). L. Ruault relie cela au relatif désintérêt des mouvements féministes français pour les questions de santé, et plus largement pour la critique du pouvoir médical et de l'accaparement scientifique des corps des femmes (Ruault, 2017, p. 689-93)³⁵. Cela se traduit, selon elle, dans la très faible critique que les mouvements féministes ont formulé à l'égard de la contraception médicalisée, voire par la très grande hostilité dont les militantes témoignent régulièrement face à la critique des contraceptifs oraux, ou la promotion d'autres méthodes (Ruault, 2017, p. 693-99). Elle montre ainsi que si les polémiques portant sur les risques associés à la pilule, qui préoccupent les féministes anglo-saxonnes au cours des années 1970 et au début des années 1980, sont relayées dans quelques articles de plusieurs titres de presse féministe, ces critiques sont

35. Elle note ainsi que les militantes MLAC qu'elle a interrogées considèrent quasi unanimement que les « féministes » ont initié le débat sur l'avortement, mais l'ont finalement assez peu pratiqué et se sont davantage intéressées au *droit* à l'avortement qu'à sa *pratique* (Ruault, 2017, p. 700).

De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception

systématiquement discréditées dans les mêmes titres de presse, par des articles plus virulents et plus nombreux qui les associent à un courant réactionnaire. Dans ces articles les contraceptifs chimiques sont systématiquement réaffirmés comme des fondamentaux de l'émancipation féminine. La chercheuse note également les attaques répétées du Planning familial à l'égard de ces groupes, accusés d'être contre la contraception, de pousser les femmes vers des « pseudo-méthodes » et d'être à l'origine de centaines de nouveaux avortements. Les militantes du Planning familial, qui occupent une place importante dans l'espace militant des luttes pour l'accès à la contraception, parviennent difficilement à se départir de l'alternative entre « pilule ou avortement », et ne permettent donc pas à la critique de la contraception médicalisée d'émerger en France.

Toutefois, l'analyse de ces prises de position, si rares soient-elles, permet de saisir que l'adhésion aux contraceptifs oraux n'est pas unanime au sein de ces mouvements. La section qui suit analyse les diverses tensions théoriques qui émergent des diverses visions féministes de la pilule que nous avons précédemment analysées, afin d'envisager l'idée que l'adhésion de ces mouvements aux contraceptifs oraux résulte plus probablement d'un compromis que d'une vision monolithique selon laquelle la pilule aurait libéré les femmes.

9.2.3 Tensions théoriques dans l'adhésion à la pilule

Plusieurs tensions théoriques émergent au sein des mouvements féministes, dans la manière de considérer les différentes méthodes contraceptives et d'en promouvoir l'usage. Cette section cherche à en proposer une analyse synthétique, pour rendre compte de la diversité des visions possibles vis-à-vis de la contraception – et particulièrement de la pilule – se réclamant d'une perspective féministe. Ceci pour comprendre *in fine* qu'un consensus sur ces questions n'est pas d'évident au sein des mouvements féministes français.

La première tension théorique se cristallise autour de la manière dont est pensée la médicalisation de la contraception, tension qui recouvre plusieurs enjeux. Si la critique de la médicalisation de l'avortement, dans un contexte où sa pratique est mise en œuvre par les militant·e·s dans un premier temps, puis placée sous le monopole de l'institution médicale par l'État, est au cœur des questionnements théoriques qui traversent les MLAC ou le MFPPF (Garcia, 2005), la critique de la médicalisation de la contraception apparaît beaucoup plus marginale dans ces mouvements (Ruault, 2017). Pourtant, cette question a un impact important sur la manière de concevoir les capacités d'émancipation des femmes par la contraception.

Pour les tenant·e·s d'une médicalisation de la contraception, la diffusion des

techniques contraceptives et de l'avortement légal participe à améliorer la santé des femmes, au même titre que les consultations régulières auprès de gynécologues participent au dépistage de pathologies. Les contraceptifs oraux apparaissent comme une avancée importante pour la santé des femmes, et les éventuels risques associés à ces produits semblent contrebalancés par l'activité de dépistage de contre-indications et effets secondaires assurée par les professionnel·le·s de santé. Enfin, les contraceptifs oraux permettent aux femmes d'échapper aux grossesses non prévues, et donc à l'avortement – la figure de l'avortement clandestin, au risque mortel pour les femmes, étant encore aujourd'hui largement mobilisé pour justifier le recours exclusif à la pilule, comme l'illustrent plusieurs des entretiens réalisés dans le cadre de cette thèse. La médicalisation de la contraception – par le recours principal à la pilule – est alors pensée comme une condition de l'émancipation des femmes.

Au contraire, une vision critique de la médicalisation de la contraception amène à considérer l'institution médicale comme une instance normative, qui entérine la surveillance médicale du corps des femmes et, par-là même, le contrôle social qui s'exerce sur elles, par l'administration de traitements visant à normaliser ces corps, pensés comme pathologiques. Selon cette vision, le dispositif de normalisation et de surveillance du corps des femmes, aux mains des industries pharmaceutiques et des médecins davantage qu'aux mains des femmes, remet en cause l'aspect émancipateur de ces produits. L'émancipation des femmes passerait ainsi plutôt par un rejet de la soumission à ces instances normatives, et par la réappropriation de savoirs et de savoirs-faire en matière contraceptive. Comme nous l'avons vu au début de ce chapitre, si une majorité des militant·e·s au sein du MFPPF (particulièrement les médecins), au sein du MLAC, ou au sein du MLF ont plutôt adopté la première vision, les militantes des mouvements de self-help, et quelques rares militantes du MLF ou des groupes MLAC ont opté pour la seconde vision, plus proche de la vision des mouvements de santé des femmes aux États-Unis.

Cette tension voit son prolongement dans la manière de penser les rapports de pouvoir au sein de ces mouvements entre profanes et professionnel·le·s, et la manière de penser la critique du pouvoir médical au sein des mouvements féministes eux-mêmes. De fait, les militant·e·s du MLAC, à l'instar des médecins du GIS, dénoncent le paternalisme de l'institution médicale et de l'Ordre des médecins. Toutefois, la question des rapports de pouvoirs entre personnes militant·e·s reconnu·e·s comme expert·e·s au sein de ces mouvements et militant·e·s considéré·e·s comme profanes se pose régulièrement au sein des MLAC (Ruault, 2017), de même qu'elle s'était posée au sein du MFPPF (Pavard, 2009b). Ce rapport des militant·e·s aux expert·e·s – et plus largement aux médecins engagé·e·s – au sein des mouvements féministes ne

De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception

va parfois pas sans contradictions. En effet, lorsque ces mouvements se prononcent pour une liberté totale et une remise en cause du pouvoir médical, au nom de la libre disposition des femmes de leur propre corps, que faire des discours qui entérinent au sein de ces mouvements une vision centrée sur l'efficacité contraceptive, la sécurité des méthodes, et le contrôle médical sur le bon déroulé des procédures, qui peut parfois avoir ses déclinaisons paternalistes ? Ces discours peuvent d'ailleurs émaner des expert·e·s eux-mêmes, comme des profanes qui reconnaissent la légitimité de cette expertise sans la questionner.

Dans un cas, la distance critique vis-à-vis des expert·e·s au sein de ces mouvements conduirait à considérer que les normes de prescription contraceptive, centrées sur la pilule et le DIU, ne sont qu'une émanation supplémentaire du contrôle exercé par le corps médical sur les femmes. Dans cette perspective, s'en remettre au médecin ne permettrait pas une véritable liberté contraceptive, les femmes devant toujours s'inscrire dans des rapports de pouvoir par rapport à l'institution médicale. C'est la position adoptée par les mouvements de self-help nord-américains, mais également par quelques rares militantes en France.

Dans une conception inverse, les médecins militant·e·s au sein de ces mouvements sont perçus·e·s comme allié·e·s de la cause des femmes, et la médicalisation de la contraception qu'elles et ils prônent participe de la mise à disposition de nouvelles technologies contraceptives pour permettre aux femmes d'effectuer un choix éclairé. Cette tension apparaît d'autant plus centrale dans le cas de la France, où de nombreux·euses médecins ont été impliqué·e·s dans les mouvements de libération de l'avortement et de la contraception ou dans les mouvements de Planning familial. Le fait que les médecins qui ont promu la médicalisation de la contraception aient pour certain·e·s aussi été des militant·e·s pour la liberté contraceptive – et certain·e·s pour la liberté abortive – constitue ainsi une spécificité par rapport à d'autres pays où la frontière entre militant·e·s et professionnel·le·s est plus nette, les médecins représentant alors exclusivement le pouvoir patriarcal. Cette configuration conduit L. Ruault à émettre l'idée que la critique du pouvoir médical est en fait largement un *impensé* des mouvements féministes et des mouvements pour la liberté contraceptive et abortive en France (Ruault, 2017, p. 719).

Enfin, la troisième tension théorique s'articule autour de la manière qu'ont ces mouvements de penser les rapports de genre autour de la mise en œuvre de techniques contraceptives, et les possibilités d'émancipation des femmes, par la contraception, des normes de conjugalité, de sexualité et de maternité qui leur sont imposées. Un premier élément de cette tension consiste à penser que les méthodes contraceptives médicales, par leur très grande efficacité, permettent aux femmes d'acquérir davantage d'autonomie dans la sexualité, mais également dans diverses

sphères de la vie sociale, au sein du couple, dans le parcours scolaire ou dans la vie professionnelle, en ne craignant plus l'impact d'une grossesse sur ces différents moments de vie. Selon cette vision, les contraceptifs oraux ont en effet permis de donner davantage de pouvoir aux femmes en dissociant procréation et sexualité et en permettant aux femmes d'échapper à leur destin reproductif et maternel, ou aux conséquences d'un avortement clandestin. C'est la vision qui semble dominer dans les diverses archives du MLAC, du MLF, de Choisir et du MFPPF analysées, comme dans les entretiens réalisés avec des expert·e-s en contraception.

À l'inverse, une autre vision tendrait à considérer que la contraception ne permet pas une libération sexuelle ou sociale d'elle-même, et que cela nécessite en parallèle l'évolution des rapports de genre et des manières de penser la sexualité, sans laquelle le travail contraceptif – dans ses aspects matériels comme dans sa gestion mentale – risque de reposer uniquement sur les femmes, voire risque d'accentuer certains rapports de pouvoir. Ainsi, certaines féministes dénoncent, outre-Atlantique et outre-Rhin, et de façon moindre en France métropolitaine, que l'apparition de méthodes très efficaces dissociées de la sexualité, comme la pilule ou le DIU, a favorisé une mise à disposition sexuelle des femmes pour les hommes, loin de l'idée que ces méthodes auraient univoquement libéré la sexualité des femmes. C'est également, pour les militantes féministes dont L. Ruault analyse les récits de vie et l'engagement dans l'après-68, cette critique de la mise à disposition sexuelle des femmes renforcée par la pilule qui aurait participé à motiver les engagements féministes de ces femmes (Ruault, 2016, p. 170-72). En effet, ces militantes perçoivent que l'arrivée de la pilule aurait davantage permis une libération sexuelle de leurs partenaires hommes, et racontent les injonctions très fortes à être disponibles sexuellement auprès d'eux, au nom des idées de libération sexuelle portées par les mouvements de mai 68. Ces situations, ainsi que d'autres inégalités – dans la prise de parole ou la répartition des tâches militantes au sein des mouvements soixante-huitards – mal vécues par de nombreuses militantes, auraient motivé pour une grande partie d'entre elles l'engagement dans des mouvements féministes. Ainsi, la critique féministe de l'émancipation sexuelle des femmes par les méthodes de contraception modernes serait en fait présente au fondement des engagements de certaines militantes dans des mouvements féministes en France, même si ce n'est pas l'image première qui transparait dans les archives que nous avons analysées – hormis les deux extraits précédemment cités. On peut faire l'hypothèse que si les publications et productions écrites n'ont pas retenu cette vision critique de la pilule vis-à-vis du renforcement de normes sexuelles genrées, c'est peut-être par crainte, exprimée dans le n° 5 du *Torchon Brûlé*, que les adversaires conservateurs·trices de la pilule ne puise dans ces arguments pour

De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception

tenter d'en limiter la diffusion.

D'autres mouvements, en métropole comme dans les départements d'Outre-mer, dénoncent la manière dont ces méthodes efficaces de contraception ont pu être utilisées, de manière coercitive ou très fortement incitative, pour entériner la mainmise de l'État sur « le ventre des femmes » (Vergès, 2017; Paris, 2017). Comme l'a montré Myriam Paris, à la Réunion, des campagnes d'avortement forcés et des incitations financières très fortes au contrôle des naissances constituaient, comme dans les autres territoires et départements d'Outre-mer, un régime d'exception par rapport aux dispositions de la loi Neuwirth et par rapport à la situation d'interdiction de la contraception avant cette loi. Ce régime d'exception est redoublé par le refus du gouvernement d'appliquer dans ces départements les dispositifs natalistes et d'aides financières aux familles nombreuses alors promus en métropole (Paris, 2017). Cette vision critique de l'idée d'émancipation par les contraceptifs oraux amène ainsi à considérer que les contraceptifs oraux n'ont eu un pouvoir libérateur qu'auprès d'une partie des femmes, ayant les ressources sociales pour contester diverses normes qui s'exerçaient sur elles, notamment des normes reproductives ou sexuelles.

Ces tensions théoriques, présentes sous diverses formes au sein des mouvements féministes, ont un impact direct sur la manière de considérer les contraceptifs oraux, de revendiquer leur diffusion et de recommander leur usage. Il est intéressant de voir que les critiques de la médicalisation et de l'emprise du pouvoir médical patriarcal sur le corps des femmes étaient présentes au sein des mouvements féministes concernant l'avortement (Ferrand-Picard, 1982; Pavard, 2012c), mais sont restées relativement marginales concernant la pilule. Cette adhésion aux contraceptifs oraux et cette centralité dans les revendications féministes semble s'être imposée en France au détriment de la question du choix contraceptif, ou même d'une critique féministe de la médicalisation de la contraception.

Au final, la vision principalement retenue au sein des courants féministes semble être celle de la pilule comme méthode aux mains des femmes, leur permettant d'avoir un réel contrôle sur leur corps, séparée de l'acte sexuel, donc supposée moins à risque d'échec que les méthodes comme le diaphragme, le préservatif et le retrait, et globalement plus efficace et plus pratique. Si les différents mouvements ne nient pas les risques ou effets secondaires associés aux contraceptifs oraux, un consensus semble avoir émergé en France sur la pilule comme étant le meilleur moyen de prévenir les avortements.

C'est aussi en revers de l'identification d'ennemi·e·s de la cause des femmes que semble s'être forgée la vision féministe d'une pilule émancipatrice. En effet, les revendications pour l'accès aux diverses méthodes de contraception s'inscrivent

dans un contexte de fortes restrictions d'accès aux méthodes portées par des courants plutôt conservateurs, lesquels sont perçus par les militant·e·s comme portant atteintes aux libertés contraceptives des femmes. Les différentes sensibilités féministes au sein de ces mouvements ont pour point commun de dénoncer le conservatisme des détracteurs·trices de la pilule pour des raisons morales ou idéologiques, perçus comme les ennemi·e·s de la cause des femmes. Une hypothèse que je propose donc ici, est que les mouvements féministes français auraient adhéré à cette vision de la pilule émancipatrice, de manière stratégique, en dépit des tensions théoriques qui les traversent, et ce face à l'identification d'ennemi·e·s commun·e·s. Selon cette hypothèse, la pilule est donc encore une fois mobilisée comme symbole métonymique des droits contraceptifs des femmes. Cela permet également de penser que la lenteur de mise sur le marché de ces produits, et les attaques récurrentes dont ils ont fait l'objet à la fin des années 1960 dans la presse française, ont conduit à la perception au début des années 1970 que l'accès à la contraception – et particulièrement à la pilule – était un acquis fragile, pouvant être à tout moment remis en cause.

À l'inverse d'autres pays où la libre disponibilité des produits dès 1960-61 a permis de laisser le champ libre à des perspectives critiques, notamment pour les féministes, l'accès difficile, en France, aux méthodes médicales de contraception, résultant d'une longue lutte, n'aurait pas permis le déploiement d'une perspective critique aussi librement, sans craindre que cela ne participe à supprimer ce droit récemment et durement acquis. Selon cette hypothèse, ce seraient donc les difficultés d'accéder en pratique à la contraception qui conditionneraient une prudence de la parole critique portée par les mouvements féministes, ce qui n'empêche pas l'émergence d'une parole critique plus informelle, dans les conversations et débats entre militantes, même si elle n'est pas systématiquement théorisée ou n'apparaît que rarement – et tardivement – dans les archives que j'ai consultées. Cette hypothèse permet également de comprendre que pour une grande partie des mouvements féministes et des mouvements pour les droits reproductifs, la critique de la contraception médicalisée soit restée très largement un impensé (Ruault, 2017) – ou une pensée inaudible, lorsqu'elle s'est exprimée (dans la presse féministe, notamment).

Une autre hypothèse peut permettre de réfléchir aux raisons de cette marginalité de la critique de la contraception médicalisée en France, alors qu'elle était centrale dans d'autres mouvements féministes, et que des circulations et influences mutuelles existent entre ces différents mouvements³⁶. L'hypothèse que je propose pour donner

36. E. M. Silies note ainsi que le mouvement de libération des femmes ouest-allemand s'inspire très fortement des autres mouvements de libération des femmes en Europe, et particulièrement

sens à ces divergences est la temporalité dans laquelle s'inscrit la diffusion de la pilule dans ces différents pays, et dans laquelle émergent des critiques venant d'autres champs. En effet, aux États-Unis, en Angleterre et en Allemagne de l'Ouest, les critiques adressées à la pilule surviennent dans les années 1970, soit entre dix et quinze ans après la commercialisation des contraceptifs oraux dans ces trois pays. Ces critiques émergent des mouvements féministes, notamment des mouvements pour la santé des femmes et des mouvements de self-help, au moment où paraissent les premiers résultats des études épidémiologiques mettant en évidence les risques trombo-emboliques des pilules (voir chapitre 8). La critique féministe, qui porte sur l'impact de ces produits sur la santé des femmes, trouve donc un écho dans le champ scientifique et dans l'espace médiatique, au moment même où elle émerge. Les références du *Women's Health Movement* aux travaux de B. Seaman sont d'ailleurs fréquents (Löwy, 2005).

Au contraire, en France, l'accès à ces produits est largement restreint jusqu'en 1968, voire jusqu'en 1972 (chapitre 2). La critique scientifique de ces produits émerge donc à un moment où ils ne sont pas encore largement diffusés, et où leur acquis fait l'objet de contestations nombreuses, notamment dans les milieux médicaux. Les mouvements féministes français ne sont donc pas confrontés à la même situation au moment où ils commencent à se structurer : dans un contexte où la contraception est un acquis récent, encore contesté au début des années 1970, et où la pilule fait l'objet d'attaques régulières dans la presse, toute critique à l'égard de ces produits semble perçue par les féministes comme une atteinte à la liberté contraceptive des femmes. Contrairement à d'autres pays, ces mouvements ne se sont pas vraiment structurés autour de la question spécifique de la mise en cause des contraceptifs oraux, et demeurent relativement hétérogènes de ce point de vue. Si des critiques semblent bien émaner, comme nous l'avons vu, d'une partie des mouvements féministes français une dizaine d'années après la libéralisation de la contraception, soit à la fin des années 1970 et dans les années 1980, ces critiques ne trouvent pas le même écho dans la sphère médicale, déjà très structurée autour d'une prescription contraceptive centrée sur la pilule et en faisant le moyen de contraception idéal. Selon cette hypothèse, ce serait donc le décalage dans la disponibilité des produits, et le fait que les critiques émanent plutôt des milieux conservateurs, qui auraient conduit les militantes féministes en France à refuser d'entendre les critiques à l'égard des contraceptifs oraux.

Au final, si quelques voix s'élèvent occasionnellement contre les contraceptifs

du MLF français (Silies, 2015). À l'inverse, les mouvements de self-help et une partie de la rhétorique de militantes au sein des mouvements MLAC ou du MLF s'inspirent des mouvements pour la santé des femmes, notamment en Angleterre et aux États-Unis.

oraux au sein des mouvements féministes, la vision de la pilule comme ayant participé à la libération des femmes domine dans la mémoire féministe. Ceci est en partie perceptible dans les débats actuels suivant la crise des pilules de 2012-13 en France. Comme le montre la dernière partie de ce chapitre, le déroulé actuel des débats permet rétrospectivement de constater qu'une critique radicale de la médicalisation de la contraception en France ne s'est finalement pas développée au cours des années 1970 et 1980, dans les mouvements féministes.

9.3 La mémoire féministe et la question du « choix contraceptif » : un conflit générationnel ?

La contestation actuelle du recours à la pilule, incarnée par les mises en cause des pratiques médicales dans la presse ou les pamphlets sur l'arrêt de la pilule qui se réclament pour partie du féminisme³⁷ provoque une levée de boucliers dans la sphère médicale et dans une partie de la sphère féministe. Selon elles et eux, c'est tout l'héritage de la lutte des femmes pour davantage de libertés reproductives qui semble être remis en cause par ces critiques d'un produit contraceptif – ou parfois, de l'ensemble des produits hormonaux. C'est également à cette analyse que souscrivent de nombreux articles dans la presse, faisant de la pilule contraceptive un symbole de la libération des femmes³⁸.

Le débat public entre féministes voit s'affronter deux positions : d'une part, celles qui défendent l'avancée considérable qu'a représentée la pilule pour les femmes, et qui considèrent le rejet actuel des contraceptifs oraux par une partie des femmes comme un retour en arrière, à une période sombre où ni la contraception ni l'avortement n'étaient légalement à disposition des femmes pour choisir d'avoir des enfants si elles le veulent, lorsqu'elles le veulent. Mylène Rouzaud-Cornabas

37. S. Debusquat, 2017, *J'arrête la pilule*, Les liens qui libèrent éditions ; Joy et S. Debusquat, 2019, *Marre de souffrir pour ma contraception : Manifeste féministe pour une contraception pleinement épanouissante*, Les liens qui libèrent éditions ; M. Durano, 2018, *Mon corps ne vous appartient pas : contre la dictature de la médecine sur les femmes*, Paris, Albin Michel.

38. S. Braibant, « La pilule contraceptive, symbole de la libération des femmes, rejetée par les plus jeunes », *TV5 Monde*, 26 septembre 2018, <https://information.tv5monde.com/terriennes/la-pilule-contraceptive-symbole-de-la-liberation-des-femmes-rejetee-par-les-plus-jeunes> [consulté le 22 octobre 2019] ; F. Drouelle, « 1967, la pilule, enfin », émission France Inter, 22 mai 2018, <https://www.franceinter.fr/emissions/affaires-sensibles/affaires-sensibles-22-mai-2018> [consulté le 9 août 2018] ; Collectif, « Contraception : quand les femmes boudent la pilule », *L'Obs*, 15 mai 2018, <https://www.nouvelobs.com/publicite/20180515.OBS6653/contraception-quand-les-femmes-boudent-la-pilule.html> [consulté le 29 octobre 2019] ; D. de Lamarzelle, « L'histoire de la pilule qui nous a permis d'être les égales des hommes », *Marie Claire*, 2017, <https://www.marieclaire.fr/pilule-revolution-sexuelle-feminisme-saga,836844.asp> [consulté le 29 octobre 2019].

De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception

montre dans sa thèse que c'est notamment le positionnement du Planning familial au lendemain de la crise des pilules de 2012-13, ainsi que d'autres féministes publiquement identifiées dans ce qu'elle nomme « l'espace de la contraception » (Rouzaud-Cornabas, 2019, p. 434-56). D'autre part, les tenantes d'une distance critique vis-à-vis du monde médical et pharmaceutique s'appuient sur la récente crise médiatique autour des pilules de nouvelles générations pour rejeter une norme contraceptive très fortement centrée sur la pilule.

Ainsi, l'histoire de la conquête de la pilule par les féministes, telle qu'elle est parfois racontée par les expert·e·s en contraception que j'ai interrogé·e·s, laisse entrevoir le mythe d'une pilule qui aurait permis à l'ensemble des femmes de sortir de la peur de l'avortement :

« Ce qui a changé surtout, plus que la médecine, c'est la société. Et ce qui a été considéré à l'époque – à l'époque *Le Monde* écrivait que c'était la plus grande invention du XX^e siècle – aujourd'hui c'est considéré comme une contrainte, une abomination, une horreur, par la majorité – par beaucoup de jeunes filles, parce que elles ont pas connu ce qu'avaient connu leurs mères, c'est-à-dire les angoisses des interruptions de grossesse, et caetera, donc je pense que cette évolution elle est liée à deux choses : (...) à la banalisation [de la contraception] ; et par ailleurs elle est liée aussi à la banalisation de l'interruption de grossesse, et à sa médicalisation (...) Aujourd'hui les gens rejettent les vaccins parce que la crainte a disparu, et donc on rejette l'outil qui a permis de faire disparaître la crainte. Ce qui est assez banal, c'est-à-dire que si la peur disparaît, le rapport bénéfice-risque disparaît, parce que la perception du bénéfice elle-même diminue. »

(Christian Jamin, gynécologue médical et endocrinologue, entretien du 16 février 2016 à son cabinet)

Dans cette lecture assez manichéenne de l'adhésion passée à la pilule, à laquelle s'opposerait le rejet présent, les critiques de la pilule sont ramenées à une méconnaissance – ou à un défaut de mémoire – de la révolution qu'a constituée l'arrivée des contraceptifs oraux pour le quotidien des femmes. La vision de C. Jamin est prolongée par celle d'É. Aubeny, ancienne membre de l'ANEA, de l'ANCIC, et membre fondatrice de la société européenne de contraception, qui propose une lecture de la crise des pilules comme une volonté généralisée – et illusoire, selon elle – de revenir « au naturel » :

« À votre avis, qu'est-ce que la mise en cause médiatique des pilules de nouvelle génération a changé au niveau des pratiques contraceptives ?

- Eh bien qu'il y a des femmes qui refusent des pilules. Qui sont revenues à des vieilles méthodes, de température, le préservatif. On les voit quelque fois revenir

avec des avortements, quand même. (...) Mais je crois que c'est l'air du temps aussi. C'est l'artificiel, tout ce qui est artificiel, c'est pas bien, il faut revenir au bio, il faut revenir au naturel, etc.

- *Et dans la pratique médicale, ça a changé des choses... ?*

- Oh, je crois que les médecins ont dit : "écoutez, si vous voulez rien faire, nous on va pas se battre". (...) Bon. Ça a un peu démotivé les médecins à faire une contraception. (...) Mais en disant : "les femmes sont libres de faire ce qu'elles veulent". Mais quand on s'est tellement battu-e-s pour qu'on ait une contraception efficace, et que tout d'un coup on vous dit : "non, non, non, c'est du poison, j'en veux pas..."., j'avoue que moi, ça passe mal. (...) Mais enfin bon, elles sont libres de faire ce qu'elles veulent. Mais quand on les voit revenir avec des avortements. Enfin les avortements, c'est pas grave de nos jours, techniquement. Moralement c'est jamais bien drôle, quand même. »

(Élisabeth Aubeny, ancienne gynécologue médicale, co-fondatrice de l'Association française de contraception, entretien du 16 février 2017 à son domicile)

Cet extrait révèle une certaine ambivalence d'une médecin engagée pour la légalisation de l'avortement, puis pour la libéralisation de la contraception et de la contraception d'urgence³⁹, qui prône aussi la liberté décisionnelle des femmes en matière contraceptive et abortive, tout en admettant une certaine rancœur face aux discours hostiles à une « contraception efficace », pour laquelle « on s'est tellement battu-e-s ». Car tout en admettant l'importance de laisser les femmes choisir, elle semble contester la légitimité de leur refus de la pilule et leur choix de « vieilles méthodes », et associe ces discours à une mode qui rejette l'artificiel et favorise le « bio », le « naturel ». Ce qui pose également problème, selon elle, c'est que l'utilisation, ou le « retour » à des méthodes jugées moins efficaces laissent planer le risque de devoir recourir à l'avortement, acte techniquement non « grave », mais moralement pesant. Comme C. Jamin, elle mobilise la figure repoussoir de l'avortement, craint par les femmes, tel qu'il se pratiquait avant la légalisation de la contraception, pour contrer les perspectives critiques vis-à-vis des contraceptifs oraux, dans un contexte où les avancées techniques et technologiques permettent aujourd'hui de réaliser des avortements dans de bonnes conditions sanitaires. Cette ambivalence se retrouve également dans les propos de J. Brunerie, ancienne gynécologue médicale et militante au MLAC et au GIS :

« Je sais pas comment vous pouvez l'expliquer, mais y a des choses comme ça, ça dépasse l'entendement (...) Parce que l'histoire de la pilule qui rend stérile,

39. Elle a notamment participé à la mobilisation à la fin des années 1990 pour que la pilule du lendemain soit disponible en vente libre en pharmacie, et gratuite pour les mineures.

De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception

c'étaient des arguments qui existaient... mais c'est tombé très vite. (...) Alors arrive maintenant (...) tout ce truc de nature (...) Je me suis arrêtée de travailler il y a huit ans mais je commençais déjà à plus les supporter. Enfin on est obligée de respecter son malade. "Ah non, j'ai arrêté la pilule..." Alors résultat, elles comptent leurs jours. Je leur dis : "si vous préférez compter vos jours, trembler tous les 28...", tout ça, plutôt que de tranquillement prendre son petit comprimé, ça les regarde. La lunaception, la glaïre... Enfin pour les femmes de ma génération, c'était tellement le miracle, un miracle, la pilule, que on a du mal à entendre ça, mais faut l'entendre aussi. »

(Joëlle Brunerie, ancienne gynécologue médicale, ancienne militante au MLAC, au GIS, et au Planning familial, entretien du 23 janvier 2017 à son domicile)

Les méthodes de décompte des jours fertiles, ou plus généralement l'ensemble des méthodes rassemblées sous le label de « méthodes naturelles », apparaissent ici associées à la mémoire de la peur d'être enceinte et de devoir avorter, telle qu'elle était vécue par de nombreuses femmes avant l'arrivée de méthodes contraceptives à très grande efficacité théorique, et avant la légalisation de l'interruption de grossesse. Comme le montrent B. Pavard puis L. Ruault, l'engagement des médecins dans les MLAC renvoie souvent à une forte prise de conscience vis-à-vis de la condition impuissante des femmes face à l'avortement clandestin ou aux grossesses à répétition, soit parce qu'elles et ils ont été personnellement touché·e·s par le problème dans leur relations affectives, soit parce qu'ils ou elles y ont été confronté·e·s à de nombreuses reprises, à l'hôpital, ou dans leur clientèle privée (Pavard, 2012c; Ruault, 2017). Ainsi, le refus d'utiliser la pilule est vécu par cette médecin militante comme un retour en arrière, une contestation d'un acquis durement obtenu, d'une avancée « miracle » qui représente le combat d'une génération de femmes. Il est intéressant de noter que ces expertes retiennent ici principalement que les féministes – et les femmes – se sont battues pour la pilule, plutôt que pour la contraception dans son ensemble et pour le choix contraceptif. Cette vision est révélatrice de l'engagement très fort d'une partie des expert·e·s médicaux·ales dans les luttes pour la libéralisation contraceptive et abortive, où l'accent est mis avant tout sur la conquête législative.

À l'inverse, plusieurs critiques actuelles des contraceptifs oraux, sans remettre en cause ce qui est considéré comme un acquis des luttes des années 1960 et 1970, portent justement sur une critique de la médicalisation genrée de la contraception, faisant peser le travail contraceptif comme ses conséquences en termes de risques uniquement sur les femmes (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2018)⁴⁰. Ces critiques

40. Voir également la thèse en cours de Leslie Fonquerne sur les enjeux de prescriptions et d'utilisation des méthodes hormonales après la crise des pilules.

s'inscrivent dans un mouvement plus large de contestation féministe de certaines pratiques médicales considérées comme non respectueuses des femmes (Quéré, 2016). Les travaux actuels sur les méthodes non médicales de contraception tendent à montrer que ces pratiques s'inscrivent pour certaines dans des réappropriations féministes⁴¹, loin des pratiques rétrogrades et ennemies des femmes que décrivent certain·e·s.

Ce clivage par rapport à la manière de penser les contraceptifs oraux semble en partie renvoyer à un clivage générationnel. Nombre de féministes ainsi engagées dans les luttes pour l'accès aux droits reproductifs font référence à cette fameuse période d'avant la contraception légale, horizon historique presque décrit comme un sombre Moyen-Âge, que les générations actuelles de femmes et de féministes n'auraient pas connu, et qu'elles tendraient à oublier. Au contraire, de nouvelles générations de féministes revendiquent le droit de ne pas utiliser les contraceptifs oraux, au nom du droit des femmes à disposer de leur corps et de l'autonomie par rapport à toute forme de pouvoir (patriarcal, médical) pour lesquelles leurs aînées du MLAC, du MLF, ou du MFPP se sont battues. Cette lutte pour l'autonomie des femmes semble ainsi se traduire différemment pour ces deux générations de féministes. Cela s'est traduit initialement par l'utilisation d'une méthode – la pilule – vécue comme peu engageante auprès du·de la médecin, autorisant une réappropriation, et la mise en œuvre de formes de résistances (ne pas prendre sa pilule quand on veut l'arrêter, contrairement au stérilet qui nécessite de repasser par le·la médecin). Cette revendication d'autonomie se traduit, plus récemment, dans les revendications féministes de démedicaliser la contraception et de la rendre accessible sans passer par l'interaction avec un·e médecin. Schématiquement, on pourrait dire que les luttes féministes pour l'accès à la contraception sont passées d'une revendication de la pilule comme un *droit*, devant être accessible à toutes les femmes, remboursé, et permettant aux femmes une meilleure maîtrise de leur fécondité, à la revendication de la pilule comme un *choix*, parmi d'autres méthodes, l'autonomie des femmes étant progressivement conçue non comme passant par le seul recours à la pilule, mais par une autonomie décisionnelle par rapport à diverses méthodes contraceptives (Ventola, 2017).

Les matériaux analysés dans ce chapitre permettent toutefois de nuancer la seule lecture du débat actuel en termes de conflit de générations. En effet, l'analyse des archives de différents mouvements engagés pour l'accès à la contraception laisse entrevoir que le conflit actuel souvent présenté comme nouveau, ou comme la résultante d'un désintérêt actuel des femmes pour les méthodes hormonales de

41. Voir notamment le mémoire de M2 de Marion Tisserand, 2018, « Contraceptions naturelles et outils numériques. Les symboliques du corps à l'épreuve du genre », Université de Lyon 2.

contraception ou d'une méfiance vis-à-vis de la sphère médicale, n'est en fait pas un phénomène si nouveau que cela. Différentes voix se sont ainsi élevées, dès les années 1970, pour critiquer la médicalisation de la contraception, les risques supportés uniquement par les femmes, l'absence de partage de la responsabilité contraceptive ou encore pour remettre en cause l'idée que la pilule aurait permis de manière univoque une révolution sexuelle. Il est intéressant de voir que ces voix critiques ne sont jamais rappelées dans le débat actuel comme faisant partie de l'héritage des luttes pour les droits reproductifs, ce qui suggère qu'elles ont été effacées de la mémoire féministe des années 1970⁴². Les termes du débat actuel laissent en effet entrevoir que c'est une vision libératrice de la pilule qui a plutôt triomphé au sein du féminisme français, ce qui a sans doute participé à l'association, dans la mémoire collective actuelle, entre revendications pour l'accès à la contraception et revendications pour l'accès à la pilule. Cela permet de voir, en retour, que c'est plutôt une vision féministe de la contraception et des contraceptifs oraux proche de l'expertise et des normes médicales qui a triomphé à partir des années 1980 et dans les années 1990, venant conforter, plutôt que contester, la norme contraceptive française centrée sur la pilule.

Finalement, ce chapitre a permis de montrer qu'il y a bien eu des mises en causes marginales de la pilule par des femmes dans des mouvements féministes en France, dès les années 1970. Ces arguments, parfois proches des arguments défendus par les mouvements de self-help et les mouvements de libération des femmes aux États-Unis ou en Allemagne de l'Ouest, s'inscrivent dans une distance critique aux institutions médicales portée par certains mouvements pour la liberté abortive, notamment par certains groupes MLAC. Mais contrairement aux autres pays, cette mise en cause demeure assez marginale dans les mobilisations des années 1970 autour des droits à disposer de son corps et des droits procréatifs, puis dans ses prolongements dans les années 1980 et 1990, et n'est que rarement l'objet de débats au sein des mouvements féministes. Elles nous amènent toutefois à questionner la lecture monolithique qui est actuellement faite, selon laquelle la génération de féministes ayant milité dans les années 1970 et 1980 aurait unanimement adhéré à la pilule.

42. L. Ruault montre dans sa thèse que ces critiques semblent avoir été inaudibles – et effacées – dès les années 1970 par les militantes, *via* des processus de délégitimation de la parole de certaines militantes en faveur d'une démedicalisation de la contraception. La différence majeure avec le débat actuel serait donc que ces critiques trouvent aujourd'hui un écho dans une partie des mobilisations féministes centrées sur la remise en cause du pouvoir médical (Quéré, 2016).

Conclusion de la partie IV : une norme contraceptive impossible à contester ?

Cette dernière partie a permis d'interroger les possibles contestations de la norme contraceptive au sein de l'arène contraceptive française. Si l'on observe des mises en cause médicales, scientifiques et militantes des contraceptifs dans plusieurs pays européens et aux États-Unis entre les années 1970 et les années 2000, ces contestations ont finalement peu d'écho en France, et ne conduisent pas à une remise en cause durable d'une norme médicale centrée sur la pilule.

Le chapitre 8 montre que les contestations morales et scientifiques des contraceptifs oraux sont restées marginales en France. Renvoyées à des oppositions conservatrices, les mises en cause des contraceptifs oraux à la fin des années 1960 et au début des années 1980 ont finalement eu peu d'impact sur les pratiques contraceptives comme prescriptives. Ceci semble notamment résulter de la mobilisation très active d'une partie des expert·e·s en contraception dans le champ médical et dans le champ médiatique pour délégitimer les critiques de la pilule, régulièrement réaffirmée comme la meilleure méthode de contraception, sans danger et comportant peu d'effets secondaires. Ce chapitre analyse également la difficulté pour les utilisatrices insatisfaites de ces produits de se mobiliser pour contester la centralité de la pilule en France. En l'absence de cadres de mobilisation pouvant relayer leurs insatisfactions (leur permettre une « prise de parole ») les utilisatrices mécontentes n'ont en fait pas d'autre alternative que la « défection » (temporaire ou définitive) ou la « loyauté » à cette méthode (Hirschman, 1970).

Ces cadres de mobilisation auraient pu être proposés par les mouvements féministes. Toutefois, le chapitre 9 a permis de montrer que les mouvements pour la liberté procréative ont participé à légitimer la norme contraceptive française, plutôt qu'ils ne l'ont contestée. Alors que dans d'autres pays, les mouvements féministes ont plutôt constitué une instance critique de la médicalisation et de la pharmaceuticalisation de la contraception, conduisant parfois à rejeter le recours aux contraceptifs oraux, ces contestations semblent demeurer marginales en France, n'amenant pas la production d'une critique structurelle du recours à ces méthodes. Si des contestations de la norme contraceptive française ont bien existé, ponctuellement, au sein de ces mouvements, elles semblent avoir été effacées de leur mémoire collective.

De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception

Conclusion : de la production d'une évidence à sa contestation

Cette thèse a permis d'interroger l'évidence de la pilule en France, et de retracer la genèse d'une norme contraceptive centrée sur ce moyen contraceptif. Je reviens sur les principaux résultats de la thèse et ses apports, puis j'envisage des pistes d'ouvertures.

Principaux résultats

L'approche en termes d'« arène contraceptive » amenant à considérer une pluralité d'acteurs·trices, et leurs interactions, a permis de rompre avec la vision selon laquelle la pilule aurait constitué – comme technologie de contrôle de la fécondité – une « révolution ». Cette vision qui personnifie l'objet « pilule » invisibilise les rapports de pouvoir à l'œuvre dans la construction de l'évidence de son usage, que du reste la comparaison internationale des modèles contraceptifs permettait de remettre en cause (Ignaciuk et Ortiz-Gómez, 2016; Ventola, 2017; Le Guen *et al.*, 2017). Ce « pas de côté » amène à s'interroger sur les conditions sociales et historiques de la production d'une telle évidence.

J'ai d'abord montré à quel moment la centralité de la pilule en France se met en place, dans les pratiques et les représentations. En effet, le recours à cette méthode augmente de manière continue entre le début des années 1960 et la fin des années 1990, et son utilisation dépasse celle du retrait à partir de la fin des années 1970. La norme contraceptive française faisant de la pilule la méthode principale d'espacement des naissances pendant une partie de la vie reproductive des femmes hétérosexuelles, et du DIU la principale contraception d'arrêt, lorsque les femmes ne souhaitent plus avoir d'enfant, se généralise au cours des années 1980. Cette évolution renvoie en partie à des effets de génération dans l'utilisation des méthodes, les nouvelles générations adoptant les méthodes médicales lorsqu'elles commencent leur trajectoire contraceptive, mais également à des « effets période » qui ont trait

aux régulations et aux décisions en matière de politique de remboursement et de promotion des méthodes. En parallèle de cette évolution dans les pratiques, « la pilule » devient centrale dans les représentations médicales et médiatiques à la fin des années 1960, jusqu'à se confondre avec la contraception dans son ensemble. Ce « pilulocentrisme » médical et médiatique s'accompagne de l'éviction des autres méthodes contraceptives comme méthodes de premier choix.

Deuxièmement, ce travail de thèse a permis de montrer le rôle déterminant du champ des expert·e·s en contraception dans l'élaboration et la diffusion de la norme contraceptive centrée sur la pilule. Ces médecins militant·e·s parviennent en effet au cours des années 1960 et au début des années 1970 à imposer un double monopole : le monopole des médecins sur la prescription contraceptive, justifié par la nécessité de surveiller les bonnes conditions de prescription des contraceptifs oraux ; leur propre monopole sur la production de normes médicales en matière contraceptive, entériné par le fait qu'au cours des années 1960, les médecins du Collège médical du Planning familial sont la seule instance de formation en contraception et occupent une position dominante jusqu'aux années 1980. Le Collège médical est dissous en 1973, mais ces expert·e·s continuent de revendiquer leur expertise dans divers espaces professionnels et politiques, contribuant à ce que j'ai appelé une « professionnalisation du champ de l'expertise en contraception ».

De ce point de vue, se focaliser sur la production de catégories médicales dans les années 1960 et 1970 a permis de voir comment ces expert·e·s construisent progressivement la pilule comme la meilleure méthode de contraception. D'une vision de la contraception comme une panoplie de méthodes permettant d'espacer les naissances et de lutter contre l'avortement, avec chacune ses avantages et ses inconvénients, ces expert·e·s évoluent progressivement vers l'idée que la pilule est la seule méthode efficace et sans risques, dans les limites de ses contre-indications, tandis que le DIU est moins efficace et comporte un risque de stérilité, et que les autres méthodes sont trop peu efficaces. La définition de la contraception proposée par ces expert·e·s exclut la plupart du temps les méthodes définitives que sont la vasectomie et la ligature des trompes, et qui n'ont pas d'encadrement juridique jusqu'en 2001. Cette « configuration » de la pilule comme méthode de premier choix par les expert·e·s les conduit notamment à minimiser les effets indésirables de ce produit, ou à les considérer comme normaux, et non problématiques.

Troisièmement, cette thèse insiste sur le poids important de l'industrie pharmaceutique dans la définition des catégories mobilisées par les expert·e·s, et dans l'orientation de l'offre contraceptive. Elle montre comment les stratégies commerciales des firmes et leur marketing à destination des médecins se sont progressivement orientés vers la promotion de produits nouveaux sur le marché, et

particulièrement les pilules de nouvelles générations. Ces produits sont en effet ceux qui permettent aux industries d'être les plus concurrentielles dans le champ économique, et de réaliser le plus de profits. La thèse montre l'impact de ce marketing sur les catégories élaborées et les produits recommandés par les leaders d'opinion, ainsi que sur les représentations et les pratiques médicales, centrées sur la pilule et laissant une large part à ces nouveaux produits, pourtant plus chers et qui ne sont pas toujours pris en charge par la sécurité sociale. Dans le cas français, les pratiques médicales et les pratiques contraceptives apparaissent comme le reflet des intérêts de l'industrie, exprimés notamment dans les plans stratégiques et études marketing des firmes, à l'instar de Schering, à savoir, vendre ces pilules, cette « vache-à-lait »⁴³ du secteur pharmaceutique.

Pour prolonger cette analyse, il pourrait être intéressant de s'interroger sur les raisons pour lesquelles, dans d'autres pays, le recours contraceptif est moins le reflet des intérêts de l'industrie. Les travaux de C. Ventola (Ventola, 2017), ainsi que le présent travail, interrogent le degré d'autonomie de la profession médicale par rapport à l'État, en termes de formation comme en termes de pratiques, et l'attachement à un exercice libéral qui favorise des pratiques professionnelles à la discrétion des médecins. Dans ce contexte, l'influence de l'industrie sur les pratiques médicales est peu médiée ou contrebalancée par des instances répondant à d'autres enjeux que des enjeux économiques, comme les agences de santé publique.

Quatrièmement, cette thèse souligne le poids des prescripteurs·trices – et particulièrement des gynécologues médicales·aux – dans la (bio)médicalisation de la contraception en France et dans la primauté donnée aux hormones dans la prescription contraceptive. En effet, l'analyse proposée a permis de souligner de quelle manière la spécialisation de gynécologie médicale a construit son identité dans le champ médical par la revendication d'une expertise en contraception et en endocrinologie. Cette double expertise, et le fait que la contraception soit relativement centrale dans leur activité et que la prescription de pilules soit l'une de leurs principales sources de revenus, a amené ce groupe professionnel à revendiquer la prescription de pilules dans l'intérêt des femmes, ou, pour reprendre l'expression d'un expert, « par amour des femmes ». Le poids de cette spécialité dans la prescription contraceptive est ainsi très important et semble distinguer la France des autres pays où cette prescription n'est pas confiée à une spécialité centrée sur la (bio)médicalisation du corps des femmes⁴⁴.

43. Selon l'expression utilisée dans l'analyse stratégique de Schering, *Schering-Analyse von britisch*, Brokenhaus Robert Fleming Securities, 30 août 1988, Schering Archives, C10 030-001.

44. En Allemagne, une spécialité de gynécologie en libéral similaire à la gynécologie médicale française existe, bien que le clivage entre gynécologie médicale et obstétrique ne soit pas aussi net qu'en France. Le recours à la pilule en Allemagne est comparable au recours en France, ce

Ce travail a également permis de montrer à quel point la formation des médecins en contraception était pilulocentrée, ce qui se traduit dans leurs représentations et leurs pratiques professionnelles. Il a également mis en évidence que lorsque les médecins étaient formé·e·s *a minima*, comme cela semble être le cas d'une partie des prescripteurs·trices, ces professionnel·le·s avaient tendance à prescrire uniquement la pilule, ou des méthodes qu'ils ont déjà expérimentées eux-mêmes : autrement dit, qu'ils recouraient à des logiques profanes.

Enfin, cette thèse a permis de montrer que la norme contraceptive centrée sur la pilule a fait l'objet de peu de contestations, entre le milieu des années 1970 et les années 2000. Si des tentatives de contestation ont émergé, notamment dans le champ scientifique et dans le champ médical, à la fin des années 1960 et au début des années 1980, ces mises en cause des contraceptifs oraux ne se sont pas concrétisées en controverses médicales ni médiatiques, et ont en fait eu peu d'impact sur les représentations comme sur les pratiques contraceptives. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'une partie des expert·e·s en contraception, reconnu·e·s aussi bien dans l'espace public que dans le champ médical, ont systématiquement délégitimé ces mises en cause. La thèse suggère également la faiblesse de la mobilisation des usagères de contraception elles-mêmes pour modifier cette norme – alors même que de nombreuses femmes expriment leur insatisfaction face à ce produit, que ce soit dans la presse ou dans les enquêtes contraceptives. Ce faible pouvoir de contestation fait écho à la faiblesse des critiques de ces produits au sein des mouvements féministes, qui oscillent entre impensé et refus de penser la critique de la médicalisation de la contraception.

Dans cette arène contraceptive française, les militantes féministes se sont en effet révélées comme des alliées plutôt que comme des opposantes à ce processus de (bio)médicalisation de la contraception. Ces mouvements ont ainsi érigé la pilule comme symbole des luttes pour les droits reproductifs – dans une attitude là encore pilulocentrique confondant accès à la pilule et accès au choix contraceptif – et ont contribué à marginaliser ou délégitimer les voix dissidentes qui critiquaient notamment l'emprise du pouvoir médical sur la prescription contraceptive et le fait que les risques en termes médicaux reposent essentiellement sur le corps des femmes. Ces voix dissidentes semblent avoir disparu de la mémoire féministe des années 1970, ce qui contribue à définir le débat actuel sur les risques des contraceptifs oraux ou le partage de la responsabilité contraceptive entre femmes et hommes comme un débat « nouveau » à l'initiative d'une nouvelle génération de femmes qui refuserait de prendre la pilule, et qui rejeterait ainsi les acquis des générations

qui renforce cette hypothèse du rôle d'une spécialité en libéral centrée sur la prise en charge des femmes dans la (bio)médicalisation. Il serait intéressant de prolonger cette comparaison.

antérieures. Resituer ce débat dans une perspective historique permet au contraire de voir que la critique féministe des contraceptifs oraux existait déjà en France dans les années 1970, bien qu'elle ait été marginalisée.

Apports de la thèse

La socio-histoire d'une norme

Adopter une perspective historique, comme souvent, permet d'apprécier que des phénomènes aujourd'hui décrits comme « nouveaux » ne le sont pas tant que ça, et que certaines tendances actuelles avaient déjà émergé, des décennies auparavant : ainsi des critiques de la pilule et de ses effets secondaires, par les femmes et par les mouvements féministes, qui émergent au moins à deux reprises : à la fin des années 1960 et au début des années 1980 ; ainsi également du rejet des hormones déjà présent dans les années 1980.

Cette thèse a précisément permis de retracer une histoire – celle de la diffusion de la pilule – qui n'avait été que partiellement étudiée en France. L'un des apports de ce travail est donc de faire dialoguer une littérature sur la pilule qui existe dans d'autres pays (Watkins, 1998; Marks, 2001; Silies, 2010; Ignaciuk, 2015; König, 2016) avec les études sur la contraception en France. Ces dernières se sont en effet centrées soit sur la limitation des naissances au XIX^e et début du XX^e siècle, avant l'émergence des contraceptifs produits à échelle industrielle et prescrits par des médecins dans une perspective d'histoire des sciences et des techniques (McLaren, 1978; Pedersen, 1996; Accampo, 2003; Cahen, 2009) ; soit, dans une perspective d'histoire des mouvements sociaux et du MFPPF, sur les mouvements militants des années 1950 à 1980 (Garcia, 2011; Pavard, 2012c; Sanseigne, 2019) ; soit enfin, dans une perspective socio-démographique, sur les pratiques contraceptives (Leridon, 1987; Leridon et Guibert-Lantoine, 1998), jusqu'à la fin des années 1990 où émerge une sociologie de la contraception, des pratiques, de son cadre prescriptif, et des normes qui l'entourent (Bretin, 1992, 2004; Bajos *et al.*, 2002) et de son aspect genré (Bajos et Ferrand, 2004; Bajos *et al.*, 2012; Thomé, 2016; Ventola, 2016). Le double pari de cette thèse était de faire dialoguer ces travaux, d'une part, entre eux, en combinant une analyse socio-historique des différent-e-s acteurs-trices participant à produire la norme contraceptive à une approche d'histoire des sciences et des techniques ; d'autre part, il s'agissait de faire dialoguer ces travaux avec les autres travaux similaires, portant sur la même période ou sur le même objet, à l'étranger.

Cette socio-histoire du succès d'un produit médicamenteux a ainsi permis de

rompre avec une vision téléologique de la supériorité thérapeutique d'une spécialité sur les autres dispositifs disponibles, qui est la vision promue par une partie des expert·e·s en contraception. Elle a au contraire permis de voir comment la promotion de la pilule et la construction de son efficacité s'inscrivent dans des rapports de pouvoir et se situent au cœur d'enjeux sociaux, médicaux, économiques et politiques.

Dans le champ des études sur le genre et sur la contraception, cette thèse nous renseigne également sur les processus de naturalisation de la responsabilité contraceptive et de légitimation d'une technologie genrée. En effet, elle permet de voir comment est construite en France l'évidence de la prise en charge de la contraception par les femmes. En construisant la pilule comme seule méthode efficace et recommandable et permettant d'éviter le « fléau » des avortements, les industries, les expert·e·s, et les professionnel·e·s en France participent à genrer les pratiques sociales de régulation des naissances, en en faisant une « affaire de femmes ». Le pilulocentrisme qui entoure sa prescription participe ainsi de l'exclusion durable des hommes de la responsabilité contraceptive (Ventola, 2014, 2017; Thomé, 2019). En outre, je montre dans ce travail que la pilule est construite comme une technologie pour recréer du genre là où le genre fait défaut : elle permet, selon l'argumentaire défendu par les industries pharmaceutiques à partir des années 1980 et relayé par certain·e·s expert·e·s, de restaurer la féminité, « 1^{er} droit de la femme » selon la publicité pour la pilule Diane (Schering). De la construction d'un produit pharmaceutique comme objet marketing genré, on glisse progressivement vers un objet qui produit du genre et restaure le naturel là où il semble faire défaut. Ce faisant, ce marketing participe de la naturalisation des différences sexuées, en réaffirmant les caractéristiques de la féminité idéale : hétérosexuelle, contraceptée, « libérée » (mais on ne sait pas toujours de quoi), et à la peau lisse, aussi douce qu'une fleur (voir annexes F et H).

Un médicament à la croisée des champs

Un deuxième apport de cette thèse est la prise en compte simultanée de plusieurs espaces sociaux habituellement étudiés séparément. Ainsi, l'approche en termes d'arène permet d'appréhender la circulation, dans les manières de définir la contraception et de construire l'efficacité supérieure de la pilule par rapport aux autres méthodes, entre différents espaces sociaux *a priori* relativement indépendants les uns des autres. Ce travail a ainsi permis de montrer la très forte cohérence entre les manières de penser la contraception dans les différents champs de l'arène contraceptive française. De ce point de vue, retrouver des manières de caractériser

les méthodes aussi cohérentes entre les revues médicales spécialisées et les revues féministes est un résultat très étonnant, qui témoigne de la réappropriation, dans l'espace militant, de catégories médicales, sans leur mise à distance critique. De même pour les catégories produites par l'industrie, que l'on retrouve quasiment telles quelles dans le discours de certain·e·s expert·e·s ou dans les revues médicales et les manuels sur la contraception. Il faut ainsi souligner l'importance des individus à l'intersection de plusieurs champs, qui peuvent « traduire » leurs capitaux d'un champ à l'autre, comme c'est le cas des gynécologues médicales·aux mobilisé·e·s dans les luttes pour l'avortement libre, à la croisée du champ médical, du champ de l'expertise et du champ militant, ou encore des leaders d'opinion en matière contraceptive, « marginaux-sécants » du champ de l'expertise, du champ médical et du champ économique.

Ce travail de thèse renseigne en outre sur les logiques de prescription de ces médicaments, à la croisée de divers champs sociaux et médicaux : de ce point de vue, la pilule apparaît comme un exemple à la fois « classique » et « à part » de médicament. Classique, car la production et la diffusion des contraceptifs oraux s'inscrivent dans les évolutions de l'industrie pharmaceutique entre les années 1960 et les années 2000. L'étude de ce médicament permet de caractériser les processus à l'œuvre sur cette période, que l'on retrouve pour d'autres médicaments : croissance et internationalisation des firmes pharmaceutiques, mouvements de fusions et acquisitions à partir de la fin des années 1970, augmentation de la place du marketing dans le budget des firmes, dans les ressources humaines, et plus généralement de la promotion du médicament dans sa « production » au sens large. À part, car il s'agit d'un produit qui est prescrit à un très grand nombre d'usagères, qui ne sont *a priori* pas malades. L'ampleur et le motif de sa prescription en font un objet qui circule, comme nous l'avons vu, dans plusieurs espaces sociaux, répondant à des enjeux autres que seulement médicaux.

Pour la sociologie et l'histoire de l'industrie pharmaceutique, des sciences et des techniques, l'apport de ce travail est double : il met l'accent sur l'intérêt de prendre en compte les produits concurrents sur un marché, pour mettre au jour les logiques qui existent derrière l'apparent succès d'une gamme de produits par rapport aux autres. Il suggère également des pistes pour voir la manière dont une industrie, dont l'enjeu financier la conduit à donner la priorité à une gamme de produits (ici, les contraceptifs oraux), s'adapte à des contextes institutionnels spécifiques. Plus généralement, cette thèse est une contribution à l'étude du marketing scientifique déployé par les firmes (Gaudillière et Thoms, 2015), mais également de leur rôle dans la construction de représentations autour d'un produit : l'idée de la pilule qui « libère les femmes » est ainsi, dès 1963, mobilisée par la firme Searle, et

elle est reprise de manière continue dans l'histoire du marketing de cette gamme de produits. Plus largement, il est intéressant d'envisager comment cette idée de « libération des femmes » par la pilule, reprise à leur compte par les mouvements féministes, a permis aux industries et aux prescripteurs·trices de garantir de très larges profits sur un marché et un monopole de prescription.

Le rôle de la temporalité dans la définition d'un champ des possibles

Enfin, les mises en parallèle de la situation française avec la situation aux États-Unis, en Angleterre, en Allemagne de l'Ouest et en Espagne permettent d'apprécier le rôle de la temporalité dans la définition d'un champ des possibles. Dans de nombreux pays d'Europe de l'Ouest et d'Amérique du Nord, les contraceptifs oraux sont mis sur le marché dès le début des années 1960, et connaissent rapidement une grande popularité, comme en témoigne l'augmentation massive du recours à ces produits. Puis, dans de nombreux pays, la pilule connaît une désaffection à partir des années 1970, dans le contexte des critiques formulées par les féministes et en lien avec la publication des premiers résultats d'enquêtes épidémiologiques sur les risques associés aux œstro-progestatifs. La contestation militante se structure ainsi *au moment même* de la contestation dans le champ scientifique et politique.

En France, si certaines utilisatrices ont recours à la pilule dès le début des années 1960, l'interdiction légale et l'absence de prise en charge par les médecins de la contraception rendent ces méthodes peu accessibles pendant plus d'une décennie. La lenteur de parution des décrets d'application de la loi Neuwirth retarde encore la diffusion de ce moyen contraceptif, et ancre de manière durable l'idée d'une résistance de l'administration à la liberté contraceptive des femmes. Les contraceptifs oraux sont donc diffusés en masse de manière plus tardive que dans les pays précédemment cités, leur accès est plus compliqué et fait l'objet de nombreuses revendications des mouvements féministes eux-mêmes au début des années 1970. Les critiques de la pilule sont durablement associées à des entraves à l'accès des femmes aux moyens de maîtriser leur fécondité, et la contestation des contraceptifs oraux n'émane que très marginalement des mouvements féministes. Les mouvements de « self-help » demeurent marginaux, et les enquêtes épidémiologiques sont interprétées par les expert·e·s médicaux de manière plus positive qu'elles ne le sont par leurs homologues anglo-saxon·ne·s ou allemand·e·s, donnant peu de place au débat sur les risques. Cette différence de temporalité permet de comprendre qu'en France les pilules sont demeurées un symbole d'émancipation pour de nombreux types d'acteurs·trices, alors que dans d'autres pays, la liberté contraceptive s'est

davantage incarnée dans la diversité des méthodes proposées (Ventola, 2017), dans la réappropriation de savoirs médicaux par les femmes elles-mêmes (Löwy, 2005; Silies, 2010; Ruault, 2017), ou dans le plus grand recours aux méthodes long cours, jugées moins contraignantes (Takeshita, 2010; Mosher *et al.*, 2016). Elle renvoie plus largement à des phénomènes de « dépendance au sentier » qui peuvent caractériser la commercialisation de technologies mondiales à des échelles locales ou nationales (Mahoney, 2000).

L'autre aspect important de la temporalité différenciée de l'introduction des contraceptifs oraux en France par rapport aux autres pays européens et nord-américains où des controverses ont eu lieu, est qu'en France, la première génération de produits très fortement dosés n'a quasiment pas été diffusée, du fait des restrictions pré-loi Neuwirth et de la lenteur de sa mise en place. Ainsi, c'est surtout la deuxième génération de contraceptifs – comportant moins d'effets secondaires – qui a massivement été diffusée en France. En un sens, l'expérience de « la » pilule n'est pas exactement la même dans les deux cas, et recouvre en fait des réalités très différentes pour les femmes, selon qu'elles ont eu plutôt affaire à des produits de première ou de deuxième génération.

Limites de l'analyse et pistes de recherche

La première limite de l'analyse déployée dans cette thèse est qu'elle prend assez peu en compte la production des normes contraceptives au sein de l'État. Ce travail est en effet assez peu focalisé sur les relations des expert·e·s en contraception avec les structures politiques. Si je propose quelques éléments d'analyse sur la manière dont ces expert·e·s revendiquent leur légitimité au sein du champ médical, la thèse elle-même est peu centrée sur les processus par lesquels ces expert·e·s assoient leur légitimité dans le champ politique. Ces processus sont par exemple davantage explicités dans la thèse de F. Sanseigne sur l'émergence d'une « cause contraceptive » ayant mené au vote de la loi Neuwirth en 1967 (Sanseigne, 2019). Le travail de thèse en cours de Cyrille Jean permet d'approfondir le questionnement historique sur la circulation des produits contraceptifs, dans une perspective d'histoire des sciences et des techniques qui s'inscrit dans une histoire du droit et des politiques publiques. Pour prolonger ce questionnement sur les liens entre expert·e·s et structures politiques, il serait intéressant d'analyser plus systématiquement les capitaux que ces expert·e·s mobilisent dans d'autres champs que le champ médical, notamment dans le champ politique, afin de rendre compte de comment cette norme qui apparaît comme une norme médicale – élaborée par des médecins à destination de médecins – est aussi légitimée, entre 1970 et 2000, au sein de l'État.

En outre, ce travail analyse la mise en place d'une norme dont l'effectivité se traduit dans les pratiques sociales (contraceptives) telles qu'elles sont mises en évidence dans les enquêtes nationales socio-démographiques sur des échantillons représentatifs de la population. Il ne dit rien du rapport effectif des individus à cette norme, de leur éventuelle distance à celle-ci, des négociations dont elle fait l'objet au quotidien. Ce questionnement est l'objet d'autres travaux de recherche (Bretin, 1992; Bajos *et al.*, 2002; Thomé, 2019)⁴⁵. De la même manière, la question de la capacité d'action (« *agency* ») et de résistance des femmes par rapport à la norme n'est pas centrale dans la thèse, même si elle apparaît parfois, notamment lorsqu'est posée la question d'une possible remise en cause de la norme contraceptive.

Ce travail ne dit rien non plus des « pratiques non verbalisées » (Memmi, 2016, p. 420) qui entourent les pratiques médicales et l'interaction médecin-patient·e lors de la consultation. De la même manière que l'étude et la genèse d'autres normes élaborées au sein de l'État et des administrations, par exemple, ne dit rien de leur mise en œuvre par les « *street-level bureaucrats* », dont seule une perspective ethnographique permet de rendre compte, la présente thèse étudie peu ce qui se passe lors des consultations médicales, et s'en tient à un niveau d'analyse en amont de celles-ci. L'étude de ce qui se passe entre les acteurs·trices qui mettent en place la norme et celles et ceux sur laquelle elle s'applique est très intéressante, mais dépasse le cadre de ce travail. Le travail en cours d'Aurore Koechlin permettra sans doute d'approfondir, dans une perspective de sociologie des professions, les liens entre la mise en place historique d'une spécialité comme la gynécologie médicale et la traduction dans l'exercice contemporain de la médecine, notamment en matière contraceptive.

Enfin, l'analyse des instances de production de normes alternatives, si elle fait l'objet d'un questionnement dans la thèse, n'est pas au cœur de ma démarche. Ainsi, le rôle de certain·e-s acteurs·trices, comme les centres de planning familial ou l'association qui fédère tous ces centres à l'échelle nationale, le MFPPF, est peu analysé dans cette thèse. Un prolongement possible de ce travail pourrait justement consister à explorer davantage le rôle de cette association dans la production, la mise en œuvre ou au contraire la contestation de la norme contraceptive française. Si la thèse étudie le rapport des expert·e-s en contraception au MFPPF jusqu'au milieu des années 1970, il serait intéressant de prolonger l'analyse de la relation entre ces expert·e-s et le MFPPF après qu'elles et ils aient quitté l'association en 1973. Toutefois, l'analyse suggère que cette association a plutôt été marginalisée dans l'arsenal étatique déployé en matière contraceptive, n'étant pas, au moment de

45. Voir également le travail de thèse en cours de Leslie Fonquerne sur la prescription et l'utilisation de la pilule après la « crise des pilules » de 2012-13.

la légalisation de la contraception et de la parution des décrets de la loi Neuwirth, investie du statut d'organisme d'utilité publique reconnu par l'État, ni investie d'une autorité symbolique ou économique. Cette marginalisation du Planning Familial nous renseigne sur les ressorts de la médicalisation de la contraception en France, et sur le fait que l'État organise un système contraceptif où les femmes sont obligées de passer par les médecins pour obtenir des informations sur la contraception, et de se soumettre à la surveillance médicale, même si des gardes-fous ou contre-pouvoirs existent ou persistent ⁴⁶.

Finale­ment, comprendre la mise en place de ce modèle contraceptif français permet d'autant mieux de comprendre les ressorts de sa contestation récente à l'occasion de la crise de 2013, étudiée par M. Rouzaud-Cornabas (Rouzaud-Cornabas, 2019). Une lecture croisée de nos deux travaux permet en effet de voir comment les recompositions des rapports de pouvoir au sein de l'arène contraceptive française rendent possible la mise en cause de la norme centrée sur la pilule.

Première­ment, le groupe des utilisatrices et anciennes utilisatrices de pilule – ou plus largement des utilisatrices de méthodes contraceptives – gagne de plus en plus de poids dans cette arène car plusieurs phénomènes favorisant leur « prise de parole » (Hirschman, 1970). La montée d'un mouvement du droit des patient·e·s en France permet aux utilisatrices ou anciennes utilisatrices insatisfaites ou mises en danger par ces produits de puiser dans de nouveaux « répertoires d'action collective » (Tilly, 1986). La généralisation d'internet et des réseaux sociaux ouvre la voie à de nouvelles formes de mobilisation (Chaponnière *et al.*, 2017) et favorise cette prise de parole. La montée de cette prise de parole légitime la contestation du monopole médical sur l'expertise en contraception qui existait jusqu'aux années 2000, par la production et la diffusion de contre-expertises sur la contraception, qui opèrent comme autant de répertoires d'action collective (Quéré, 2016).

En second lieu, la quasi-invisibilité de l'activité des entreprises pharmaceutiques et de leurs intérêts est questionnée à la lumière de plusieurs scandales sanitaires très relayés dans l'espace médiatique ⁴⁷. La critique de la (bio)médicalisation de la contraception émerge ainsi dans une partie du mouvement féministe actuel en s'appuyant sur une triple contestation : celle de la puissance des industries

46. Aujourd'hui, l'accès généralisé à Internet, et le développement sur la toile de nombreuses initiatives d'information en contraception indépendantes de l'État ou de l'institution médicale autorisent l'accès des usagères et usagers à des visions de la contraception alternatives à celle de l'institution médicale. Ce qui ne se fait pas toujours sans tensions, notamment au cours de la consultation pour obtenir des méthodes sous prescription, et où la vision du ou de la médecin peut se trouver concurrencée par la vision de la personne qui consulte.

47. C'est notamment le cas de l'affaire du sang contaminé (Fillion, 2006; Chauveau, 2011) et l'affaire du Mediator (Hauray, 2019) qui conduisent, selon le chercheur B. Hauray à une « crise de confiance » dans le domaine du médicament.

pharmaceutiques ; celle du pouvoir des médecins (Quéré, 2016) ; celle enfin, de la naturalisation de la responsabilité contraceptive, contestée aussi bien dans des mouvements féministes que dans des travaux universitaires, qui ne sont pas sans effet sur les instances productrices d'expertise et de normes, notamment les agences de sécurité sanitaire ou de santé publique.

Si ces contestations existent, elles ne se traduisent pas mécaniquement par une remise en cause des pratiques médicales comme contraceptives. Les dernières enquêtes contraceptives montrent que la pilule reste la première méthode de contraception en France (Rahib *et al.*, 2017). Si son recours a décliné depuis le début des années 200 et de manière plus notable après la « crise des pilules » de 2012-13, c'est le plus souvent au profit d'autres méthodes médicales portant sur le corps des femmes (pilules, DIU, autres méthodes hormonales). Le questionnement de la (bio)médicalisation de la contraception dans les mouvements féministes contemporains ne se traduit donc pas mécaniquement par une « révolution » des rapports de pouvoir entre médecins et utilisatrices de contraceptifs. Toutefois, montrer les ressorts de la construction de cette évidence constitue une première étape pour permettre de questionner cette norme et rendre compte des intérêts qu'elle sert, et par-là même, de sortir du « naturel de l'évidence ».

Annexes

Annexe A

Liste des sources

Fonds d'archives

Centre d'archives du féminisme (Angers)

Fonds Roudy

5 AF 1-22
5 AF 75-84
5 AF 93-94

Fonds MLAC

10 AF 1-12
10 AF 14-18
10 AF 57-63

Fonds Simon

17 AF 1-78

Fonds Képès

19 AF 1-11
19 AF 19-30
19 AF 53-62
19 AF 97-108
19 AF 113-124
19 AF 129-134
19 AF 183-199

Fonds Wolfrom

23 AF 302

Fonds GIS

44 AF 1-12
44 AF 19-35
44 AF 38
44 AF 47/1-48
44 AF 57-69

Bibliothèque interuniversitaire de Médecine-Santé Paris Descartes

Fonds Dalsace-Vellay

Dalsace 0
Dalsace 3-4
Dalsace 9-16
Vellay 1
Vellay 5
Vellay 12
Vellay 14
Vellay 17

Dictionnaire Vidal (1967-1999)

Archives de Schering-Bayer (Berlin)

001-066 : Documents divers
B0 : Généralités
B1 : Histoire de Schering
B3 : Commission historique de Schering AG
B6 : Étranger
B11 : Orientations stratégiques
B13 : Publications
S1 : Produits et publicités
S3 : Listes de prix et aperçu des produits
S8 : Photos

Archives de la Bibliothèque nationale de France

Contraception, fertilité, sexualité (1969-1997)

Le torchon brûle (1971-1973)

Archives de la bibliothèque de Sciences Po

Revue de presse « contrôle des naissances »

Archives personnelles de Michelle Ferrand

Corpus imprimé

Presse

Le torchon brûle (1971-1973)

Le Monde (via Europresse) :

« Contraception » : 1944-1er janvier 2000

« Pilule contraceptive » : 1944-1er janvier 2000

« Stérilet » : 1944-1er janvier 2000

Revue médicale

Fertilité, orthogénie (1968-1969)

Contraception, fertilité, sexualité (1969-1997)

Le quotidien du médecin (1971-2000)

Rapports

ASSEMBLÉE NATIONALE, 1966, *Rapport au nom de la Commission spéciale chargée d'examiner la proposition de loi de M. L. Neuwirth et plusieurs de ses collègues tendant à modifier les articles 3 et 4 de la loi du 31-07-1920 (n° 2203)*, Paris, Imprimerie Nationale.

AUBIN C., JOURDAIN MENNINGER D. et CHAMBAUD L., 2009, *La prévention des grossesses non désirées : Information, éducation et communication*, Rapport au nom de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

HAS, 2004, *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme - Recommandations pour la pratique clinique*, accessible en ligne [consulté le 25 avril 2019].

INPES, 2007, *La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. Dossier de presse*, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.

INSERM, 1971, *Rapport à M. le Ministre de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale. Les contraceptifs oraux*, Paris, Éditions de l'Inserm.

Mémoires, témoignages, biographies, publications de médecins et d'expert·e·s en contraception

Ouvrages biographiques ou autobiographiques

BAGGE Peter, 2017, *Femme rebelle : L'histoire de Margaret Sanger*, Nada éditions.

BAKER Jean H., 2011, *Margaret Sanger. A Life of Passion*, New York, Hill and Wang.

BAULIEU Étienne-Émile, 1990, *Génération pilule*, Paris, Odile Jacob.

- BAULIEU Étienne-Émile, FOUREST Caroline, 2013, *Libre chercheur*, Paris, Flammarion.
- BORTEN, 2004, *Médecin de femmes. Ce qu'entendent les gynécologues*, Paris, Albin Michel.
- CHESLER Ellen, 1992, *Woman of Valor : Margaret Sanger and the Birth Control Movement in America*, New York, Simon and Schuster Paperbacks.
- DURAND-VALLOT Angeline, 2012, *Margaret Sanger et la croisade pour le contrôle des naissances*, Lyon, ENS éditions.
- EIG Jonathan, 2016 [2014], *The Birth of the Pill. How Four Pioneers Reinvested Sex and Launched a Revolution*, Londres, Pan Books.
- FIELDS Armond, 2003, *Katharine Dexter McCormick : Pioneer for Women's Rights*, Westport, Praeger.
- INGLE Dwight J., 1971, *Gregory Goodwin Pincus : 1903–1967. A Biographical Memoir*, Washington D.C., National Academy of Sciences.
- KOWAL Fanny, 2015, *Être femme, une chance ! Quelle stratégie pour une vraie égalité ?*, Paris, L'Harmattan.
- MARSH Margaret, RONNER Wanda, 2008, *The Fertility Doctor : John Rock and the Reproductive Revolution*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- MCLAUGHLIN Loretta, 1982, *The Pill, John Rock, and The Church : The Biography of a Revolution*, Little, Brown and Company.
- SANGER Margaret, 1971, *Margaret Sanger : An Autobiography*, New York, W. W. Norton and Company.
- SPEROFF Leon, 2012, *A Good Man, Gregory Goodwin Pincus : The Man, His Story, The Birth Control Pill*, Oregon Health and Science University.

Travaux et manuels sur la contraception, témoignages, publications d'expert·e·s

- BORTEN-KRIVINE Irène, 2004, *Médecin de femmes : ce qu'entendent les gynécologues*, Paris, Albin Michel.
- CHATAIN Dominique, 1980, *Danger pilule : pour une contraception diversifiée*, Paris, Copernic.
- CHAUCHARD Paul, 1967, *Contre la pilule et le planning familial*, Nancy, Berger-Levrault.
- COCHAND Dr, 1972, *Ma fille et la pilule*, Paris, Stock.
- COHEN Jean, ACHARD Bernard, 1978, *ABC des techniques de planification familiale : contraception, stérilisations, interruption volontaire de grossesse*, Paris.
- COHEN Jean, 1981, *Les Mains de la vie : la conception et la naissance maîtrisées, histoire d'une conquête*, Paris, R. Laffont
- COLLECTIF DE BOSTON POUR LA SANTÉ DES FEMMES, 1977, *Notre corps, nous-mêmes*, adaptation française, Paris, Albin Michel.
- DALSACE Jean, PALMER Raoul, 1966, *La contraception*, Paris, Presses Universitaires de France.
- DEBUSQUAT Sabrina, 2017, *J'arrête la pilule*, Paris, Les liens qui libèrent éditions.

DURANO Marianne, 2018, *Mon corps ne vous appartient pas : contre la dictature de la médecine sur les femmes*, Paris, Albin Michel.

GELLER Sacha, *La pilule : oui ou non ?*, Paris, Julliard, 1967, p. 36-37

GRANT Ellen, 1988, *Amère pilule*, Paris, O.E.I.L.

JOY et DEBUSQUAT Sabrina, 2019, *Marre de souffrir pour ma contraception : Manifeste féministe pour une contraception pleinement épanouissante*, Paris, Les liens qui libèrent éditions.

JOYEUX Henri et VIALARD Dominique, 2013, *La pilule contraceptive*, Paris, éditions du Rocher.

JOYEUX Henri, 2009, *Femmes si vous saviez - Des hormones de la puberté à la ménopause*, Paris, François-Xavier de Guibert.

KAHN-NATHAN Jacqueline, ROZENBAUM Henri, 1969, *La contraception : hier, aujourd'hui, demain*, Paris, L'Expansion scientifique française.

KAHN-NATHAN Jacqueline, TORDJMAN Gilbert, MASSE S., SARFATI G., VERDOUX Christiane, 1970, *Le Sexe en questions : une expérience d'éducation sexuelle dans la région parisienne*, Paris, Denoël-Gonthier.

KAHN-NATHAN Jacqueline, TORDJMAN Gilbert, VERDOUX Christiane, COHEN Jean, 1973, *Encyclopédie de la vie sexuelle : de la physiologie à la psychologie, tomes 1 à 4*, Paris, Hachette jeunesse.

KAHN-NATHAN Jacqueline, NEUWIRTH Lucien, 1973, *La contraception en 10 leçons*, Paris, Hachette littérature.

KÉPÈS Suzanne, 1967, *Aspects psychosomatiques de la contraception*, Toulouse, Privat.

LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, 1959, *La Libre conception à l'étranger, étude clinique des méthodes anticonceptionnelles et recherches expérimentales*, Paris, Maloine.

LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, 1964, *Contraception orale ou locale : expérience française sur 2,011 femmes, 1958-1961*, Paris, Maloine.

LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, 1964, *La Grand'peur d'aimer : journal d'une femme médecin*, Paris, Gonthier.

LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, 1967, *La Contraception et les Français*, Paris, Maloine.

LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, 1968, *La prescription contraceptive*, Paris, Maloine.

LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée et MARUANI Guy, 1975, *Le conseil concernant les problèmes de la naissance : tâche et fonctionnement des centres de consultation en matière de contraception, stérilité et avortement*, Toulouse, Privat.

MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL, 1979, *Contraception et avortement : le droit des femmes*, Paris, éditions tierce.

NETTER Albert et ROZENBAUM Henri, 1968, *Les Progestatifs de synthèse : Classification ; indications thérapeutiques ; application à la régulation des naissances*, Paris, Sotep.

NETTER Albert et ROZENBAUM Henri, KAHN-NATHAN Jacqueline, 1975, *La contraception : principes et applications pratiques pour le généraliste et le gynécologue*, Paris, J.B. Baillière.

ROZENBAUM Henri et NETTER Albert, 1968, *Les Progestatifs de synthèse : Classification ; indications thérapeutiques ; application à la régulation des naissances*, Paris, Sotep.

ROZENBAUM Henri et NETTER Albert, 1985, *Histoire illustrée de la contraception, de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Roger Dacosta.

ROZENBAUM Henri, 1967, *La Responsabilité du médecin devant la contraception orale*, thèse de doctorat en médecine.

ROZENBAUM Henri, 1971, *La Contraception*, Paris.

ROZENBAUM Henri, 1977, *100 questions sur les stérilets*, Paris, Laboratoires Searle.

ROZENBAUM Henri, 1978, *100 questions sur la ménopause*, Villeurbanne, Laboratoires Substantia.

ROZENBAUM Henri, 1985, *La contraception sur mesure*, Paris, Solar.

ROZENBAUM Henri, 1989, *Questions-réponses sur la contraception orale*, Saint-Denis, Laboratoires Organon.

SCHERING, 1998, *Schering : Aus Berlin in alle Welt. Die Schering AG 1949-1971*, Berlin, Schering-Aktiengesellschaft, Schriftenreihe Scheringianum.

SALAT-BAROUX Jacques, 1982, *La vie est ma passion*, Paris, Plon.

SEAMAN Barbara, SEAMAN Gideon, 1983, *De la contraception à la ménopause. Dossier hormones*, éditions de l'Impatient.

SERFATI David, 2002, *Contraception*, Paris, Masson.

SIMON Pierre, 1966, *Le contrôle des naissances. Histoire - philosophie - morale*, Saint-Amand, Petite Bibliothèque Payot.

SIMON Pierre, GOIRANN Jean-Pierre, GUTTMACHER Alan F., 1968, *Précis de contraception*, Paris, Masson.

SIMON Pierre, GONDONNEAU Jean, MIRONER Lucien, DOURLLEN-ROLLIER Anne-Marie, 1972, *Rapport sur le comportement sexuel des Français*, Paris, René Julliard, Pierre Charron.

STAUPE Gisela, VIETH Lisa, DEUTSCHE HYGIENE-MUSEUM, 1996, *Die Pille. Von der Lust und von der Liebe*, Berlin, Rotwohlt-Berlin.

UNGER R., LACHNIT-FIXSON U., 1989, *Historische Entwicklung der "Pille" unter besonderer Berücksichtigung der Schering-Innovation*, Berlin, Schering Aktiengesellschaft.

Annales de l'internat de médecine

COLONNA Pierre et BARRÈS Gabriel, 1988, *Les annales officielles par spécialité corrigées et commentées : internats 1985-1986-1987, Tome 2, Endocrinologie-métabolisme ; génétique ; gynécologie-obstétrique ; hématologie*, Paris, La Revue d'éducation médicale.

GAVARD Laurent, 2000, *Annales de l'internat 1988-2000 : gynécologie, obstétrique*, Paris, éditions Med-Line.

BAJER Benjamin et KHAZRAÏ Aziz, 1997, *50 dossiers préparation internat : avec iconographie et grille de réponses*, Paris, éditions Estem.

FERNANDEZ Hervé, 1986, *Gynécologie obstétrique III, enseignement en trois volumes*, Asnières, Indigo éditeur, collection « Internat : programme national ».

PERROT David *et al.*, *Annales officielles : QCM – 1985 à 1994 : 29 spécialités : QCM actualisées pour l'iECN ; suppression des questions obsolètes ou inadaptées à l'iECN*, Paris, éditions Med-Line.

Entretiens

10 entretiens avec des expert·e·s en contraception. Voir liste en annexe B.

Données d'enquêtes

Enquêtes sur la contraception en France : données sur le recours contraceptif (1971, 1978, 1988, 1994, 2000, 2010, 2013).

Données de l'enquête Cocon (2002).

Données de l'enquête Fecond (2010).

Données de l'enquête Fecond, volet « Médecins » (2010).

Résultats de l'enquête Stérilet du service de maternité de l'hôpital Boucicaut (1977).

Annexe B

Liste des entretiens, guide d'entretien et lettre de contact

B.1 Liste des entretiens

Prénom Nom	Spécialité	Mode de contact
Danielle Hassoun	Gynécologue médicale (formée en chirurgie)	e-mail
Lise Duranteau	Endocrinologue	e-mail
Christian Jamin	Gynécologue médical et endocrinologue	e-mail
Étienne-Émile Baulieu	Chercheur en biologie (formé en endocrinologie)	e-mail
Jacqueline Kahn-Nathan	Gynécologue médicale (formée en chirurgie et en endocrinologie)	lettre
Irène Borten	Gynécologue médicale	lettre
Joëlle Brunerie-Kauffman	Gynécologue médicale	lettre
Henri Rozenbaum	Gynécologue médical et endocrinologue	lettre
Élisabeth Aubeny	Gynécologue médicale	e-mail
Anne Gompel	Gynécologue médicale et endocrinologue	e-mail

B.2 Grille d'entretien

1. Parcours professionnel

- Quand avez-vous commencé vos études de médecine ? Quand avez-vous passé le concours de

l'internat ? Quelle spécialité avez-vous choisie ?

- Quand avez-vous commencé à exercer ? Dans quelle structure (hôpital, cabinet privé, maternité) ? Dans quelle ville ?

- Quelles ont été les figures importantes de votre formation en contraception ? Par qui avez-vous été formé-e ?

- Depuis quand prescrivez-vous des contraceptifs ? Lesquels ? À quelles femmes ? Est-ce qu'il y a des contraceptifs que vous prescrivez spécifiquement à certaines catégories de femmes ?

- La prescription de contraceptifs est-elle centrale dans votre pratique quotidienne ?

- Parmi les médecins spécialisé-e-s sur la contraception ou les hormones que j'ai interrogé-e-s, les femmes qui ont fait des carrières hospitalières sont assez rares. Qu'en pensez-vous ? (Relance : Avez-vous connu des difficultés dans votre parcours hospitalier, du fait d'être une femme ?)

2. Évolutions de la contraception entre 1960 et aujourd'hui

- Comment percevez-vous l'évolution générale de la contraception en France depuis les années 1960 ? Qu'est-ce que la crise des pilules de 2012 a changé selon vous ?

- Quand vous avez commencé à prescrire des contraceptifs ? Avant 1967, vous est-il arrivé d'avoir des demandes des femmes pour des contraceptifs ? Pour la pilule ? Pour autre chose que la pilule ? En dehors du Planning ? Comment réagissiez-vous ?

- Dans les années 1970 : la pilule était-elle bien acceptée par les médecins ? Est-ce qu'il y avait une différence selon les spécialités ? Selon qu'on exerce à l'hôpital ou en cabinet de ville ? Quelle était la perception des autres contraceptifs ? Quelle était la perception du DIU ?

- Que pensez-vous du fait que la pilule soit autant utilisée en France ? Est-ce que cela vous paraît une bonne chose ?

- À votre avis, pourquoi le DIU est peu utilisé en France chez les femmes de moins de trente ans ? (Relance : dans d'autres pays (européens notamment), le DIU est utilisé comme contraception chez des femmes plus jeunes (et nullipares). Qu'en pensez-vous ?)

- Plus généralement, pourquoi les méthodes long cours sont peu utilisées en France ? Vous êtes-il déjà arrivé de prescrire / de poser des implants ? Dans quel contexte ? Pour quels types d'usagères ?

- Certains médecins étaient réticents à la pilule dans les années 1970, alors qu'aujourd'hui, la pilule fait l'objet d'un large consensus. Qu'est-ce que vous en pensez ?

- Pouvez-vous identifier des médecins (connus) qui se sont prononcés contre la pilule (ou l'utilisation de produits hormonaux) à différentes périodes ?

3a. Expertise en contraception et gynécologie médicale (si pertinent)

- Quel est selon vous le rôle de la gynécologie médicale dans la diffusion de la contraception en France ? Quel rôle ont joué des spécialités hospitalières, comme l'endocrinologie ou l'obstétrique ?

- Est-ce que ce rôle dans la prescription contraceptive vous paraît toujours aussi important aujourd'hui ? Dans l'expertise en contraception ?

3b. Parcours militant (si pertinent)

- Pouvez-vous me parler de votre rôle au sein du Planning familial / MLAC ?
- Quand avez-vous commencé à militer pour l'accès à la contraception ? Pour l'accès à l'avortement (si pertinent) ? Y avait-il beaucoup de médecins parmi les militant-e-s ?

4. Formation et de l'information des médecins en matière contraceptive

- Qui sont selon vous les expert-e-s sur les contraceptifs hormonaux dans les années 1960 ? Dans les années 1970 ? Des années 1980 à nos jours ?
- Comment les médecins sont-ils ou elles formé-e-s à la contraception dans les années 1960 ? Dans les années 1970/80 ? Quels sont les liens de ces instances de formation avec l'industrie ?
- Quels sont selon vous les principaux débats autour de la pilule entre les années 1960 et les années 2000, et ont-ils été relayés dans la communauté médicale ?
- En 1995, quand paraissent les premières inquiétudes sur les pilules de nouvelle génération, les médecins et les utilisatrices en France ne réagissent pas, alors qu'en 2010 on observe une dénonciation médiatique très forte, et une baisse du recours à la pilule. Comment comprendre ce phénomène, à votre avis ?
- Quelle(s) revue(s) spécialisée(s) ou généraliste(s) lisez-vous dans les années 1960 ? 1970 ? 1980 ? 1990 ? Quelles revues lisez-vous maintenant ?

5. Liens avec les laboratoires pharmaceutiques

- Certaines personnes s'interrogent sur l'influence de l'industrie pharmaceutique sur la prescription, qu'en pensez-vous ? (Relance : quelle est selon vous l'influence de la publicité dans les revues médicales ? Des visiteurs médicaux ?)
- Plus généralement, quelle est selon vous le rôle de l'industrie dans la formation des médecins en contraception ?

6. Questions complémentaires

- Qui me recommandez-vous de rencontrer pour cette enquête ?
- Pourriez-vous m'indiquer votre date de naissance ?

B.3 Exemple de lettre de contact avec une enquêtée



À Paris, le 29 février 2016,

Cher D^r Borten - Krivine,

Je m'appelle Alexandra Roux, et je réalise actuellement une thèse de doctorat à l'Inserm (équipe "Genre, santé, sexualité"), sous la direction de Nathalie Bajos et d'Ilana Löwy.

Ma thèse, en histoire sociale, porte sur la diffusion de la pilule contraceptive en France entre les années 1960 et les années 2000, et sur le rôle des experts médicaux dans cette diffusion. Dans ce cadre, j'ai rencontré Danielle Harroun, qui m'a vivement recommandé d'échanger avec vous sur ce sujet, notamment sur le rôle des gynécologues médicaux dans la diffusion de ces savoirs dans les années 1960-1970, à une époque où la pilule n'était pas encore utilisée par une majorité de femmes. J'ai par ailleurs lu avec beaucoup d'intérêt votre livre Médecin de femmes, qui m'a beaucoup éclairé sur le sujet.

Je souhaiterais vraiment pouvoir vous rencontrer et faire un entretien avec vous dans le cadre de ma thèse, retraçant votre parcours professionnel et votre vision du monde des experts en contraception orale ces dernières décennies.

Seriez-vous disponible dans les semaines ou mois à venir, pour un tel entretien ? Je peux me déplacer où vous le souhaitez et où cela vous paraît le plus commode.

- 1 -

Je vous joins ci-dessous mes coordonnées (adresse postale, téléphone, email)
et reste à votre disposition pour toute information complémentaire concernant
mon travail de recherche ou la tenue de cet entretien ,

Avec mes cordiales salutations,

Alexandra ROUX

P.S.: Voici également mes coordonnées postales personnelles, si cela
est plus simple pour vous :

Alexandra ROUX

[redacted]

[redacted]

Annexe C

Lois, décrets et arrêtés administratifs relatifs à la régulation des naissances (1920-2002)

- 1920 **Loi du 31 juillet 1920 (articles L. 648 et L. 649 du Code la santé publique)**, concernant la prophylaxie anticonceptionnelle : réprime « la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle », condamne la divulgation des procédés, la vente et la propagande pour des produits anticonceptionnels.
- 1923 **Loi du 27 mars 1923** modifiant l'article 317 du Code pénal : correctionnalise l'avortement, le fait passer de crime à délit.
- 1939 **Décret-loi du 29 juillet 1939, article 82**, modifiant l'article 317 du Code pénal : instaure une peine pénale pour le délit d'avortement.
- 1967 **Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967** relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique : instaure le carnet à souches, la nécessité d'une autorisation parentale pour les mineures, le non remboursement de la contraception. La publicité pour les contraceptifs reste interdite, sauf dans les revues médicales.
- 1968 **Décret n° 68-544 du 13 juin 1968** complétant le **décret n° 67-441 du 5 juin 1967** relatif aux conditions de remboursement des médicaments aux assurés sociaux : dérembourse les produits qui peuvent être utilisés à des fins contraceptives.

1969 **Décrets n° 69-104 et n° 69-105 du 3 février 1969** portant règlement d'administration publique pour l'application de certaines dispositions de la **loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967** relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du Code de la santé publique : le décret 104 précise les conditions de fabrication et de distribution des contraceptifs, et définit les contraceptifs autres que pilules et DIU comme étant des produits en vente libre. Le décret 105 réglemente les carnets à souches.

Arrêté du 3 février 1969 portant inscription sur un tableau spécial de certains médicaments susceptibles d'être utilisés à des fins contraceptives : précise les produits qui font l'objet d'un remboursement.

Arrêté du 23 mai 1969 relatif aux demandes d'agrément prévues par le **décret n° 69-104 du 3 février 1969** portant application de la **loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967** relative à la régulation des naissances : précise les conditions de demandes d'agréments des centres de planning familial.

1972 **Décret n° 72-180 du 7 mars 1972** portant application du quatrième alinéa de l'article 3 de la **loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967** relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du Code de la santé publique : précise les conditions d'insertion des contraceptifs intra-utérins, soit uniquement dans un établissement hospitalier qui possède un service de gynécologie ou de maternité pouvant justifier de la possession d'une liste de matériels précisés par arrêté ministériel, ou en cabinet privé si les médecins peuvent justifier de posséder lesdites installations.

Arrêté du 2 avril 1972 fixant les conditions techniques requises des établissements et cabinets médicaux pour l'insertion des contraceptifs intra-utérins : précise le matériel nécessaire afin de pouvoir obtenir l'autorisation d'insérer des contraceptifs oraux.

Décret n° 72-318 du 24 avril 1972 portant application de l'article 4 de la **loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967** relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du Code de la santé publique : sur les établissements de conseil, d'éducation et centres de planning familial. Ceux-ci ne doivent poursuivre aucun but lucratif. Ils ne peuvent pas réaliser de consultations ou d'interventions en vue de régulariser les naissances ni délivrer des contraceptifs (gratuitement ou non). Leur ouverture est subordonnée à un agrément administratif préalable par le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale.

- Arrêté du 5 novembre 1972** relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale : précise les pièces à apporter au dossier pour les demandes d'agrément comme centre de planification familiale.
- 1974 **Loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974** portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances : institue le remboursement des contraceptifs (tous, en théorie), et la nécessité d'une autorisation de mise sur le marché pour tout produit, médicament ou objet contraceptif ; autorise les centres de planning familial à distribuer gratuitement des produits ou objets contraceptifs ; autorise la prescription de contraceptifs à des mineur·e·s sans autorisation parentale, intègre l'ensemble des « produits, médicaments ou objets contraceptifs » dans le dispositif de régulation par demande d'autorisation de mise sur le marché accordée par le ministre chargé de la santé publique. La loi précise également l'obligation légale d'une formation à la régulation des naissances pour les médecins.
- 1975 **Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975** relative à l'interruption volontaire de la grossesse : autorise le recours à l'IVG lorsqu'une femme enceinte est placée « en situation de détresse », uniquement avant la fin de la dixième semaine de grossesse. L'IVG ne peut être pratiquée que par un médecin. La loi est votée pour un délai de cinq ans.
- 1979 **Loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979** relative à l'interruption volontaire de la grossesse : pérennise et complète la loi sur l'IVG de 1975 ; institue l'obligation que la formation initiale et la formation permanente des médecins, des sages-femmes, ainsi que des infirmiers et infirmières comportent un enseignement sur la contraception.
- 1982 **Loi n° 82-1172 du 31 décembre 1982** relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure, dite « loi Roudy » : prévoit le remboursement de l'IVG par la sécurité sociale.
- 1993 **Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993** : crée le délit d'entrave à l'IVG.
- 2001 **Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001** relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, dite « loi Aubry » : porte de 10 à 12 semaines le délai légal de l'IVG ; institue l'information et l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires ; autorise la délivrance de la pilule du lendemain à des mineures gratuitement en pharmacie, et dans les lycées, par les infirmières-iers scolaires ; définit les conditions d'accès à la « stérilisation à visée contraceptive » pour les personnes majeures.
- 2002 **Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002** : oblige les pharmacienn·e·s à distribuer gratuitement la pilule du lendemain aux mineures.

Source : synthèse établie à partir des extraits du *Journal officiel de la République Française* (JORF) trouvés dans les archives de Pierre Simon (17 AF 28), ainsi que la consultation directe des articles de lois sur le site du JORF¹, complétée par la chronologie établie par Henri Leridon (1987, p. 48-50) et par le travail de Lisa Carayon (2014) sur l'accès à la contraception et à l'IVG, analysé d'un point de vue juridique.

1. <https://www.legifrance.gouv.fr/initRechJO.do>

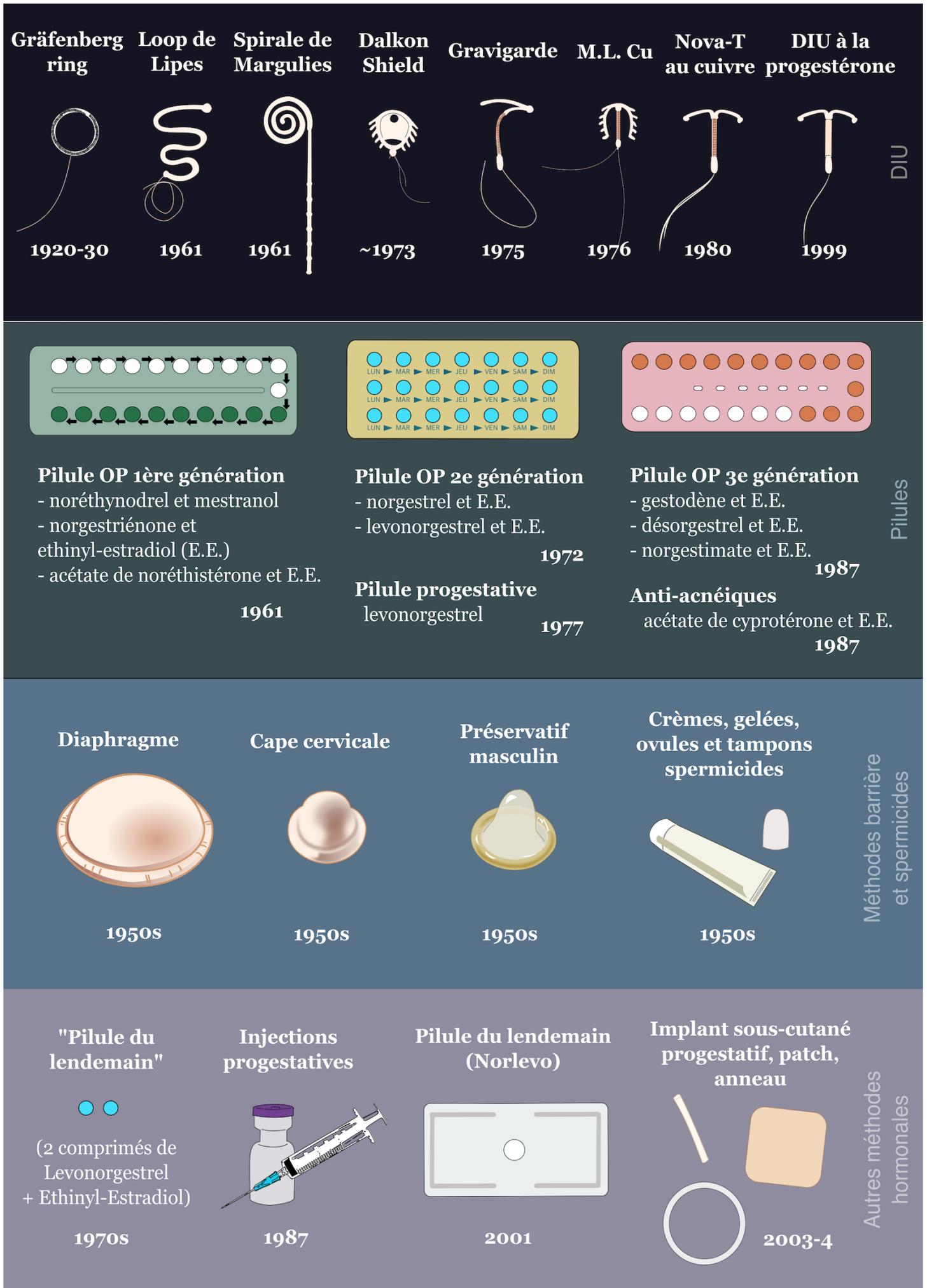
Annexe D

Produits et dispositifs contraceptifs circulant en France (années 1950-2004)

Cette représentation graphique présente une synthèse des produits et dispositifs mentionnés dans la thèse et en circulation en France, pour la plupart entre les années 1950 et le début des années 2000. Les méthodes de stérilisation étant des interventions chirurgicales, elles ne figurent pas sur la liste de ces produits et dispositifs, mais ces pratiques existaient dès les années 1930.

Sources : revues médicales, Fonds Pierre Simon, entretiens. On trouvera notamment une collection d'objets contraceptifs dans les archives de Pierre Simon, à la bibliothèque universitaire d'Angers (17 AF 43-76).

FIGURE D.1 – Produits et dispositifs contraceptifs en circulation en France (années 1950-2003)



Annexe E

Enquête Stérilet 1977

Réalisée par le service de Maternité de l'hôpital Boucicaut, l'enquête Stérilet 1977 interrogeait les raisons pour lesquelles le DIU n'était pas davantage utilisé en France à l'époque, notamment par rapport à la pilule. Réalisée en mai 1977 par voie postale auprès de médecins tiré·e·s aléatoirement dans les listes du Guide Rosenwald (annuaire des médecins en France), l'enquête nationale a permis de recueillir les réponses de 400 généralistes et 280 gynécologues. Ces médecins étaient interrogé·e·s sur leurs pratiques prescriptives et leurs attitudes vis-à-vis des différentes méthodes de contraception. Le tableau E.1 présente les résultats de l'enquête, publiés et conservés dans les archives de Pierre Simon¹.

Tableau E.1 – Tableau récapitulatif des résultats de l'enquête Stérilet 1977

	Généralistes (%)	Gynécologues (%)
Quelles méthodes de contraception prescrivez-vous ou conseillez-vous, même occasionnellement :		
Contraception orale	100	99
Stérilet	90	94
Préservatif masculin	37	68
Diaphragme (+ spermicide)	20	73
Méthode des températures	20	44
Spermicide seul	14	30
Autre méthode	5	10

1. « Enquête sur les attitudes des médecins généralistes et gynécologues à l'égard du stérilet », juillet 1977, Service de maternité de l'hôpital Boucicaut, Centre d'archives du Féminisme, Angers, Fonds Pierre Simon, 17 AF 17.

	Généralistes (%)	Gynécologues (%)
Autonomie de prescription		
<i>Contraception orale</i>		
Prescrit lui/elle-même	81	90
Adresse à un-e confrère/sœur	1	2
Ça dépend des cas	17	5
Ne se prononce pas	1	2
Total	100	99
<i>Stérilet</i>		
Prescrit lui/elle-même	30	86
Adresse à un-e confrère/sœur	42	3
Ça dépend des cas	17	3
Ne se prononce pas	1	2
Total	90	94
<i>Diaphragme</i>		
Prescrit lui/elle-même (avec mesure)	6	64
Adresse à un-e confrère/sœur	13	5
Ça dépend des cas	1	2
Ne se prononce pas	1	2
Total	20	73
Fréquence de prescription		
<i>Contraception orale</i>		
Au moins une fois par jour	28	75
Une ou quelques fois par semaine	39	20
Une ou quelques fois par mois	29	2
Moins souvent ou ne se prononce pas	4	3
Total	100	99
<i>Stérilet</i>		
Au moins une fois par jour	1	20
Une ou quelques fois par semaine	6	42
Une ou quelques fois par mois	37	28
Moins souvent ou ne se prononce pas	45	5
Total	90	94

	Généralistes (%)	Gynécologues (%)
<i>Diaphragme</i>		
Une fois par mois ou plus	3	25
Moins souvent	15	44
Ne se prononce pas	3	5
Total	20	73
En cas de contre-indication de la pilule, quelle méthode prescrivez-vous le plus volontiers ?		
Stérilet	91	92
Préservatif masculin	24	18
Diaphragme + spermicide	6	17
Méthode des températures	8	11
Spermicide seul	6	6
Autre ou ne se prononce pas	6	5
Dans quels cas parmi les suivants vous arrive-t-il de prescrire le stérilet ?		
Contre-indication de la pilule	84	89
Réticence de la femme envers pilule	57	73
Pour relayer pilule après une certaine durée d'utilisation	42	54
Chez femmes incapables d'observance	56	73
Réticence femme envers diaphragme	17	38
Chez une femme ne désirant plus d'enfants	24	33
Chaque fois qu'on le demande (sauf contre-indications)	38	61
Prescrivent le stérilet à des femmes...		
Qui ont déjà eu des enfants seulement	57	45
Qui ont eu des avortements mais pas d'enfants	18	19
Qui n'ont jamais été enceintes aussi	16	34
Ne se prononce pas	10	2
Difficulté pour un médecin généraliste d'apprendre à bien poser le stérilet ?		
Très facile	28	11
Assez facile	55	50
Assez difficile	11	26
Très difficile	2	5
Ne se prononce pas	4	8

	Généralistes (%)	Gynécologues (%)
Estimez-vous souhaitable qu'un nombre accru de médecins généralistes puisse être formés à la pose du stérilet ?		
Très souhaitable	39	6
Plutôt souhaitable	32	22
Peu souhaitable	20	51
Pas du tout souhaitable	7	18
Ne se prononce pas	2	4
Pourquoi ?		
<i>Souhaitable</i>		
Généraliste a un rôle privilégié à jouer en matière de contraception	18	3
Acte facile, pas un vrai acte gynécologique	10	3
Pour éviter de consulter un spécialiste	10	2
Pour étendre et banaliser, généraliser cette méthode	8	7
Formation supplémentaire souhaitable	5	7
Pour satisfaire la demande	5	1
<i>Pas souhaitable</i>		
Nécessité d'un diagnostic, d'un bilan sérieux	2	21
Nécessité d'une certaine pratique de l'acte gynécologique	2	15
Acte du domaine du gynécologue, du spécialiste	8	12
Formation insuffisante en gynécologie	1	14
Difficultés dues aux complications, surveillance mal assurée	3	10
Manque de temps pour les généralistes	3	7
Pour satisfaire la demande	5	1

Source : « Enquête sur les attitudes des médecins généralistes et gynécologues à l'égard du stérilet », service de maternité de l'hôpital Boucicaut, juillet 1977, CAF, Fonds Simon, 17 AF 17.

Champ : médecins généralistes et gynécologues tiré-e-s aléatoirement.

Lecture : 81 % des médecins généralistes prescrivent eux/elles-mêmes la contraception orale, plutôt que d'adresser à des confrères ou consœurs.

Annexe F

Evolutions du marketing contraceptif de Schering

Le tableau F.1 permet de retracer les évolutions de ce marketing entre la première mise sur le marché d'Anovlar en juin 1961 (1963 sur le marché français), et la mise sur le marché du Mirena en 1999. Ce tableau permet de retracer, à l'échelle d'une firme, le glissement d'un marketing centré sur l'innocuité et la fiabilité du produit, à un marketing centré sur l'utilisatrice, puis à un marketing de l'exaltation de la féminité.

Tableau F.1 – Liste des produits contraceptifs Schering mis sur le marché en France

Produit	Mise sur le marché	AMM France	Type	Slogan
Anovlar (21)	1961	1964	pilule de 1 ^{re} génération	« Mise au repos de l'ovaire » ; « The only failure is a patient failure »
Milli-Anovlar	1969	1969	OP	« Mini-dose, maxi-tolérance » ; « Depuis plus de 12 ans, des millions de femmes utilisent en toute sécurité l'acétate de noréthistérone associé à l'éthinylcestradiol. Anovlar et milli-Anovlar vous permettent d'adapter votre prescription à chaque cas. »

Produit	Mise sur le marché	AMM France	Type	Slogan
Gynovlane	1971	1974	OP ???	« Elle préfère Gynovlane » ; « Le dernier-né du premier spécialiste mondial des inhibiteurs de l'ovulation »
Trentovlane	1974	1975		
Stérilet T au cuivre 200	1975	1976	DIU au cuivre	« Stérilet au cuivre adapté à l'anatomie utérine »
Gynophase	1976	1976	OP biphasique	« En harmonie avec la nature. Gynophase, contraceptif biphasique. »
Miniphase	1977	1977	OP biphasique	« La sécurité Miniphase. Minidosée, biphasique, prédominance progestative » ; « La contraception orale doit être pensée en fonction de chaque femme »
Milligynon	1977	1977	progestatif seul	« Pour une contraception sans estrogène » ; « La contraception orale doit être pensée en fonction de chaque femme »
Nova-T	1979	1980	DIU cuivre	« Bien pensé : facile à poser. Le nouveau D.I.U Schering » ; « Nova-T, le DIU conçu pour épouser le corps de la femme »
Noristerat	1981	1982		
Stérilet T cuivre argent	1980	1981	DIU cuivre	« Le progrès rime parfois avec simplicité »
Diane 35	1985	1987	anti-acnéique	« La féminité est le 1er droit de la femme »
Phaeva (Triquilar)	1979	1988	OP triphasique	« Le mieux-être de la femme » ; « La pilule du "Présent-Futur" de la femme »
Moneva	1988	1988		
Méliane	1995	1995		
Mirena			DIU progestérone	

Annexe G

Lettre ouverte de militantes du MLAC aux médecins, à propos de la prescription contraceptive

« Lettre ouverte aux médecins »

« Docteur,

Pendant les permanences du MLAC, de nombreuses femmes viennent en dernier recours chercher une “bonne adresse”, après avoir tenté de vaines démarches auprès des “chers confrères” pour se faire avorter.

Parmi ces femmes, nombreuses sont celles pourtant, qui avaient utilisé un moyen contraceptif ou qui en avaient l'intention.

Or, à chaque fois, l'arrêt de la contraception ou le refus sont du fait du médecin, qu'il soit gynécologue, généraliste, ou “médecin de famille”...

Naturellement, ces médecins ensuite laissent leurs “clientes” se débrouiller seules quand il s'agit de l'avortement.

Pourtant, docteur, ne dites-vous pas que si vous êtes contre l'avortement, vous êtes pour la contraception ?

Nous pensons bien que vous êtes de bonne foi et que vos intentions ne sont pas de mettre vos clientes en situation de grossesse – en espérant qu'elles “le garderont”... Alors, serait-ce de l'ignorance ? Nous ne voulons pas mettre en doute votre compétence, mais nous savons que la Faculté a tendance à négliger cet enseignement. Nous vous signalons également que, contrairement aux informations que vous contribuez à diffuser, les femmes contraceptées se portent mieux – en effet : “Il apparaît que la découverte des méthodes modernes de contraception contribue pour une part non négligeable à l'augmentation de vie féminine, constatée dans les pays développés (soixante-treize-ans et trois mois cette année en France), et à la diminution de la mortalité” (Le Monde de la médecine du 17/3/76) – ce qui nous apparaît

un des objectifs de la médecine.

Aussi, nous, femmes, militantes du MLAC, qui avons pu acquérir ces connaissances par la pratique de l'avortement – l'expérience accumulée de toutes ces femmes – la lecture de documents tant français qu'étrangers. Nous venons vous aider et combler ces lacunes, graves par leurs conséquences pour les femmes.

1. Il n'est absolument pas nécessaire d'arrêter la pilule tous les ans puisque nous l'arrêtons 1 semaine par mois.
2. Si un arrêt de la pilule s'avère toutefois nécessaire, nous vous informons qu'il existe des moyens contraceptifs temporaires, tels que le diaphragme, préservatifs associés à des gelées spermicides (génocrème, genola, génomousse).
3. Si votre cliente veut changer de moyen contraceptif – par exemple, stérilet à la place de la pilule, - nous vous conseillons dans l'intérêt de votre cliente – de poser le stérilet avant d'arrêter la pilule.
4. Si votre cliente, par négligence ou blocage psychique, a oublié 1 ou 2 pilules, sachez qu'elle doit continuer sa plaquette tout en utilisant un autre moyen contraceptif (diaphragme ou préservatif). Dans ce cas, elle pourra reprendre la plaquette normalement dès l'apparition des règles.
5. Si nous sommes tout à fait d'accord avec vous pour demander des bilans lipidique et glucidique pour rechercher une contre-indication, il n'est absolument pas nécessaire d'en attendre les résultats avant de commencer la prise de la pilule.

Même si une femme prend la pilule pendant 2 ou 3 mois alors qu'elle serait contre-indiquée, son métabolisme n'en sera pas pour autant perturbé, alors que l'expérience démontre que de nombreuses femmes sont enceintes parce qu'elles ont attendu les résultats sans disposer d'aucun contraceptif moderne.

6. Si une femme ne supporte pas la pilule que vous avez prescrite, ce n'est pas pour autant qu'elle ne supporte pas "LA PILULE". Sachez qu'il en existe une trentaine au moins (feuilletez le Vidal) et qu'il est extrêmement rare qu'aucune ne lui convienne.
7. En ce qui concerne la minipilule, sachez qu'elle est surtout conseillée pour les femmes qui ont une contre-indication soit à la pilule séquentielle, soit à la pilule associée. Elle est aussi conseillée aux femmes en période de préménopause. Elle est fortement déconseillée chez toutes les femmes dont l'activité ovarienne est intense, en particulier les très jeunes femmes.

En tout cas, nous attirons votre attention sur le fait que cette minipilule doit être prise régulièrement à [partie illisible], au maximum, sous peine d'être inefficace.

8. Nous vous informons également que la 1ere prise de la pilule doit se faire :
 - Soit le 1er jour des règles
 - Soit le jour de l'avortement
 - Soit 10 jours après l'accouchement (après l'involution utérine).

En effet, nous avons pu constater qu'il existe des ovulations à tous moments du cycle, même pendant les règles.

9. Il est indispensable que vous preniez le temps lors de la première prescription, d'expliquer l'utilisation de la plaquette, ce qu'est la pilule, le fonctionnement du cycle.

10. Il est tout à fait possible de poser un stérilet chez une femme qui n'a pas eu d'enfants (nullipare) – la seule condition est d'avoir un peu plus de temps et de douceur. 2 marques : Gravigarde et ML Cu 250. La seule précaution est de faire un frottis vaginal, car le stérilet ne provoque pas d'infection, mais il peut en aggraver une préexistante. Autre précaution : le changer tous les 2 ans – et expliquer comment vérifier sa mise en place.

11. Nous insistons sur le fait que les diaphragmes et les préservatifs masculins bien employés constituent des moyens contraceptifs temporaires efficaces.

12. Enfin, nous sommes formelles. Notre expérience des permanences collectives par lesquelles sont passées des milliers de femmes, nous permet d'affirmer : que les "méthodes" suivantes ne sont pas des méthodes contraceptives. Elles sont totalement inefficaces :

- Méthode Ogino,
- Méthode des températures
- Coït interrompu
- Le taro et autres comprimés vaginaux.

Dernières recommandations

1. Les piqûres que vous prescrivez pour déclencher un avortement ne servent à rien. Elles ne font revenir les règles qu'aux femmes qui ne sont pas enceintes. Pour les autres, c'est une perte de temps et d'argent.

2. Ne jamais arrêter un moyen anticonceptionnel sans le remplacer par un autre sauf si la femme désire un enfant.

3. Nous sommes à votre disposition pour toute information et discussion. Nous avons une brochure contraception. Nos permanences se tiennent le lundi et mercredi à 18h au 34, rue Vieille-du-Temple, Paris 75004. »¹

1. Collectif, lettre ouverte de militantes du MLAC aux médecins, sans date (mais probablement fin des années 1970), Fonds MLAC, 10 AF 11 : Manifestations et campagnes.

Annexe H

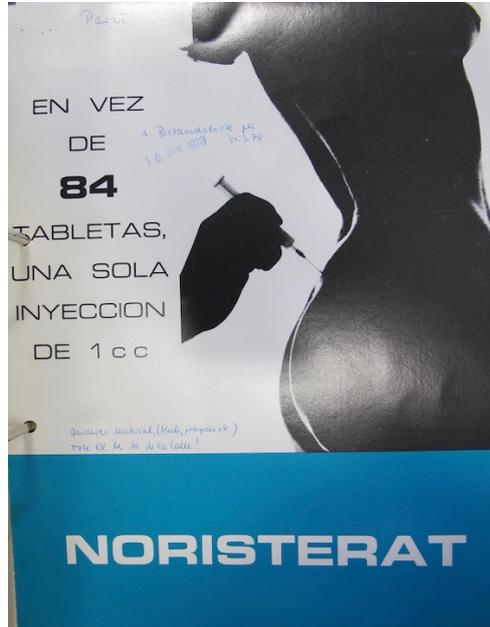
À l'ombre des jeunes filles en fleurs : métaphores de la féminité dans les publicités pharmaceutiques

Produits contraceptifs, traitements de la ménopause ou d'infections... Les publicités pour ces produits représentent le corps des femmes, soit de manière figurative, soit en ayant recours à des métaphores. Dans un cas, le corps représenté est souvent nu, parfois pour suggérer le caractère intime des produits, de leur zone d'application, ou de ce qu'ils permettent (sexualité contraceptée). Au niveau graphique, ces publicités se rapprochent de publicités dans la presse féminine pour des crèmes de beauté ou des parfums, avec une injonction à la « libération » des corps féminins (par leur nudité). Dans l'autre cas, le corps des femmes est suggéré de manière plus métaphorique, au travers de fleurs censées représenter des parties du corps (utérus, vulve), la sexualité (« Mignonne, allons voir si la rose... » selon le sonnet bien connu de Ronsard) ou qui rattachent tout simplement le produit au « féminin », et qui ancrent ces corps métaphoriques dans le registre du naturel. Cette « ritualisation de la féminité » (Goffman, 1977) a de quoi étonner pour des publicités dans des revues spécialisées à destination des professionnel-le-s. Ces publicités témoignent du « marketing du genre » qui participe à une essentialisation des corps féminins, en faisant figurer des éléments de la nature (les fleurs) là où ils n'ont rien à y faire (en pharmacie), comme pour suggérer que le traitement permet justement de restaurer cette nature.

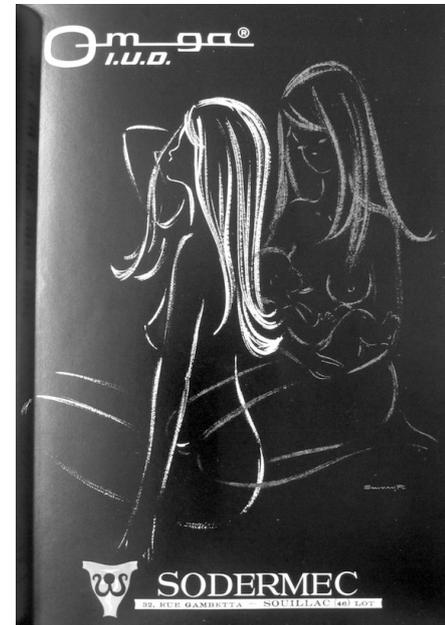
H.1 Nudité



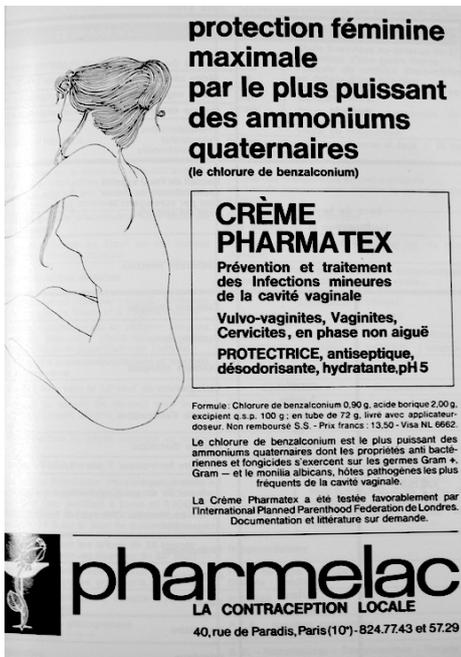
CAF, Fonds Simon 17 AF 21, publicité pour O.V. 28 (Biosedra), *Fertilité, Orthogénie*, 1969



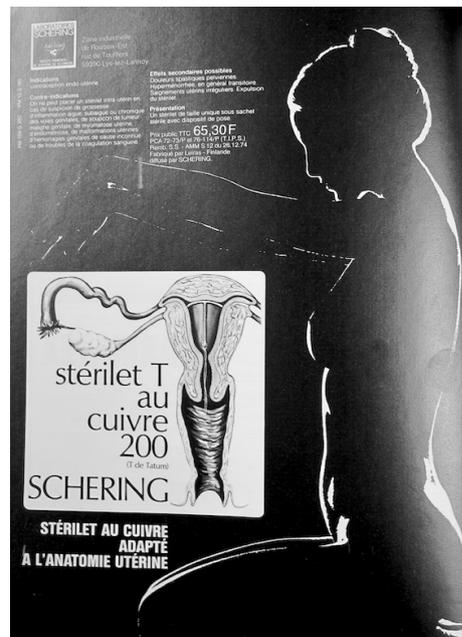
Schering Archives, brochure en espagnol pour l'injection contraceptive Noristerat (Schering), S1 252 : Noristerat, 1970



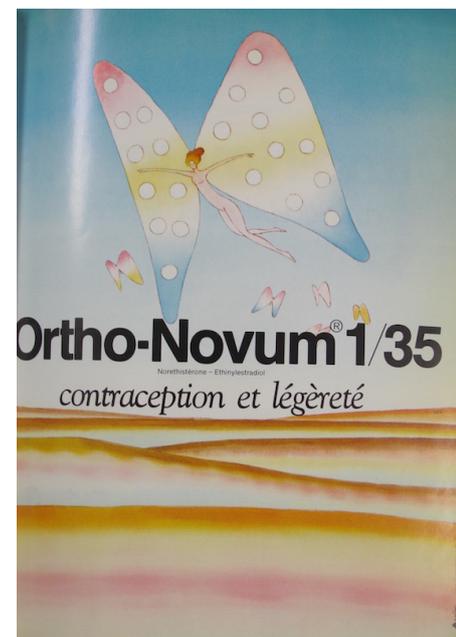
CAF, Fonds Képès 19 AF 100, publicité pour le DIU Omega (Sodermec), *Fertilité, Orthogénie*, 1971



CAF, Fonds Képès 19 AF 100, publicité pour la crème Pharmatex (Pharmelac), *Fertilité, Orthogénie*, 1971



CAF, Fonds Simon 17 AF 42, publicité pour le Stérilet T au cuivre (Schering), *Contraception, Fertilité, Sexualité*, 1979



CAF, Fonds Simon 17 AF 42, publicité pour la pilule Ortho-Novum (Cilag), *Contraception, fertilité, sexualité*, 1981

La féminité est le droit de la femme.

MINIPHASE
MILLIGYNON

DIANE
Pilule sans œstrogène

BnF, publicité pour la pilule Diane (Schering), Contraception, fertilité, sexualité, février 1986, vol. 14, n° 2

La contraception orale doit être pensée en fonction de chaque femme

MINIPHASE
pilule de minidril (drogestérone)
MILLIGYNON
pilule sans œstrogène

MINIPHASE
pilule de minidril (drogestérone)
MILLIGYNON
pilule sans œstrogène

BnF, publicité pour les pilules Miniphase et Milligynon (Schering), Contraception, fertilité, sexualité, février 1986, vol. 14, n° 2

Wyeth-Byla
Une expérience de 15 ans en
contraception orale

STEDIRIL
Norgestrel (drogestérone)

Contraceptif oral à faible dose
Contraception et post-coïtation. Contraception évitée dans 4 cas sur 1000.
Efficacité 98,3 % (AMM) - Pilule 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100, 110, 120, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 190, 200, 210, 220, 230, 240, 250, 260, 270, 280, 290, 300, 310, 320, 330, 340, 350, 360, 370, 380, 390, 400, 410, 420, 430, 440, 450, 460, 470, 480, 490, 500, 510, 520, 530, 540, 550, 560, 570, 580, 590, 600, 610, 620, 630, 640, 650, 660, 670, 680, 690, 700, 710, 720, 730, 740, 750, 760, 770, 780, 790, 800, 810, 820, 830, 840, 850, 860, 870, 880, 890, 900, 910, 920, 930, 940, 950, 960, 970, 980, 990, 1000.

minidril
Lévonorgestrel (drogestérone)

Contraceptif oral à faible dose
Contraception et post-coïtation. Contraception évitée dans 4 cas sur 1000.
Efficacité 98,3 % (AMM) - Pilule 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100, 110, 120, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 190, 200, 210, 220, 230, 240, 250, 260, 270, 280, 290, 300, 310, 320, 330, 340, 350, 360, 370, 380, 390, 400, 410, 420, 430, 440, 450, 460, 470, 480, 490, 500, 510, 520, 530, 540, 550, 560, 570, 580, 590, 600, 610, 620, 630, 640, 650, 660, 670, 680, 690, 700, 710, 720, 730, 740, 750, 760, 770, 780, 790, 800, 810, 820, 830, 840, 850, 860, 870, 880, 890, 900, 910, 920, 930, 940, 950, 960, 970, 980, 990, 1000.

Adepal
Drogestérone

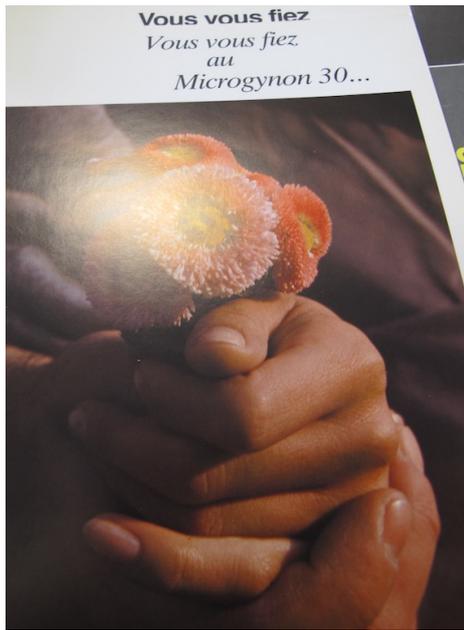
Contraceptif oral à « dose paliers »
Contraception et post-coïtation. Contraception évitée dans 4 cas sur 1000.
Efficacité 98,3 % (AMM) - Pilule 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100, 110, 120, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 190, 200, 210, 220, 230, 240, 250, 260, 270, 280, 290, 300, 310, 320, 330, 340, 350, 360, 370, 380, 390, 400, 410, 420, 430, 440, 450, 460, 470, 480, 490, 500, 510, 520, 530, 540, 550, 560, 570, 580, 590, 600, 610, 620, 630, 640, 650, 660, 670, 680, 690, 700, 710, 720, 730, 740, 750, 760, 770, 780, 790, 800, 810, 820, 830, 840, 850, 860, 870, 880, 890, 900, 910, 920, 930, 940, 950, 960, 970, 980, 990, 1000.

MINIPHASE
pilule de minidril (drogestérone)
MILLIGYNON
pilule sans œstrogène

BYLA
Laboratoire WYETH-BYLA
111, rue de Tolbiac 75013 PARIS
Tel. 55.11.22

BnF, publicité pour les pilules Stediril, Minidril et Adepal (Wyeth), Contraception, fertilité, sexualité, avril 1986, vol. 14, n° 4

H.2 Fleurs



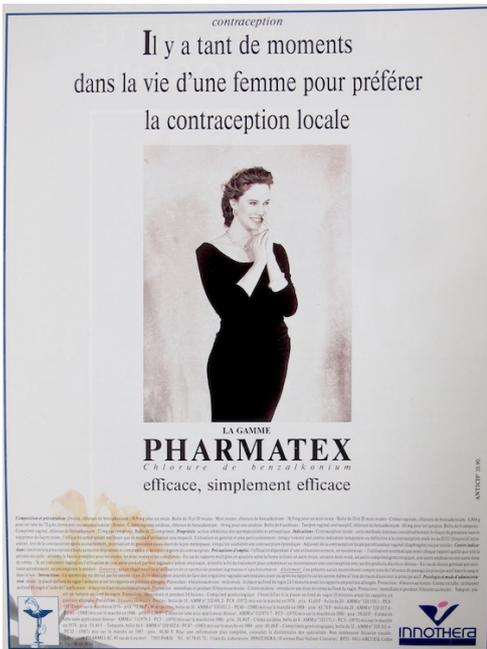
Schering Archives, publicité pour la pilule Microgynon (Schering), S1 235/b : Microgynon, 1980



CAF, Fonds Képès, 19 AF 28, publicité pour la pilule métrulène, *La revue de médecine*, septembre 1967



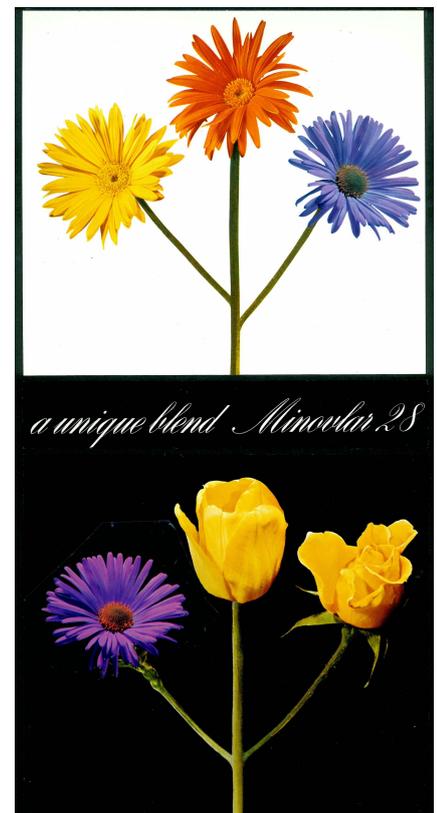
CAF, Fonds Simon, 17 AF 21, publicité pour Gynovlane, *Fertilité, orthogénie*, vol. 4, n° 4, octobre 1972



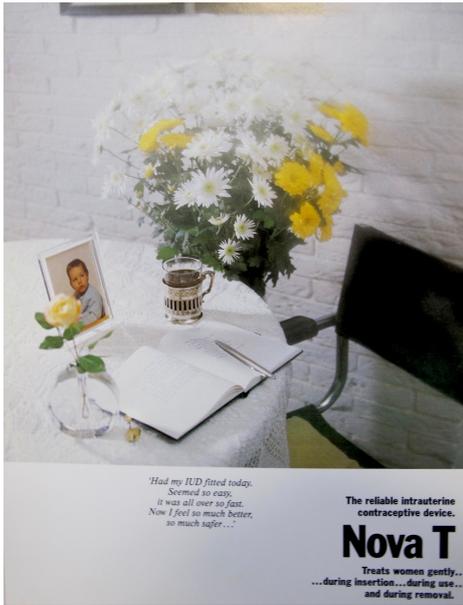
CAF, Fonds Képès 19 AF 113, publicité pour les produits Pharmatex (Pharmelac), brochure pour les 20^e journées de fertilité et d'orthogénie, 1992



textitCAF, Fonds Simon, 17 AF 42, publicité pour le DIU Gyn T (Cilag), *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 7, n° 9, septembre 1979



Schering Archives, publicité pour Minovlar 28, 1-10972, date inconnue



Schering Archives, publicité pour le DIU Nova T (Schering), S1 261 : Nova T, date inconnue



Schering Archives, publicité pour le DIU Nova T (Schering), S1 261 : Nova T, date inconnue



Schering Archives, publicité pour le DIU Nova T (Schering), S1 261 : Nova T, date inconnue



CAF, Fonds Képès, 19 AF 21, publicité pour la pilule Trinordiol (Wyeth), *Gynécologie obstétrique pratique* n° 2, février 1988



Schering Archives, S1 252 : Noristerat, publicité l'injection contraceptive Noristerat (Schering), 1979



Schering Archives, publicité (grecque) pour Diane 35, 1-13537, date inconnue

Parce que l'équilibre vaginal est fragile...

COLPOTROPHINE

Une thérapeutique de choix des troubles vulo-vaginaux secondaires à une carence œstrogénique : vulvo-vaginites atrophiques, sécheresse vaginale, prurit, dyspareunie, érythème du col utérin après traitement au laser CO₂.

Conte et capsule gynécologique

11 novembre 1988 - Gyn. Obs. n° 198 - Page 2

CAF, Fonds Simon, 17 AF 8, publicité pour une crème vaginale, *Gyn Obs*, 1^{er} novembre 1988

POUR UN TRAITEMENT HORMONAL EFFICACE
une cible : le récepteur

La haute affinité pour le récepteur progestatif est la condition sine qua non de l'efficacité d'un progestatif.

Cette affinité est évaluée par des mesures de compétition entre différents progestatifs marqués *in-vitro* du récepteur progestatif (Cormier, J. Centre de la fertilité).

Grâce à cette affinité et à la stabilité du complexe qui s'établit avec ce récepteur, la progestation est devenue le marqueur international de référence du récepteur progestatif (plus de 1000 publications).

La Surgestone présente une affinité très élevée pour le récepteur progestatif (5 fois supérieure à la progestérone naturelle).

L'activité d'un progestatif ne se limite pas au récepteur progestatif mais à l'ensemble des récepteurs stéroïdiens. Grâce à son interaction au récepteur androgène dont l'activation peut être à l'origine de troubles : subfertilité, acné, perte de poids.

Le principe de l'ovule est le même que le précédent. Pour réduire l'affinité aux récepteurs androgènes (cystatid de progestation) on a utilisé différents progestatifs marqués *in-vitro* en compétition *in-vitro* du récepteur androgène.

La Surgestone présente, parmi les progestatifs connus, une très faible affinité pour le récepteur androgène.

Surgestone 0,250
promégestone

Une très forte affinité sélective pour le récepteur progestatif

11 Département de l'Annuaire d'Endocrinologie, 1979, 10, 12, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 2682, 2683, 2684, 2685, 2686, 2687, 2688, 2689, 2690, 2691, 2692, 2693, 2694, 2695, 2696, 2697, 2698, 2699, 2700, 2701, 2702, 2703, 2704, 2705, 2706, 2707, 2708, 2709, 2710, 2711, 2712, 2713, 2714, 2715, 2716, 2717, 2718, 2719, 2720, 2721, 2722, 2723, 2724, 2725, 2726, 2727, 2728, 2729, 2730, 2731, 2732, 2733, 2734, 2735, 2736, 2737, 2738, 2739, 2740, 2741, 2742, 2743, 2744, 2745, 2746, 2747, 2748, 2749, 2750, 2751, 2752, 2753, 2754, 2755, 2756, 2757, 2758, 2759, 2760, 2761, 2762, 2763, 2764, 2765, 2766, 2767, 2768, 2769, 2770, 2771, 2772, 2773, 2774, 2775, 2776, 2777, 2778, 2779, 2780, 2781, 2782, 2783, 2784, 2785, 2786, 2787, 2788, 2789, 2790, 2791, 2792, 2793, 2794, 2795, 2796, 2797, 2798, 2799, 2800, 2801, 2802, 2803, 2804, 2805, 2806, 2807, 2808, 2809, 2810, 2811, 2812, 2813, 2814, 2815, 2816, 2817, 2818, 2819, 2820, 2821, 2822, 2823, 2824, 2825, 2826, 2827, 2828, 2829, 2830, 2831, 2832, 2833, 2834, 2835, 2836, 2837, 2838, 2839, 2840, 2841, 2842, 2843, 2844, 2845, 2846, 2847, 2848, 2849, 2850, 2851, 2852, 2853, 2854, 2855, 2856, 2857, 2858, 2859, 2860, 2861, 2862, 2863, 2864, 2865, 2866, 2867, 2868, 2869, 2870, 2871, 2872, 2873, 2874, 2875, 2876, 2877, 2878, 2879, 2880, 2881, 2882, 2883, 2884, 2885, 2886, 2887, 2888, 2889, 2890, 2891, 2892, 2893, 2894, 2895, 2896, 2897, 2898, 2899, 2900, 2901, 2902, 2903, 2904, 2905, 2906, 2907, 2908, 2909, 2910, 2911, 2912, 2913, 2914, 2915, 2916, 2917, 2918, 2919, 2920, 2921, 2922, 2923, 2924, 2925, 2926, 2927, 2928, 2929, 2930, 2931, 2932, 2933, 2934, 2935, 2936, 2937, 2938, 2939, 2940, 2941, 2942, 2943, 2944, 2945, 2946, 2947, 2948, 2949, 2950, 2951, 2952, 2953, 2954, 2955, 2956, 2957, 2958, 2959, 2960, 2961, 2962, 2963, 2964, 2965, 2966, 2967, 2968, 2969, 2970, 2971, 2972, 2973, 2974, 2975, 2976, 2977, 2978, 2979, 2980, 2981, 2982, 2983, 2984, 2985, 2986, 2987, 2988, 2989, 2990, 2991, 2992, 2993, 2994, 2995, 2996, 2997, 2998, 2999, 3000, 3001, 3002, 3003, 3004, 3005, 3006, 3007, 3008, 3009, 3010, 3011, 3012, 3013, 3014, 3015, 3016, 3017, 3018, 3019, 3020, 3021, 3022, 3023, 3024, 3025, 3026, 3027, 3028, 3029, 3030, 3031, 3032, 3033, 3034, 3035, 3036, 3037, 3038, 3039, 3040, 3041, 3042, 3043, 3044, 3045, 3046, 3047, 3048, 3049, 3050, 3051, 3052, 3053, 3054, 3055, 3056, 3057, 3058, 3059, 3060, 3061, 3062, 3063, 3064, 3065, 3066, 3067, 3068, 3069, 3070, 3071, 3072, 3073, 3074, 3075, 3076, 3077, 3078, 3079, 3080, 3081, 3082, 3083, 3084, 3085, 3086, 3087, 3088, 3089, 3090, 3091, 3092, 3093, 3094, 3095, 3096, 3097, 3098, 3099, 3100, 3101, 3102, 3103, 3104, 3105, 3106, 3107, 3108, 3109, 3110, 3111, 3112, 3113, 3114, 3115, 3116, 3117, 3118, 3119, 3120, 3121, 3122, 3123, 3124, 3125, 3126, 3127, 3128, 3129, 3130, 3131, 3132, 3133, 3134, 3135, 3136, 3137, 3138, 3139, 3140, 3141, 3142, 3143, 3144, 3145, 3146, 3147, 3148, 3149, 3150, 3151, 3152, 3153, 3154, 3155, 3156, 3157, 3158, 3159, 3160, 3161, 3162, 3163, 3164, 3165, 3166, 3167, 3168, 3169, 3170, 3171, 3172, 3173, 3174, 3175, 3176, 3177, 3178, 3179, 3180, 3181, 3182, 3183, 3184, 3185, 3186, 3187, 3188, 3189, 3190, 3191, 3192, 3193, 3194, 3195, 3196, 3197, 3198, 3199, 3200, 3201, 3202, 3203, 3204, 3205, 3206, 3207, 3208, 3209, 3210, 3211, 3212, 3213, 3214, 3215, 3216, 3217, 3218, 3219, 3220, 3221, 3222, 3223, 3224, 3225, 3226, 3227, 3228, 3229, 3230, 3231, 3232, 3233, 3234, 3235, 3236, 3237, 3238, 3239, 3240, 3241, 3242, 3243, 3244, 3245, 3246, 3247, 3248, 3249, 3250, 3251, 3252, 3253, 3254, 3255, 3256, 3257, 3258, 3259, 3260, 3261, 3262, 3263, 3264, 3265, 3266, 3267, 3268, 3269, 3270, 3271, 3272, 3273, 3274, 3275, 3276, 3277, 3278, 3279, 3280, 3281, 3282, 3283, 3284, 3285, 3286, 3287, 3288, 3289, 3290, 3291, 3292, 3293, 3294, 3295, 3296, 3297, 3298, 3299, 3300, 3301, 3302, 3303, 3304, 3305, 3306, 3307, 3308, 3309, 3310, 3311, 3312, 3313, 3314, 3315, 3316, 3317, 3318, 3319, 3320, 3321, 3322, 3323, 3324, 3325, 3326, 3327, 3328, 3329, 3330, 3331, 3332, 3333, 3334, 3335, 3336, 3337, 3338, 3339, 3340, 3341, 3342, 3343, 3344, 3345, 3346, 3347, 3348, 3349, 3350, 3351, 3352, 3353, 3354, 3355, 3356, 3357, 3358, 3359, 3360, 3361, 3362, 3363, 3364, 3365, 3366, 3367, 3368, 3369, 3370, 3371, 3372, 3373, 3374, 3375, 3376, 3377, 3378, 3379, 3380, 3381, 3382, 3383, 3384, 3385, 3386, 3387, 3388, 3389, 3390, 3391, 3392, 3393, 3394, 3395, 3396, 3397, 3398, 3399, 3400, 3401, 3402, 3403, 3404, 3405, 3406, 3407, 3408, 3409, 3410, 3411, 3412, 3413, 3414, 3415, 3416, 3417, 3418, 3419, 3420, 3421, 3422, 3423, 3424, 3425, 3426, 3427, 3428, 3429, 3430, 3431, 3432, 3433, 3434, 3435, 3436, 3437, 3438, 3439, 3440, 3441, 3442, 3443, 3444, 3445, 3446, 3447, 3448, 3449, 3450, 3451, 3452, 3453, 3454, 3455, 3456, 3457, 3458, 3459, 3460, 3461, 3462, 3463, 3464, 3465, 3466, 3467, 3468, 3469, 3470, 3471, 3472, 3473, 3474, 3475, 3476, 3477, 3478, 3479, 3480, 3481, 3482, 3483, 3484, 3485, 3486, 3487, 3488, 3489, 3490, 3491, 3492, 3493, 3494, 3495, 3496, 3497, 3498, 3499, 3500, 3501, 3502, 3503, 3504, 3505, 3506, 3507, 3508, 3509, 3510, 3511, 3512, 3513, 3514, 3515, 3516, 3517, 3518, 3519, 3520, 3521, 3522, 3523, 3524, 3525, 3526, 3527, 3528, 3529, 3530, 3531, 3532, 3533, 3534, 3535, 3536, 3537, 3538, 3539, 3540, 3541, 3542, 3543, 3544, 3545, 3546, 3547, 3548, 3549, 3550, 3551, 3552, 3553, 3554, 3555, 3556, 3557, 3558, 3559, 3560, 3561, 3562, 3563, 3564, 3565, 3566, 3567, 3568, 3569, 3570, 3571, 3572, 3573, 3574, 3575, 3576, 3577, 3578, 3579, 3580, 3581, 3582, 3583, 3584, 3585, 3586, 3587, 3588, 3589, 3590, 3591, 3592, 3593, 3594, 3595, 3596, 3597, 3598, 3599, 3600, 3601, 3602, 3603, 3604, 3605, 3606, 3607, 3608, 3609, 3610, 3611, 3612, 3613, 3614, 3615, 3616, 3617, 3618, 3619, 3620, 3621, 3622, 3623, 3624, 3625, 3626, 3627, 3628, 3629, 3630, 3631, 3632, 3633, 3634, 3635, 3636, 3637, 3638, 3639, 3640, 3641, 3642, 3643, 3644, 3645, 3646, 3647, 3648, 3649, 3650, 3651, 3652, 3653, 3654, 3655, 3656, 3657, 3658, 3659, 3660, 3661, 3662, 3663, 3664, 3665, 3666, 3667, 3668, 3669, 3670, 3671, 3672, 3673, 3674, 3675, 3676, 3677, 3678, 3679, 3680, 3681, 3682, 3683, 3684, 3685, 3686, 3687, 3688, 3689, 3690, 3691, 3692, 3693, 3694, 3695, 3696, 3697, 3698, 3699, 3700, 3701, 3702, 3703, 3704, 3705, 3706, 3707, 3708, 3709, 3710, 3711, 3712, 3713, 3714, 3715, 3716, 3717, 3718, 3719, 3720, 3721, 3722, 3723, 3724, 3725, 3726, 3727, 3728, 3729, 3730, 3731, 3732, 3733, 3734, 3735, 3736, 3737, 3738, 3739, 3740, 3741, 3742, 3743, 3744, 3745, 3746, 3747, 3748, 3749, 3750, 3751, 3752, 3753, 3754, 3755, 3756, 3757, 3758, 3759, 3760, 3761, 3762, 3763, 3764, 3765, 3766, 3767, 3768, 3769, 3770, 3771, 3772, 3773, 3774, 3775, 3776, 3777, 3778, 3779, 3780, 3781, 3782, 3783, 3784, 3785, 3786, 3787, 3788, 3789, 3790, 3791, 3792, 3793, 3794, 3795, 3796, 3797, 3798, 3799, 3800, 3801, 3802, 3803, 3804, 3805, 3806, 3807, 3808, 3809, 3810, 3811, 3812, 3813, 3814, 3815, 3816, 3817, 3818, 3819, 3820, 3821, 3822, 3823, 3824, 3825, 3826, 3827, 3828, 3829, 3830, 3831, 3832, 3833, 3834, 3835, 3836, 3837, 3838, 3839, 3840, 3841, 3842, 3843, 3844, 3845, 3846, 3847, 3848, 3849, 3850, 3851, 3852, 3853, 3854, 3855, 3856, 3857, 3858, 3859, 3860, 3861, 3862, 3863, 3864, 3865, 3866, 3867, 3868, 3869, 3870, 3871, 3872, 3873, 3874, 3875, 3876, 3877, 3878, 3879, 3880, 3881, 3882, 3883, 3884, 3885, 3886, 3887, 3888, 3889, 3890, 3891, 3892, 3893, 3894, 3895, 3896, 3897, 3898, 3899, 3900, 3901, 3902, 3903, 3904, 3905, 3906, 3907, 39

Bibliographie

- ABECASSIS, P. et COUTINET, N. (2008). Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques. *Horizons stratégiques*, (7):111–139.
- ABECASSIS, P. et COUTINET, N. (2009). Le colloque singulier sur ordonnance des firmes pharmaceutiques. *Journal d'économie médicale*, 27(3):146–164.
- ABECASSIS, P. et COUTINET, N. (2017). Politique d'austérité et politique du médicament en France et au Royaume-Uni : une analyse de leurs répercussions sur le modèle de production pharmaceutique. *La Revue de l'Ires*, (91-92):111–140.
- ABRAHAM, J. (2002). The pharmaceutical industry as a political player. *The Lancet*, 360(9344):1498–1502.
- ACCAMPO, E. A. (2003). The gendered nature of contraception in France : Neo-Malthusianism, 1900–1920. *Journal of Interdisciplinary History*, 34(2):235–262.
- AÏACH, P., CÈBE, D., CRESSON, G. et PHILIPPE, C., éditeurs (2001). *Femmes et hommes dans le champ de la santé : approches sociologiques*. Éditions de l'ENSP, Rennes, France.
- AÏACH, P. et DELANOË, D., éditeurs (1998). *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*. Anthropos, Paris, France.
- AMSELLEM-MAINGUY, Y. (2007). *La contraception d'urgence : analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes*. Thèse de doctorat, Université Paris Descartes, Paris, France.
- AMSELLEM-MAINGUY, Y. (2011). Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. *Santé publique*, 23(2):77–87.
- APPIGNANESI, L. (2008). *Mad, bad and sad : an history of women and the mind doctors from 1800 to the present*. Virago Press, Londres, Royaume-Uni.
- BACKOUCHE, I. (2006). Expertise. *Genèses*, 65(4):2–3.
- BACKOUCHE, I. (2008). Devenir expert. *Genèses*, 70(1):2–3.
- BAJOS, N., BOHET, A., LE GUEN, M., MOREAU, C. et l'équipe FECOND (2012). La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population*

- et Sociétés*, (492):1–4.
- BAJOS, N. et BOZON, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé*. La Découverte, Paris, France.
- BAJOS, N. et FERRAND, M. (2004). La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine? *Sciences sociales et santé*, 22(3):117–142.
- BAJOS, N. et FERRAND, M. (2006). L’interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés contemporaines*, 61(1):91–117.
- BAJOS, N. et FERRAND, M. (2011). De l’interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l’avortement. *Revue française des affaires sociales*, 1(1):42–60.
- BAJOS, N., FERRAND, M. et l’équipe GINE (2002). *De la contraception à l’avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Inserm, Paris, France.
- BAJOS, N., LERIDON, H., GOULARD, H., OUSTRY, P., JOB-SPIRA, N. et l’équipe COCON (2003). Contraception : from accessibility to efficiency. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 18(5):994–999.
- BAJOS, N., OUSTRY, P., LERIDON, H., BOUYER, J., JOB-SPIRA, N., HASSOUN, D. et l’équipe COCON (2004). Les inégalités sociales d’accès à la contraception en France. *Population*, 59:479–502.
- BAJOS, N., ROUZAUD-CORNABAS, M., PANJO, H., BOHET, A., MOREAU, C. et l’équipe FÉCOND (2014). La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? *Population et Sociétés*, (511):1–4.
- BARD, C. (2010). *Une histoire politique du pantalon*. éditions du Seuil, Paris, France.
- BAULIEU, E.-E., HÉRITIER, F. et LERIDON, H., éditeurs (1999). *Contraception : contrainte ou liberté?* Odile Jacob, Paris, France.
- BECK, L. et DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE (1986). *Zur Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe : aus Anlaß des 100jährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe / hrsg. von L. Beck*. Springer, Berlin, Allemagne.
- BECKER, H. S. (1963). *Outsiders : studies in the sociology of deviance*. New York, Etats-Unis.
- BECKER, H. S. (2011). *Art worlds*. Univ. of California Press, Berkeley, Etats-Unis.
- BENELLI, N., DELPHY, C., FALQUET, J., HAMEL, C., HERTZ, E. et ROUX, P. (2006). Les approches postcoloniales : apports pour un féminisme antiraciste. *Nouvelles Questions Féministes*, 25(3):4.
- BENOÎT, C. et NOUGUEZ, É. (2018). De l’administration des prix à la régulation du marché : enjeux et modalités de la fixation des prix des médicaments en

- France depuis 1948. *Revue française des affaires sociales*, (3):91–109.
- BERENI, L. et REVILLARD, A. (2007). Des quotas à la parité : « féminisme d'état » et représentation politique (1974-2007). *Genèses*, 2(67):5–23.
- BERLIVET, L. (2011). Médicalisation. *Genèses*, 82(1):2.
- BÉROUJON, A. (2008). Comment la science vient aux experts. L'expertise d'écriture au xvii^e siècle à Lyon. *Genèses*, 70(1):4.
- BESSIÈRE, S. (2005). La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. *Revue française des affaires sociales*, 1(1):17–33.
- BLÖSS, T., éditeur (2001). *La dialectique des rapports hommes-femmes*. Sociologie d'aujourd'hui. Presses Universitaires de France, Paris.
- BLOY, G. (2011). Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés. *Revue française des Affaires sociales*, (2-3):11–28.
- BLOY, G. et RIGAL, L. (2012). Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique. *Sociologie du Travail*, 54(4):433–456.
- BLOY, G. et SCHWEYER, F.-X., éditeurs (2010). *Singuliers généralistes*. Sociologie de la médecine générale. Presses de l'EHESP, Rennes, France.
- BOLTANSKI, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 26(1):205–233.
- BOLTANSKI, L. (1975). La constitution du champ de la bande dessinée. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1(1):37–59.
- BONAH, C. et GAUDILLIÈRE, J.-P. (2007). Faute, accident ou risque iatrogène ? La régulation des événements indésirables du médicament à l'aune des affaires Stalinson et Distilbène. *Revue française des affaires sociales*, 3(3-4):123–151.
- BOTTERO, W. et CROSSLEY, N. (2011). Worlds, Fields and Networks : Becker, Bourdieu and the Structures of Social Relations. *Cultural Sociology*, 5(1):99–119.
- BOUDIA, S. (2008). Sur les dynamiques de constitution des systèmes d'expertise scientifique : le cas des rayonnements ionisants. *Genèses*, 70(1):26.
- BOURDIEU, P. (1976). Le champ scientifique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2(2):88–104.
- BOURDIEU, P. (1980). *Le sens pratique*. les éditions de Minuit, Paris, France.
- BOURDIEU, P. (1986). L'illusion biographique. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 62(1):69–72.
- BOURDIEU, P. (1994). *Raisons pratiques : sur la théorie de l'action*. éditions du Seuil, Paris, France.

- BOURDIEU, P. (1998). *Les règles de l'art : genèse et structure du champ littéraire*. éditions du Seuil, Paris, France.
- BOURDIEU, P. (1999). Une révolution conservatrice dans l'édition. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 126(1):3–28.
- BOURGEOIS, M. (2019). *Tris et sélections des populations dans le logement social : une ethnographie comparée de trois villes françaises*. Dalloz, Paris, France.
- BOZON, M. (2018). Postface : Ni trop ni trop peu. Médecine, âge et désir des femmes. In GARDEY, D. et VUILLE, M., éditeurs : *Les sciences du désir : la sexualité féminine, de la psychanalyse aux neurosciences*. Le Bord de l'eau, Lormont, France.
- BRETIN, H. (1992). *Contraception : quel choix pour quelle vie ? Récits de femmes, paroles de médecins*. Inserm, Paris, France.
- BRETIN, H. (2004). Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France. *Sciences sociales et santé*, 22(3):87–110.
- BRETIN, H. et KOTOBİ, L. (2016). Inégalités contraceptives au pays de la pilule. *Agone*, 1(58):123–134.
- BRIGGS, L. (2002). *Reproducing empire : race, sex, science, and U.S. imperialism in Puerto Rico*. Berkeley, Etats-Unis.
- BUCQUET, D., HATTON, F. et COLVEZ, A. (1984). La prévention en médecine générale. *Sciences Sociales et Santé*, 2(1):51–69.
- BUHLING, K. J., KLOVEKORN, L., DANIELS, B., STUDNITZ, F. S. G., EULENBURG, C. et MUECK, A. O. (2014). Contraceptive counselling and self-prescription of contraceptives of German gynaecologists : Results of a nationwide survey. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 19(6):448–456.
- BULLOUGH, V. L. (1981). A brief note on rubber technology and contraception : The diaphragm and the condom. *Technology and Culture*, 22(1):104–111.
- BUSFIELD, J. (2006). Pills, Power, People : Sociological Understandings of the Pharmaceutical Industry. *Sociology*, 40(2):297–314.
- BUTON, F. (2006). De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire. *Genèses*, 65(4):71–91.
- BUTON, F. et MARIOT, N., éditeurs (2009). *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*. Presses Universitaires du Septentrion, Paris, France.
- CACOUAULT-BITAUD, M. (2001). La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige? *Travail, genre et sociétés*, 1(5):91–115.
- CAHEN, F. (2009). Medicine, statistics, and the encounter of abortion and “depopulation” in France (1870–1920). *The History of the Family*, 14(1):19–35.

- CAHEN, F. (2016). *Gouverner les Moeurs. La lutte contre l'avortement en France, 1890-1950*. Presses Universitaires de France, Paris, France.
- CARAYON, L. (2014). Interruption volontaire de grossesse et contraception : quel accès à une liberté génésique ? In HENNETTE-VAUCHEZ, S., PICHARD, M. et ROMAN, D., éditeurs : *La loi et le genre : études critiques de droit français*. éditions CNRS, Paris, France.
- CASSIER, M. (2005). Appropriation and Commercialization of the Pasteur Anthrax Vaccine. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 36:722–742.
- CASTEL, P. (2006). Les recommandations de bonnes pratiques comme objet heuristique pour la sociologie de la médecine : Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 24(2):105.
- CASTEL, P. et ROBELET, M. (2009). Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 27(3):98.
- CEFAÏ, D. (1996). La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques. *Réseaux*, 1(75):43–66.
- CEFAÏ, D. (2016). Publics, problèmes publics, arènes publiques... Que nous apprend le pragmatisme ? *Questions de communication*, (30):25–64.
- CEFAÏ, D. et TROM, D., éditeurs (2001). *Les formes de l'action collective : mobilisations dans des arènes publiques*. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, Paris, France.
- CHAMBOREDON, H., PAVIS, F., SURDEZ, M. et WILLEMEZ, L. (1994). S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien. *Genèses*, 16(1):114–132.
- CHAPONNIÈRE, M., RUAULT, L. et ROUX, P. (2017). Légitimité du féminisme contemporain. *Nouvelles Questions Féministes*, 36(2):6.
- CHATEAURAYNAUD, F. et TORNAY, D. (1999). *Les sombres précurseurs : une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, Paris, France.
- CHAUVEAU, S. (1999). *L'invention pharmaceutique : la pharmacie française entre l'Etat et la société au XXe siècle*. Sanofi-Synthélabo, Paris, France.
- CHAUVEAU, S. (2002). Médicament et société en France au 20e siècle. *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 1(73):169–185.
- CHAUVEAU, S. (2003). Les espoirs déçus de la loi Neuwirth. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, (18):223–239.
- CHAUVEAU, S. (2011). *L'affaire du sang contaminé (1983-2003)*. Les Belles lettres, 2011, Paris, France.

- CLAIR, I. (2012). *Sociologie du genre*. Armand Colin, Paris, France.
- CLARKE, A. E. (1998). *Disciplining Reproduction. Modernity, American Life Sciences and "the Problems of Sex"*. University of California Press, Berkeley and Los Angeles, Etats-Unis.
- CLARKE, A. E., MAMO, L., FOSKET, J. R., FISHMAN, J. R. et SHIM, J. K., éditeurs (2010). *Biomedicalization. Technoscience, Health, and Illness in the U.S.* Duke University Press, Etats-Unis.
- CLARO, M. (2016a). Avortement et norme procréative de la dernière génération soviétique en Russie. *Cahiers du Genre*, (60):15–37.
- CLARO, M. (2016b). Contraception et avortement. In RENNES, J., éditeur : *Encyclopédie critique du genre*, pages 136–148. La Découverte, Paris, France.
- CLARO, M. (2018). *Ni hasard ni projet. Genre, sexualité et procréation pendant la jeunesse en Russie (années 1970 - années 2010)*. Thèse de doctorat, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), Paris, France.
- COLLINS, P. H. (1999). Will the 'real' mother please stand up? : the logic of eugenics and American national family planning. In CLARKE, A. E. et OLESEN, V. L., éditeurs : *Revisioning Women, Health, and Healing : Feminist, Cultural and Technoscience Perspectives*, pages 266–82. Routledge, New York, Etats-Unis.
- CONRAD, P. (2007). *The medicalization of society : on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, Etats-Unis.
- COURT, M. (2010). *Corps de filles, corps de garçons : une construction sociale*. La Dispute, Paris, France.
- COUTINET, N. et ABECASSIS, P. (2008). Une approche descriptive des stratégies de F&A et d'alliances des firmes pharmaceutiques, A Descriptive Approach to Mergers & Acquisitions and Pharmaceutical Firm Alliances. *Journal d'économie médicale*, 26(6):317–330.
- DAGNAUD, M. et MEHL, D. (1988a). Les gynécologues 1 : Une profession sous influence. *Sociologie du Travail*, 30(2):271–285.
- DAGNAUD, M. et MEHL, D. (1988b). Les gynécologues 2 : Une profession influente. *Sociologie du Travail*, 30(2):287–300.
- DARMON, M. (2005). Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain. *Genèses*, (1):98–112.
- DARMON, M. (2006). *La socialisation*. sociologie 128. Armand Colin, Paris, France.
- DAVIS, K. (2007). *The making of Our bodies, ourselves : how feminism travels across borders*. Duke University Press, Durham, Etats-Unis.
- de IRALA, J., OSORIO, A., CARLOS, S. et Lopez-del BURGO, C. (2011). Choice

- of birth control methods among European women and the role of partners and providers. *Contraception*, 84(6):558–564.
- DE LUCA BARRUSSE, V. (2018). Le complexe de la dénatalité. L'argument démographique dans le débat sur la prévention des naissances en France (1956-1967). *Population*, 73(1):9–34.
- DELANOË, D. (1998). La médicalisation de la ménopause : la pathologisation comme processus de socialisation. In *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*, pages 211–251. Anthropos, Paris, France.
- DESCLAUX, A. et EGROT, M., éditeurs (2015). *Anthropologie du médicament au sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*. L'Harmattan, Paris, France.
- DÉTREZ, C. (2002). *La construction sociale du corps*. éditions du Seuil, Paris, France.
- DETREZ, C. (2015). L'évidence du naturel et le naturel de l'évidence. In PEYRE, E. et WIELS, J., éditeurs : *Mon corps a-t-il un sexe ? sur le genre, dialogues entre biologies et sciences sociales*, pages 247–257. La Découverte, Paris, France.
- DORLIN, E. (2003). Corps contre Nature. Stratégies actuelles de la critique féministe. *L'Homme et la Société*, 4(150-151):47–68.
- DORLIN, E. (2009). *La matrice de la race : généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*. La Découverte, Paris, France.
- FAINZANG, S. (2001). *Médicaments et société*. Presses Universitaires de France, Paris, France.
- FAINZANG, S. (2007). Les réticences vis-à-vis des médicaments. *Revue française des affaires sociales*, 3(3):193–209.
- FALQUET, J. (2016). La combinatoire straight. Race, classe, sexe et économie politique : analyses matérialistes et décoloniales. *Cahiers du Genre*, HS 4(3):73.
- FARGE, A. (1997). *Le goût de l'archive*. éditions du Seuil, Paris, France.
- FASSIN, D. et MEMMI, D., éditeurs (2004). *Le gouvernement des corps*. éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, Paris, France.
- FAUSTO-STERLING, A. (2000). *Sexing the body : gender politics and the construction of sexuality*. Basic Books, New York, Etats-Unis.
- FAUSTO-STERLING, A. A., PEYRE, E., VIDAL, C. et WIELS, J. (2012). *Corps en tous genres : la dualité des sexes à l'épreuve de la science*. La Découverte, Institut Émilie du Châtelet, Paris, France.
- FERRAND, M. (2004). *Féminin Masculin*. La Découverte, Paris, France.
- FERRAND-PICARD, M. (1982). Médicalisation et contrôle social de l'avortement. Derrière la loi, les enjeux. *Revue française de sociologie*, 23(3):383–396.

- FILLION, E. (2006). *À l'épreuve du sang contaminé : expérience des acteurs de l'hémophilie et reconfiguration du monde médical*. Thèse de doctorat, École doctorale de l'École des hautes études en sciences sociales, France.
- FOURNIER, P., LOMBA, C. et MULLER, S. (2014). *Les travailleurs du médicament. L'industrie pharmaceutique sous observation*. Clinique du travail. Erès, Paris, France.
- FREIDSON, E. (1970). *Profession of Medicine*. Harper and Row, New-York, Etats-Unis.
- GALBRAITH, J. I. (1998). A Methodological Review of the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Journal of Nutritional & Environmental Medicine*, 8(2):187–194.
- GARCIA, S. (2005). Expertise scientifique et capital militant. Le rôle des médecins dans la lutte pour la légalisation de l'avortement. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3(158):96–115.
- GARCIA, S. (2007). La création du collège des médecins : un coup de force symbolique. In BARD, C. et MOSSUZ-LAVAU, J., éditeurs : *Le planning familial : histoire et mémoire, 1956-2006*, Archives du féminisme, pages 109–118. Presses universitaires de Rennes, Rennes, France.
- GARCIA, S. (2008). L'expert et le profane : qui est juge de la qualité universitaire ? *Genèses*, 70(1):66–87.
- GARCIA, S. (2011). *Mères sous influence : de la cause des femmes à la cause des enfants*. La Découverte, Paris, France.
- GARDEY, D. (2006). Les sciences et la construction des identités sexuées. Une revue critique. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, (3):649–673.
- GARDEY, D. (2013). Comment écrire l'histoire des relations corps, genre, médecine au xx^e siècle ? *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, (37):143–162.
- GARDEY, D. et LÖWY, I., éditeurs (2000). *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Histoire des sciences, des techniques et de la médecine. éditions des archives contemporaines, Paris, France.
- GARDEY, D. et VUILLE, M., éditeurs (2018). *Les sciences du désir : la sexualité féminine, de la psychanalyse aux neurosciences*. Le Bord de l'eau, Lormont, France.
- GAUDILLIÈRE, J.-P. (2003). La fabrique moléculaire du genre : hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule. *Cahiers du genre*, 1(34):57–80.
- GAUDILLIÈRE, J.-P. (2004). Hormones, régimes d'innovation et stratégies d'entreprise : les exemples de Schering et Bayer. *Entreprises et histoire*, 36(2):84–102.
- GAUDILLIÈRE, J.-P. (2010). Une marchandise scientifique ? Savoirs, industrie et régulation du médicament dans l'Allemagne des années trente. *Annales. Histoire,*

Sciences Sociales, 1:89–120.

- GAUDILLIÈRE, J.-P. (2018). Sex Hormones, Pharmacy, and the Reproductive Sciences. In HOPWOOD, N., FLEMMING, R. et KASSEL, LAUREN, éditeurs : *Reproduction : Antiquity to the Present Day*, pages 521–534. Cambridge University Press, Cambridge, Royaume-Uni.
- GAUDILLIÈRE, J.-P. et CASSIER, M. (2000). Recherche, médecine et marché : la génétique du cancer du sein. *Sciences sociales et santé*, 18(4):29–51.
- GAUDILLIÈRE, J.-P. et THOMS, U. (2013). Pharmaceutical firms and the construction of drug markets : from branding to scientific marketing. *History and Technology*, 29(2):105–115.
- GAUDILLIÈRE, J.-P. et THOMS, U. (2015). *The development of scientific marketing in the twentieth century : research for sales in the pharmaceutical industry*. Routledge, Londres, Royaume-Uni.
- GAUTIER, A. (2002). Les politiques de planification familiale dans les pays en développement. *Lien social et politiques - RIAC : revue internationale et interdisciplinaire de sciences humaines consacrée aux thèmes du lien social, de la sociabilité, des problèmes sociaux et des politiques publiques*.
- GELLY, M. (2006). *Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée*. L'Harmattan, Paris, France.
- GELLY, M. et PAVARD, B. (2016). De la fabrique des militant-e-s à la fabrique des patient-e-s. Deux mobilisations des profanes : l'avortement (1972-1975) et le dépistage du sida (2007-2011). *Genèses*, 1(102):47–66.
- GIAMI, A. et LERIDON, H., éditeurs (2000). *Les enjeux de la stérilisation*. Inserm-Ined, Paris, France.
- GOFFMAN, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, Etats-Unis.
- GOFFMAN, E. (1977). La ritualisation de la féminité. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 14(1):34–50.
- GOODMAN, J. et WALSH, V. (2001). *The story of Taxol : nature and politics in the pursuit of an anti-cancer drug*. Cambridge university press, New York, Etats-Unis.
- GRANDFILS, N. (2007). Fixation et régulation des prix des médicaments en France. *Revue française des Affaires sociales*, 3(3):53–72.
- GRANDI, E. et RUIZ, É. (2012). Ce que le numérique fait à l'historien.ne. Entretien avec Claire Lemerrier. *Diacronie. Studi di Storia Contemporanea*, 2(10).
- GRANIER, L. et TRINQUARD, S. (2007). Pseudo-génériques et fusions « stratégiques » dans l'industrie du médicament. *Revue d'économie industrielle*, (117):23–50.

- GREENE, J. A. (2007). *Prescribing by numbers : drugs and the definition of disease*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, Etats-Unis.
- GREENE, J. A. (2011). Making medicines essential : The emergent centrality of pharmaceuticals in global health. *BioSocieties*, 6(1):10–33.
- GREENE, J. A. (2013). The materiality of the brand : Form, function, and the pharmaceutical trademark. *History and Technology*, 29(2):210–226.
- GREENE, J. A. et PODOLSKY, S. H. (2009). Keeping modern in medicine : pharmaceutical promotion and physician education in postwar America. *Bulletin of the History of Medicine*, 83(2):331–377.
- GREENE, J. A. et WATKINS, E. S., éditeurs (2012). *Prescribed : Writing, Filling, Using, and Abusing the Prescription in Modern America*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, Etats-Unis.
- GREFFION, J. (2011). Contrôler la promotion des médicaments auprès des médecins. Les pouvoirs publics face à l'industrie pharmaceutique. *Savoir/agir*, 16(2):43–50.
- GREFFION, J. (2014). Proximité et domination entre représentantes de l'industrie et médecins. In FOURNIER, P., LOMBA, C. et MULLER, S., éditeurs : *Les travailleurs du médicament. L'industrie pharmaceutique sous observation*, Clinique du travail, pages 227–250. Erès, Paris, France.
- GUILLAUMIN, C. (1992). *Sexe, race et pratique du pouvoir : l'idée de nature*. Recherches. Côté-femmes, Paris.
- GUSFIELD, J. R. (1963). *Symbolic crusade : Status politics and the American temperance movement*. University of Illinois Press, Urbana, Etats-Unis.
- GUYARD, L. (2008). *La médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique*. Thèse de doctorat, Université Paris X, Nanterre, France.
- GUYARD, L. (2010a). Chez la gynécologue. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines. *Ethnologie française*, 40(1):67–74.
- GUYARD, L. (2010b). Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir. *Nouvelles Questions Féministes*, 29(3):44–57.
- HADLAND, S. E., CERDA, M., LI, Y., KRIEGER, M. S. et MARSHALL, B. D. L. (2018). Association of pharmaceutical industry marketing of opioid products to physicians with subsequent opioid prescribing. *JAMA Internal Medicine*, 178(6):861–863.
- HARDON, A. et SANABRIA, E. (2017). Fluid Drugs : Revisiting the Anthropology of Pharmaceuticals. *Annual Review of Anthropology*, 46(1):117–132.
- HARDY-DUBERNET, A.-C. (2005). Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? *Revue française des affaires sociales*, (1):35–58.

- HARDY-DUBERNET, A.-C. (2009). À propos d'une minute décisive : le choix d'une spécialité médicale. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 27(4):174–190.
- HASSENTEUFEL, P. (2011). *Sociologie politique : l'action publique*. Armand Colin, Paris, France.
- HAURAY, B. (2007). Les laboratoires pharmaceutiques et la construction d'une régulation européenne des médicaments. *Revue française des affaires sociales*, 3(3):233–256.
- HAURAY, B. (2019). Une médecine détournée ? Influences industrielles et crise de confiance dans le domaine du médicament. *Mouvements*, 2(98):53–66.
- HAURAY, B. et URFALINO, P. (2007). Expertise scientifique et intérêts nationaux. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 62(2):273–298.
- HÉRITIER, F. (1996). *Masculin-féminin. I, La pensée de la différence*. Odile Jacob, Paris, France.
- HÉRITIER, F. (2002). *Masculin-féminin. II, Dissoudre la hiérarchie*. Odile Jacob, Paris, France.
- HERZLICH, C., BUNGENER, M., PAICHELER, G., ROUSSIN, P. et ZUBER, M.-C. (1993). *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France : carrières et pratiques des médecins français, 1930-1980*. les éditions de l'Inserm, Paris, France.
- HIGGINS, J. A. et HIRSCH, J. S. (2007). The pleasure deficit : revisiting the “sexuality connection” in reproductive health. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 39(4):240–247.
- HILGARTNER, S. et BOSK, C. L. (1988). The Rise and Fall of Social Problems : A Public Arenas Model. *American Journal of Sociology*, 94(1):53–78.
- HIRSCHMAN, A. O. (1970). *Exit, voice and loyalty : Responses to decline in firms, organizations, and states*. Harvard University Press, Cambridge, Etats-Unis.
- HUGHES, E. C. (1971). *The Sociological Eye : Selected Papers*. Aldine-Atherton, Chicago, Etats-Unis.
- IDELS, M., BOISSONNAS, S., NICOLI, E., VILLENEUVE, C. et et POLITIQUE, P. (2018). *MLF, psychanalyse et politique. 1968-2018 : 50 ans de libération des femmes. Volume 1, Les premières années*. éditions Des femmes, Paris, France.
- IGNACIUK, A. (2014). Publicidad farmacéutica y género : anuncios de la “píldora” en España (1964-1985). *Medicina e Historia*, (1):4–21.
- IGNACIUK, A. (2015). *Anticoncepción hormonal en España y Polonia : discursos, debates y prácticas entre 1960 y 1980*. Tesis Doctoral, Universidad de Granada, Granada, España.
- IGNACIUK, A. et ORTIZ-GÓMEZ, T. (2016). *Anticoncepción, mujeres y género. La píldora en España y Polonia (1960-1980)*. Los Libros de la Catarata, Madrid,

España.

- IGNACIUK, A., ORTIZ-GÓMEZ, T. et RODRÍGUEZ-OCAÑA, E. (2014). Doctors, Women, and the Circulation of Knowledge of Oral Contraceptives in Spain, 1960s-1970s. In ORTIZ-GÓMEZ, T. et SANTESMASES, M. J., éditeurs : *Gendered Drugs and Medicine. Historical and Socio-Cultural Perspectives*. Ashgate, Royaume-Uni.
- INPES (2007). *La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. Dossier de presse*. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.
- JASANOFF, S. (1995). Product, process, or programme : three cultures and the regulation of biotechnology. In BAUER, M., éditeur : *Resistance to New Technology : Nuclear Power, Information Technology and Biotechnology*. Cambridge University Press, Cambridge, Royaume-Uni.
- JASANOFF, S. (2004). *States of Knowledge : The Co-Production of Science and the Social Order*. Routledge, Londres, Royaume-Uni.
- JAUNAIT, A. (2003). Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons Politiques*, 3(11):59–79.
- JORDAN-YOUNG, R. M. (2016). *Hormones, sexe et cerveau*. Belin, Paris, France.
- KAVANAUGH, M. L. et JERMAN, J. (2018). Contraceptive method use in the united states : trends and characteristics between 2008, 2012 and 2014. *Contraception*, 97(1):14–21.
- KAY, C. R. (1984). The Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study : some recent observations. *Clinics in Obstetrics and Gynaecology*, 11(3): 759–786.
- KELLER, E. F. (1985). *Reflections on gender and science*. Yale University Press, New Haven, Etats-Unis.
- KESSEL, N. (2015). Beyond Innovation : Pharmaceutical Marketing, Market Structure and the Importance of the 'Old' in West Germany, 1950-70. In GAUDILLIÈRE, J.-P. et THOMS, U., éditeurs : *The development of scientific marketing in the twentieth century : research for sales in the pharmaceutical industry*, pages 15–27. Pickering & Chatto, Londres, Royaume-Uni.
- KNIBIEHLER, Y. (1997). *La révolution maternelle : Femmes, maternité, citoyenneté depuis 1945*. Perrin, France.
- KÖNIG, C. (2016). Planwirtschaft und Eigeninitiative. Zur Einführung der "Wunschkind-Pille" in der DDR. In NIETHAMMER, L. et SATJUKOW, S., éditeurs : "Wenn die Chemie stimmt ..." : *Geschlechterbeziehungen und Geburtenplanung im Zeitalter der "Pille"*. *Gender relations and birth control in the age of the "pill"*, pages 286–95. Wallstein Verlag, Göttingen, Allemagne.
- LAHIRE, B. (1999). *L'invention de l'« illettrisme » : rhétorique publique, éthique*

- et stigmatés*. La Découverte, Paris, France.
- LAPEYRE, N. et LE FEUVRE, N. (2005). Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Revue française des affaires sociales*, (1):59–81.
- LAPEYRE, N. et LE FEUVRE, N. (2009). 36. Avocats et médecins : féminisation et différenciation sexuée des carrières. In DEMAZIÈRE, D. et GADÉA, C., éditeurs : *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, pages 424–434. la Découverte, Paris, France.
- LAQUEUR, T. W. (1992). *La fabrique du sexe : essai sur le corps et le genre en Occident*. Gallimard, Paris, France.
- LE GUEN, M., ROUX, A., ROUZAUD-CORNABAS, M., FONQUERNE, L. et VENTOLA, C. (2017). Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. *Population & Sociétés*, (549):1–4.
- LE GUEN, M., VENTOLA, C., BOHET, A., MOREAU, C., BAJOS, N. et FECOND GROUP (2015). Men's contraceptive practices in France : evidence of male involvement in family planning. *Contraception*, 92(1):46–54.
- LEMERCIER, C. et ZALC, C. (2007). *Méthodes quantitatives pour l'historien*. Repères. La Découverte, Paris, France.
- LERAT, M.-F., DUBOIS, O. et LOPES, P. (1992). *Les gynécologues et les obstétriciens en France. Evolution de la démographie (1980-1992). Perspectives d'avenir*. Ordre National des Médecins, Paris, France.
- LERIDON, H. (1987). *La seconde révolution contraceptive : la régulation des naissances en France de 1950 à 1985*. Ined, Presses Universitaires de France, Paris, France.
- LERIDON, H. et GUIBERT-LANTOINE, C. D. (1998). La contraception en France : un bilan après 30 ans de libéralisation. *Population*, 53(4):785–811.
- LERIDON, H., MAYEN, M. et LEVAILLANT, J.-M. (1977). La diffusion des méthodes modernes de contraception : une étude dans une consultation hospitalière. *Population*, pages 777–805.
- LERIDON, H., OUSTRY, P., BAJOS, N. et COCON (2002). La médicalisation croissante de la contraception en France. *Population et Sociétés*, (381):1–4.
- LÉRIDON, H. et TOULEMON, L. (1992). Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements. *Population*, 47(1):1–45.
- LIPSKY, M. (1980). *Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public services*. Russell sage foundation, New-York, Etats-Unis.
- LOMBA, C. (2014). 1. Des mondes de règles et de rentes. In FOURNIER, P., LOMBA, C. et MULLER, S., éditeurs : *Les travailleurs du médicament*, pages 27–54. Erès,

- Paris, France.
- LÖWY, I. (2005). Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? Le women health movement et les transformations de la médecine aux états-Unis. *Travail, Genre et Sociétés*, 2(14):89–108.
- LÖWY, I. (2006). *L'emprise du genre : masculinité, féminité, inégalité*. La Dispute, Paris, France.
- LÖWY, I. (2011). 'Sexual chemistry' before the Pill : science, industry and chemical contraceptives, 1920–1960. *The British Journal for the History of Science*, 44(2):245–274.
- LÖWY, I. (2012). Defusing the population bomb in the 1950s : Foam tablets in India. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, (43):583–593.
- LÖWY, I. et GAUDILLIÈRE, J.-P. (2004). Controverses sur le traitement hormonal de la ménopause. *Mouvements*, 32(2):32–39.
- LÖWY, I. et GAUDILLIÈRE, J.-P. (2006). Médicalisation de la ménopause, mouvements pour la santé des femmes et controverses sur les thérapies hormonales. *Nouvelles Questions Féministes*, 25(2):48–65.
- LÖWY, I., GOMEZ, V. R. et TAIN, L. (2014). Nouvelles techniques reproductives, nouvelle production du genre. *Cahiers du Genre*, 56(1):5–18.
- LÖWY, I. et WEISZ, G. (2004). French hormones : progestins and therapeutic variation in France. *Social Sciences and Medicine*, (60):2609–2622.
- MAHONEY, J. (2000). Path Dependence in Historical Sociology. *Theory and Society*, 29(4):507–548.
- MALICH, L. (2015). Variation in Drugs and Women : Standardization as a Tool for Scientific Marketing of Oral Contraceptives in France and West Germany (1961-2006). In GAUDILLIÈRE, J.-P. et THOMS, U., éditeurs : *The Development of Scientific Marketing in the Twentieth Century : Research for Sales in the Pharmaceutical Industry*, pages 145–65. Pickering & Chatto, London, Vermont, Etats-Unis.
- MARKS, L. V. (2001). *Sexual Chemistry. A History of the Contraceptive Pill*. Yale University Press, Etats-Unis.
- MARTIN, E. (1987). *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Beacon Press, Boston, Etats-Unis.
- MARUANI, M. et NICOLE-DRANCOURT, C. (1989). *Au labour des dames : métiers masculins, emplois féminins*. Syros-Alternatives, Paris, France.
- MATHIEU, L. (2004). *Comment lutter ? Sociologie et mouvements sociaux*. Textuel, Paris, France.

- MATHIEU, L. (2009). Croisades morales. In OLIVIER, F., éditeur : *Dictionnaire des mouvements sociaux*, pages 167–173. Presses de Sciences Po, Paris, France.
- MATHIEU, M. et RUAULT, L. (2014). Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l’institution médicale : la classe des femmes sous surveillance. *Politix*, 107(3):33–59.
- MATHIEU, N.-C. (1991). *L’anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*. Côté-femmes, Paris, France.
- McLAREN, A. (1978). Abortion in France : Women and the regulation of family size 1800-1914. *French Historical Studies*, 10(3):461–485.
- McLAREN, A. (1996). *Histoire de la contraception de l’Antiquité à nos jours*. éditions Noësis, Paris, France.
- MEMMI, D. (1988). « Experts » et fabrique de la norme. La procréation artificielle. In DRAÏ, R., HARICHAUX, M. et Centre universitaire de recherches sur l’action publique et le POLITIQUE, é. e. s. s., éditeurs : *Bioéthique et droit*, pages 262–268. Presses Universitaires de France, Paris, France.
- MEMMI, D. (1996). *Les gardiens du corps : dix ans de magistère bioéthique*. Éditions de l’École des hautes études en sciences sociales, Paris, France.
- MEMMI, D. (2003). *Faire vivre et laisser mourir : le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. La Découverte, Paris, France.
- MEMMI, D. (2016). Une discrète naturalisation de la maternité : le for intérieur féminin face aux aléas de la reproduction. *Sociologie*, Vol. 7(4):413–422.
- MEMMI, D., GUILLO, D. et MARTIN, O., éditeurs (2009). *La tentation du corps : corporéité et sciences sociales*. éditions de l’École des hautes études en sciences sociales, Paris, France.
- MONTALBAN, M. (2011). La financiarisation des Big Pharma. De l’insoutenable modèle blockbuster à son dépassement ? *Savoir/Agir*, 2(16):13–21.
- MOREAU, C., BOHET, A., TRUSSELL, J. et BAJOS, N. (2014). Estimates of unintended pregnancy rates over the last decade in France as a function of contraceptive behaviors. *Contraception*, 89(4):314–321.
- MOREAU, C., BOUYER, J., BAJOS, N., RODRIGUEZ, G. et TRUSSELL, J. (2009). Frequency of discontinuation of contraceptive use : results from a French population-based cohort. *Human Reproduction*, 24(6):1387–1392.
- MOREAU, C., TRUSSELL, J., RODRIGUEZ, G., BAJOS, N. et BOUYER, J. (2007). Contraceptive failure rates in France : results from a population-based survey. *Human Reproduction*, 22(9):2422–2427.
- MOSHER, W. D., MOREAU, C. et LANTOS, H. (2016). Trends and determinants of iud use in the usa, 2002-2012. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 31(8):1696–1702.

- MOSSUZ-LAVAU, J. (2002). *Les lois de l'amour : les politiques de la sexualité en France : 1950-2002*. Payot, Paris, France.
- MURPHY, M. (2012). *Seizing the means of reproduction : entanglements of feminism, health, and technoscience*. Duke University Press, Durham, Etats-Unis.
- NOIRIEL, G. (2006). *Introduction à la socio-histoire*. Repères. La Découverte, Paris.
- NOUGUEZ, É. (2017). *Des médicaments à tout prix. Sociologie des génériques en France*. Presses de Sciences Po, Paris, France.
- OAKLEY, A. (1986). *The Captured Womb : A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Blackwell Pub, Oxford, Royaume-Uni.
- OBERMEYER, C. et SIEVERT, L. (2007). Cross-cultural comparisons : midlife, aging, and menopause. *Menopause : journal of the North American Menopause Society.*, 14(4):663–667.
- OLSZYNSKO-GRYN, J. (2018). Technologies of Contraception and Abortion. In HOPWOOD, N., FLEMMING, R. et LAUREN. KASSELL, éditeurs : *Reproduction : Antiquity to the Present Day*, pages 535–552. Cambridge University Press, Cambridge, Royaume-Uni.
- OLSZYNSKO-GRYN, J., BJØRVIK, E., WESSEL, M., JÜLICH, S. et JEAN, C. (2018). A historical argument for regulatory failure in the case of Primodos and other hormone pregnancy tests. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 6:34–44.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2005). *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*. Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, éditeur (2013). *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives : guide essentiel OMS de planification familiale*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.
- ORTIZ GÓMEZ, T. (2001). El género, organizador de profesiones sanitarias. In MIQUEO, C., TOMÁS, C., TEJERO, C., BARRAL, M. J., FERNÁNDEZ, T. et YAGO, T., éditeurs : *Perspectivas de género en salud : fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, pages 53–75. Minerva Ediciones, Madrid, España.
- ORTIZ GÓMEZ, T., DELGADO SÁNCHEZ, A., SÁNCHEZ, D. et TÁVORA RIVERO, A. (2001). Ser “mujer y médico” en la España de los años sesenta. *Asparkia. Revista de investigación feminista*, (12):125–136.
- ORTIZ-GÓMEZ, T. et SANTESMASES, M. J., éditeurs (2014). *Gendered drugs and medicine : historical and socio-cultural perspectives*. Routledge, New York, Etats-Unis.

- 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*, 18(1):5–24.
- OUDSHOORN, N. (1994). *Beyond the Natural Body : An Archaeology of Sex Hormones*. Routledge, Londres, Royaume-Uni.
- OUDSHOORN, N. (1998). Hormones, technique et corps. L'archéologie des hormones sexuelles (1923-1940). *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 53:775–793.
- OUDSHOORN, N. (2003). *The Male Pill : A Biography of a Technology in the Making*. Duke University Press, Durham, Etats-Unis.
- PAICHELER, G. (2002). *Prévention du sida et agenda politique : les campagnes en direction du grand public (1987-1996)*. CNRS éditions, Paris, France.
- PAICHELER, G. (2010). 15. Vivre ou évaluer le risque sanitaire : expertises, controverses et confrontations entre profanes et professionnels. In CARRICABURU, D., éditeur : *Risque et pratiques médicales*, pages 227–237. Presses de l'EHESP, Rennes, France.
- PARIS, M. (2017). Un féminisme anticolonial : l'Union des femmes de La Réunion (1946-1981). *Mouvements*, 91(3):141–149.
- PAVARD, B. (2007). Une “guerre de 20 ans” : les luttes du Planning familial dans L'Express et Le Nouvel Observateur (1955-1975). In BARD, C. et MOSSUZ-LAVAU, J., éditeurs : *Le planning familial : histoire et mémoire, 1956-2006*, Archives du féminisme. Presses universitaires de Rennes, Rennes, France.
- PAVARD, B. (2009a). Contraception et avortement dans Marie-Claire (1955-1975) : de la méthode des températures à la méthode Karman. *Le Temps des médias*, 1(12):100–113.
- PAVARD, B. (2009b). Genre et militantisme dans le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception. Pratique des avortements (1973-1979). *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, (29):79–96.
- PAVARD, B. (2012a). Du Birth Control au Planning familial (1955-1960) : un transfert militant. *Histoire@Politique*, 18(3):162–178.
- PAVARD, B. (2012b). Quand la pratique fait mouvement : La méthode Karman dans les mobilisations pour l'avortement libre et gratuit (1972-1975). *Sociétés contemporaines*, 1(85):43–63.
- PAVARD, B. (2012c). *Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*. Presses Universitaires de Rennes, Rennes, France.
- PAVARD, B. (2017). Marie Claire, magazine féministe? *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 136(4):131–146.
- PAVARD, B., ROCHEFORT, F. et ZANCARINI-FOURNEL, M. (2012). *Les lois Veil :*

- contraception 1974, IVG 1975*. Armand Colin, Paris, France.
- PEDERSEN, J. E. (1996). Regulating Abortion and Birth Control : Gender, Medicine, and Republican Politics in France, 1870-1920. *French Historical Studies*, 19(3):673–698.
- PEYRE, E. et WIELS, J., éditeurs (2015). *Mon corps a-t-il un sexe ? Sur le genre, dialogues entre biologies et sciences sociales*. Recherches. La Découverte, Paris, France.
- PICOT, G. (2005). Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. *Revue française des affaires sociales*, (1):83–100.
- PICQ, F. (2011). *Libération des femmes, quarante ans de mouvement*. Dialogues, Brest, France.
- PINÇON, M. et PINÇON-CHARLOT, M. (1997). *Voyage en grande bourgeoisie : journal d'enquête*. Presses Universitaires de France, Paris, France.
- PINELL, P. (2005). Champ médical et processus de spécialisation. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157(1):4–36.
- PINELL, P. (2008). Qu'en est-il de l'autonomie du champ médical ? *Savoir/Agir*, 5(3):57–63.
- PINELL, P. (2009). La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870). *Revue française de sociologie*, 50(2):315–349.
- PODOLSKY, S. H. et GREENE, J. A. (2008). A Historical Perspective of Pharmaceutical Promotion and Physician Education. *JAMA*, 300(7):831.
- POMIÈS, A. (2015). *Le rôle de l'expertise dans l'élaboration d'un régime de goût et dans la performance des marchés. Une ethnographie des concours de café*. Thèse de doctorat, ESCP Europe, Ecole doctorale de Management Panthéon-Sorbonne, Paris, France.
- PRUD'HOMME, D. (2016). Du « soin global » au traitement discriminatoire. La prise en charge de patientes identifiées comme roms dans un service de gynéco-obstétrique parisien. *Terrains & travaux*, 2(29):85–104.
- PRUVOST, G. (2016). Qui accouche qui ? Etude de 134 récits d'accouchement à domicile. *Genre, sexualité & société*, (16).
- QUÉRÉ, L. (2016). Lutttes féministes autour du consentement : Héritages et impensés des mobilisations contemporaines sur la gynécologie. *Nouvelles Questions Féministes*, 35(1):32–47.
- QUIRKE, V. et GAUDILLIÈRE, J.-P. (2008). The era of biomedicine : science, medicine, and public health in Britain and France after the Second World War. *Medical History*, 52(4):441–452.
- QUIRKE, V. M. (2004). War and change in the pharmaceutical industry : A

- comparative study of Britain and France in the twentieth century. *Entreprises et histoire*, (2):64–83.
- RAHIB, D., LE GUEN, M. et LYDIE, N. (2017). Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. *Baromètre Santé 2016*, pages 1–8.
- RAVELLI, Q. (2015). *La stratégie de la bactérie. Biographie sociale d'une marchandise médicale*. éditions du Seuil, Paris, France.
- RAYNAL, C. (2009). La « contraception » en microsillon. *Revue d'Histoire de la Pharmacie*, 96(362):145–162.
- REBREYEND, A.-C. (2015). La révolution de la pilule. In ARTIÈRES, P. et ZANCARINI-FOURNEL, M., éditeurs : *68 : une histoire collective, 1962-1981*, pages 451–455. La Découverte, Paris, France.
- REVILLARD, A. (2009). L'expertise critique, force d'une institution faible ? Le Comité du travail féminin et la genèse d'une politique d'égalité professionnelle en France (1965-1983). *Revue française de science politique*, 59(2):279–300.
- REVILLARD, A. (2016). *La cause des femmes dans l'État : une comparaison France - Québec*. Presses universitaires de Grenoble, Fontaine, France.
- RINGA, V., DITER, K., LABORDE, C. et BAJOS, N. (2013). Women's Sexuality : From Aging to Social Representations. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(10): 2399–2408.
- ROCHEFORT, F. (2007). Le rôle laïcisateur du Planning familial, 1956-1968. In BARD, C. et MOSSUZ-LAVAU, J., éditeurs : *Le planning familial : histoire et mémoire, 1956-2006*, Archives du féminisme, pages 53–77. Presses universitaires de Rennes, Rennes, France.
- RODRÍGUEZ-OCAÑA, E., IGNACIUK, A. et ORTIZ-GÓMEZ, T. (2012). Ovulostáticos y anticonceptivos. El conocimiento médico sobre “la píldora” en España durante el franquismo y la transición democrática (1940-1979). *Dynamis*, 32(2):467–494.
- ROSENDE, M. (2002). La division sexuelle du travail chez les médecins : une étude de cas. *Cahiers du Genre*, 32(1):25–41.
- ROSSIER, C., LERIDON, H. et COCON, I. (2004). Pilule et préservatif, substitution ou association ? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000. *Population*, 59:449–478.
- ROUCH, H., DORLIN, E. et FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, D. (2005). *Le corps, entre sexe et genre*. L'Harmattan, Paris, France.
- ROUX, A., VENTOLA, C. et BAJOS, N. (2017). Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. *Sciences sociales et santé*, 35(3):41–70.
- ROUZAUD-CORNABAS, M. (2019). « Alerte à la pilule ». *Politique contraceptives*

- et régulation du risque au prisme du genre*. Thèse de doctorat, Université Paris-Saclay, Paris, France.
- ROZENBAUM, H. et NETTER, A. (1985). *Histoire illustrée de la contraception : de l'Antiquité à nos jours*. R. Dacosta, Paris, France.
- RUAULT, L. (2015). La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une *vie féminine*. *Nouvelles Questions Féministes*, 34(1):35–50.
- RUAULT, L. (2016). La circulation transnationale du self-help féministe : acte 2 des luttes pour l'avortement libre ? *Critique internationale*, 70(1):37–54.
- RUAULT, L. (2017). *Le spéculum, la canule et le miroir : les MLAC et mobilisations de santé des femmes, entre appropriation féministe et propriété médicale de l'avortement (France, 1972-1984)*. Thèse de doctorat, Université du droit et de la santé, Lille, France.
- RUSTERHOLZ, C. (2017a). “*Deux enfants, c'est déjà pas mal*” : famille et fécondité en Suisse, 1955-1970. Editions Antipodes, Lausanne, Suisse.
- RUSTERHOLZ, C. (2017b). Testing the Gräfenberg Ring in Interwar Britain : Norman Haire, Helena Wright, and the Debate over Statistical Evidence, Side Effects, and Intra-uterine Contraception. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 72(4):448–467.
- RUSTERHOLZ, C. (2018). English and French Women Doctors in International Debates on birth control (1920–1935). *Social History of Medicine*, 31(2):328–347.
- RUSTERHOLZ, C. (2019). English Women Doctors, Contraception and Family Planning in Transnational Perspective (1930s–70s). *Medical History*, 63(2):153–172.
- SANABRIA, E. (2009). Le médicament, un objet évanescent. Essai sur la fabrication et la consommation des substances pharmaceutiques. *Techniques et Culture*, 52-53:168–189.
- SANABRIA, E. (2010). From Sub- to Super-Citizenship : Sex Hormones and the Body Politic in Brazil. *Ethnos*, 75(4):377–401.
- SANABRIA, E. (2014). “The same thing in a different box” similarity and difference in pharmaceutical sex hormone consumption and marketing. *Medical anthropology quarterly*, 28(4):537–555.
- SANABRIA, E. (2016). *Plastic bodies : sex hormones and menstrual suppression in Brazil*. Duke University Press, Durham, Etats-Unis.
- SANDERS, S. A., GRAHAM, C. A., BASS, J. L. et BANCROFT, J. (2001). A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception*, 64(1):51–58.
- SANSEIGNE, F. (2009). Médicaliser l'action en faveur de la contraception : le Planning Familial, du scandale à la stratégie de l'objectivité. *Quaderni. Com-*

- munication, technologies, pouvoir*, (68):49–60.
- SANSEIGNE, F. (2019). *Inventer une cause, (dé)faire une loi : le cas de la contraception en France. Socio-histoire de la transformation d'une relation de pouvoir (1955-1967)*. Thèse de doctorat, Institut d'Études Politiques de Lyon, Lyon, France.
- SARRADON-ECK, A. (2010). Voyage en médecine de campagne : le cabinet médical sous le regard de l'ethnologue. In BLOY, G. et SCHWEYER, F.-X., éditeurs : *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, pages 97–116. Presses de l'EHESP, Paris, France.
- SEVEGRAND, M. (1995). *Les enfants du bon Dieu : les catholiques français et la procréation au XXe siècle*. Albin Michel, Paris, France.
- SHOWALTER, E. (1985). *The female malady : women, madness, and English culture, 1830-1980*. Pantheon Books, New York, Etats-Unis.
- SILIES, E.-M. (2010). *Liebe, Lust und Last : Die Pille als weibliche Generationserfahrung in der Bundesrepublik 1960-1980*. Wallstein Verlag, Göttingen, Allemagne.
- SILIES, E.-M. (2015). Taking the Pill after the 'sexual revolution' : female contraceptive decisions in England and West Germany in the 1970s. *European Review of History : Revue européenne d'histoire*, 22(1):41–59.
- SISMONDO, S. (2007). Ghost management : how much of the medical literature is shaped behind the scenes by the pharmaceutical industry? *PLoS medicine*, 4(9):e286.
- SISMONDO, S. (2008). Pharmaceutical company funding and its consequences : a qualitative systematic review. *Contemporary Clinical Trials*, 29(2):109–113.
- SISMONDO, S. (2013). Key Opinion Leaders and the Corruption of Medical Knowledge : What the Sunshine Act Will and Won't Cast Light On. *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, 41(3):635–643.
- SKOVLUND, C. W., MØRCH, L. S., KESSING, L. V. et LIDEGAARD, Ø. (2016). Association of Hormonal Contraception With Depression. *JAMA Psychiatry*, 73(11):1154–1162.
- SOHN, A.-M. (1996). *Du premier baiser à l'alcôve : la sexualité des Français au quotidien : (1850-1950)*. Aubier, Paris, France.
- SOUSANIS, N. (2015). *Unflattening*. Harvard University Press, Cambridge, Mass., Etats-Unis.
- SPENCER, B. (1999). La femme sans sexualité et l'homme irresponsable. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 128(1):29–33.
- SPIRE, A. (2005). *Étrangers à la carte : l'administration de l'immigration en France (1945-1975)*. Bernard Grasset, Paris, France.

- STRAUSS, A. (1978). A social world perspective. In DENZIN, N., éditeur : *Studies in Symbolic Interaction*, volume 1, pages 119–128. JAI Press, Greenwich, Etats-Unis.
- STRAUSS, A. (1992). *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. L'Harmattan, Paris, France.
- SUMNER, W. G. (1906). *Folkways : a study of the sociological importance of usages, manners, customs, mores, and morals*. Ginn, Boston, Etats-Unis.
- TABUTEAU, D. (2010). Du plan Seguin à la loi HPST : les évolutions de la politique de santé. *Les Tribunes de la santé*, HS 1(5):37–51.
- TAIN, L. (2015). Techniques de reproduction et “révolutions contraceptives” : mises en scène de genre. In CAPDEVILA, L., BROUQUET, S., COCAUD, M., GODINEAU, D., ROUQUET, F. et SAINCLIVIER, J., éditeurs : *Le genre face aux mutations : masculin et féminin, du Moyen Âge à nos jours*, pages 383–393. Presses universitaires de Rennes, Rennes, France.
- TAKESHITA, C. (2010). The IUD in Me : On Embodying Feminist Technoscience Studies. *Science as Culture*, 19(1):37–60.
- TAKESHITA, C. (2012). *The Global Biopolitics of the IUD. How Science Constructs Contraceptive Users and Women's Bodies*. The MIT Press, Etats-Unis.
- THAURONT, A. (1983). Femmes médecins : démographie, activité et prescriptions en médecine libérale. Rapport technique 1119, CREDOC, Paris, France.
- THÉBAUD, F. (1986). *Quand nos grand-mères donnaient la vie : la maternité en France dans l'entre-deux guerres*. Presses universitaires de Lyon, Lyon, France.
- THOMÉ, C. (2016). D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes : Entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin. *Sociétés contemporaines*, 104(4):67–94.
- 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, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), Paris.
- THOMÉ, C. et ROUZAUD-CORNABAS, M. (2018). Comment ne pas faire d'enfants ? La contraception, un travail féminin invisibilisé. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, (48-2):117–137.
- TILLY, C. (1986). *The Contentious French*. Havard University Press, Cambridge, Etats-Unis.
- TONE, A. (2001). *Devices and desires : a history of contraceptives in America*. Hill and Wang, New York, Etats-Unis.
- TOULEMON, L. et LERIDON, H. (1991). Vingt années de contraception en France : 1968-1988. *Population*, 46(4):777–811.

- TRUSSELL, J. (2004). Contraceptive failure in the United States. *Contraception*, 70(2):89–96.
- TUFTE, E. R. (1983). *The Visual display of quantitative information*. Graphics Press, Cheshire, Connecticut, États-Unis.
- URFALINO, P. (2001). L'autorisation de mise sur le marché du médicament : une décision administrative à la fois sanitaire et économique. *Revue française des affaires sociales*, 4:85–90.
- VAN ZEE, A. (2009). The Promotion and Marketing of OxyContin : Commercial Triumph, Public Health Tragedy. *American Journal of Public Health*, 99(2):221–227.
- VENTOLA, C. (2014). Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. *Genre, sexualité & société*, (12).
- VENTOLA, C. (2016). Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre. *Cahiers du Genre*, (60):101–122.
- VENTOLA, C. (2017). *Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines*. Thèse de doctorat, Paris Saclay, France.
- VERGÈS, F. (2017). *Le ventre des femmes : Capitalisme, racialisation, féminisme*. Albin Michel, Paris, France.
- VIDAL, C. (2015). 5. Le cerveau a-t-il un sexe? In PEYRE, E. et WIELS, J., éditeurs : *Mon corps a-t-il un sexe ? Sur le genre, dialogues entre biologies et sciences sociales*, pages 89–104. La Découverte, Paris, France.
- WATKINS, E. S. (1998). *On the Pill. A Social History of Oral Contraceptives, 1950-1970*. The John Hopkins University Press, Baltimore, États-Unis.
- WATKINS, E. S. (2010). From breakthrough to bust : the brief life of Norplant, the contraceptive implant. *Journal of Women's History*, 22(3):88–111.
- WATKINS, E. S. (2012). How the Pill Became a Lifestyle Drug. The Pharmaceutical Industry and Birth Control in the United States Since 1960. *American Journal of Public Health*, 102(8):1462–1472.
- WEISZ, G. (2006). *Divide and conquer : a comparative history of medical specialization*. Oxford University Press, Oxford, Royaume-Uni.
- WHYTE, S. R., GEEST, S. V. d. et HARDON, A. (2002). *Social Lives of Medicines*. Cambridge University Press, Cambridge, Royaume-Uni.
- YACOUB, N. et LAPERCHE, B. (2010). Stratégies des grandes firmes pharmaceutiques face aux médicaments génériques : Accumulation vs valorisation du capital-savoir. *Innovations*, 32(2):81–107.
- ZANCARINI-FOURNEL, M. (2003). Histoire(s) du MLAC (1973-1975). *Clio. Femmes*,

À l'ombre des jeunes filles en fleurs : métaphores de la féminité dans les publicités
pharmaceutiques

Genre, Histoire, (18):241–252.

Index

- Élia, David, 101, 145, 401
- Aubeny, Élisabeth, 130, 149, 183, 184, 194, 201, 202, 257, 384, 470
- Balint, Michael, 124
- Baulieu, Étienne-Émile, 129, 131, 144
- Beral, Valerie, 394
- Borten, Irène, 143, 150, 193, 205, 225, 340, 408
- Brunerie, Joëlle, 68, 123, 136, 150, 192, 194, 200, 223, 244, 254, 380–382, 385, 471
- Chang, M. C., 7
- Chatain, Dominique, 401
- Cohen, Jean, 137, 138, 142, 144, 150, 155, 159, 247, 361, 400
- Dalsace, Jean, 122, 130, 150, 154, 161
- Danielle Hassoun, 175
- Dourlen-Rollier, Anne-Marie, 123
- Duranteau, Lise, 199, 200, 244
- Escoffier-Lambiotte, Claudine, 89, 398
- Geller, Sacha, 101, 401, 408
- Gompel, Anne, 145, 169, 171, 188, 192, 200
- Halimi, Gisèle, 430, 435
- Hassoun, Danielle, 106, 148, 150, 168, 169, 199, 200, 241, 242, 252, 345, 385, 386
- Iff, Simone, 124, 133
- Jamin, Christian, 145, 148, 150, 186, 196, 241, 341–344, 346, 350, 366, 367, 403, 404, 470
- Képès, Suzanne, 124, 142, 155, 174
- Kahn-Nathan, Jacqueline, 67, 69, 101, 116, 126, 128, 130, 134, 140, 149, 155, 159, 166, 169, 181, 193, 194, 224, 340, 401
- Kuttenn, Frédérique, 145
- Lagroua Weill-Hallé, Marie-Andrée, 9, 88, 122–124, 132, 155, 159, 181
- Lejeune, Jérôme, 400
- Marcellin, Raymond, 128, 397
- Mauvais-Jarvis, Pierre, 145, 174, 401
- McCormick, Katharine, 3, 7, 35
- Michel-Wolfromm, Hélène, 143, 174
- Milliez, Paul, 379, 380
- Mitterrand, François, 76
- Netter, Albert, 67, 116, 128–131, 145, 150, 154, 174, 399
- Neuwirth, Lucien, 1, 104, 131

Palmer, Raoul, 122, 126, 130, 150,
154, 161, 253

Paul VI, 379

Pie XII, 379

Pincus, Gregory, 3, 6, 68, 129, 379,
389, 393

Rice-Wray, Edris, 7

Rock, John, 3, 7, 379, 389

Roudy, 76

Roudy, Yvette, 247, 402, 438

Rozenbaum, Henri, 68, 101, 130, 137,
140, 144, 148, 150, 155, 159,
167, 169, 183, 184, 225, 348,
349, 364, 400, 401

Salat-Baroux, Jacques, 101, 400, 401

Sanger, Margaret, 3, 6, 8, 35, 178

Sauvy, Alfred, 377

Seaman, Barbara, 95, 402

Serfaty, David, 130, 145

Simon, Pierre, 8, 15, 69, 101, 105,
115, 132, 134, 140, 148, 155,
159, 378–380, 395, 397, 401

Stopes, Marie, 178

Sullerot, Évelyne, 91, 123

Sureau, Claude, 401

Thorez, Maurice, 377

Vermeersch, Jeannette, 377

Wright, Helena, 178, 180

Table des matières

Remerciements	v
Liste des figures	xii
Liste des tableaux	xiii
Liste des encadrés	xv
Avant-propos	xvii
Introduction	1
L’histoire d’une révolution?	1
Contexte de l’émergence d’une nouvelle technologie mondiale	5
Genèse de la norme contraceptive française	11
Précisions sémantiques	12
Inscriptions disciplinaires	16
Problématique et objectifs	18
Plan de la thèse	19
I La production d’une évidence : interroger la centralité de la pilule contraceptive en France	21
1 Étudier la mise en place d’une norme : cadre théorique et métho- dologie de la thèse	25
1.1 Étudier la production d’une évidence	28
1.1.1 Qui façonne les normes?	28
1.1.2 Envisager une pluralité de logiques et leurs interactions	36
1.1.3 Des normes à leur naturalisation : la production d’une évidence	41
1.2 La norme contraceptive française comme norme médicale	43

1.2.1	Le rôle des expert·e·s médicaux·ales dans le façonnement des normes contraceptives	45
1.2.2	Le poids normatif des médecins	46
1.2.3	D'une norme médicale à la production d'une évidence : le pilulocentrisme	48
1.3	Des sources <i>ad hoc</i> pour un objet multidimensionnel : réflexions méthodologiques	51
1.3.1	Le choix des matériaux et leur analyse : à la poursuite des acteurs·trices	51
1.3.2	Les illusions perdues : difficultés et limites méthodologiques	61
2	La centralité de la pilule contraceptive en France : questionner l'évidence	63
2.1	Une centralité dans les pratiques. Retour historique sur la diffusion de la pilule contraceptive en France	65
2.1.1	Les pratiques contraceptives avant le vote de la loi Neuwirth : une utilisation en marge de la loi	66
2.1.2	Évolution du cadre légal et campagnes en faveur de la contraception : des politiques publiques à l'appui de la diffusion des contraceptifs médicaux	70
2.1.3	De l'enquête de 1971 aux enquêtes Fecond 2010-2013 : une centralité progressive de la pilule dans les pratiques.	78
2.2	Le pilulocentrisme dans les médias, une évidence qui résiste aux controverses.	86
2.2.1	L'arrivée de la pilule en France (1960-1970) : les débats de la loi Neuwirth sur fond de polémique scientifique	86
2.2.2	L'incontestable pilule (1970-2000) : quand le débat sur l'avortement cristallise l'évidence de la pilule	96
2.2.3	La pilule, une évidence médiatique ?	102
2.3	« On ne se posait pas de questions » : La pilule, une évidence prescriptive.	104
2.3.1	La centralité de la pilule pour les prescripteurs·trices...	105
2.3.2	...Qui conditionne un inégal accès au choix contraceptif	107
II	Prescrire la pilule : la construction d'une évidence médicale	111
3	La professionnalisation de l'expertise contraceptive	115

3.1	D'une expertise militante à sa professionnalisation	122
3.1.1	L'avant-garde. Qui sont les expert·e·s en 1960?	122
3.1.2	1960-1970 : des expert·e·s militant·e·s qui promeuvent une diversité de méthodes	125
3.1.3	1970-1980 : les débuts d'une professionnalisation de l'expert- tise en contraception	139
3.1.4	1980-2000 : consécration hospitalière de l'expertise, déclin de l'intérêt scientifique pour la contraception, et reconversions professionnelles	143
3.2	Le champ des expert·e·s	147
3.2.1	Penser le champ des expert·e·s	147
3.2.2	Un champ genré	152
3.3	Une légitimité croissante au détriment de la diversité	157
4	Gynécologues médicales et (bio)médicalisation de la contrac- tion en France	173
4.1	Le « rattrapage » de la France en matière de contraception « grâce » aux gynécologues médicales·aux?	178
4.1.1	Le Planning familial, ou l'importation d'un modèle d'inspi- ration anglo-saxonne en France	178
4.1.2	Le rôle des gynécologues médicales·aux du MFPPF dans la diffusion de la contraception en France	181
4.1.3	La gynécologie médicale, une spécificité <i>française</i> qui aurait permis ce rattrapage?	185
4.2	(Il)légitimité de la spécialité et légitimation du combat pour la contraception	191
4.2.1	La gynécologie médicale de ville, entre légitimité sociale et relative illégitimité médicale	192
4.2.2	Stratégies de distinction professionnelle et contestations . .	197
4.3	La gynécologie médicale, à l'ombre des jeunes filles en fleurs : (bio)médicalisation du corps des femmes et naturalisation de la contraception	203
4.3.1	Une spécialité orientée vers la (bio)médicalisation du corps des femmes	204
4.3.2	Une spécialité par les femmes, pour les femmes? Comment la gynécologie participe à la naturalisation de la responsabilité contraceptive	208

5	Formation en contraception et pilulocentrisme de la prescription : la norme contraceptive comme norme médicale	217
5.1	Comment sont formé·e·s les prescripteurs·trices ? L'évolution de la formation et de l'information contraceptives en France (1960-2010)	223
5.1.1	Des conférences en sous-sol aux formations à l'hôpital : la progressive institutionnalisation de la formation en contraception	223
5.1.2	Une formation initiale lacunaire et pilulocentrique	226
5.1.3	La formation continue est-elle adaptée aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles ?	237
5.2	Des logiques de prescription centrées sur la pilule	248
5.2.1	La hiérarchisation des méthodes recommandées en consultation	250
5.2.2	(Absence de) formation et prescription contraceptive . . .	258
5.2.3	Des logiques de prescription discriminantes	268

III Une norme co-produite : industries et expert·e·s dans le façonnement de l'offre contraceptive 275

6	Marketing scientifique et restriction de l'offre contraceptive : perspective historique sur le marché contraceptif	279
6.1	Le marché contraceptif français : généralités et principales évolutions	285
6.1.1	D'un marché émergent à un marché saturé et très concurrentiel	290
6.1.2	Des mises sur le marché de plus en plus centrées sur les pilules	291
6.1.3	Un changement de rhétorique, perceptible dans l'évolution du matériau analysé	291
6.2	La construction d'un marché contraceptif mû par le progrès scientifique (1960-74)	293
6.2.1	L'arrivée de nouveaux produits sur le marché	293
6.2.2	Une diversité de produits promus	297
6.2.3	Un marketing scientifique informatif, rassurant sur l'innocuité et la fiabilité des contraceptifs oraux	298
6.3	L'expansion du marché contraceptif, « faire du différent avec le similaire » (1975-milieu des années 1980)	304
6.3.1	Des produits « nouveaux » relativement similaires	304
6.3.2	(R)évolutions dans le champ du marketing scientifique . .	309
6.3.3	Un marché davantage concurrentiel ? La mise en place d'un oligopole	319

6.4	Des pilules-miracle? Triomphe des nouveaux œstro-progestatifs (milieu des années 1980-2000)	321
6.4.1	De l'intérêt croissant de vendre des pilules	321
6.4.2	De nouveaux produits qui « chassent » en partie les autres?	326
6.4.3	Un marketing centré sur les pilules	329
7	L'expertise informée par l'industrie	337
7.1	Industries pharmaceutiques et expert·e·s : une homologie dans la vision de la contraception?	339
7.1.1	Des échanges de bons procédés entre industries et expert·e·s	339
7.1.2	Proximité du discours de certains expert·e·s avec les enjeux et discours de l'industrie	342
7.2	La co-construction de l'efficacité des contraceptifs oraux	350
7.2.1	S'accorder sur un indicateur d'efficacité : l'indice de Pearl comme parangon de l'efficacité contraceptive	351
7.2.2	Efficacité théorique et efficacité pratique	353
7.3	La co-construction des catégories d'usagères idéales : un façonnement de la demande « dans l'intérêt des femmes »?	358
7.3.1	Universalité des contraceptifs oraux et construction de catégories d'usagères idéales	358
7.3.2	Au bonheur des dames : des pilules dans l'intérêt des femmes	364
IV	Une norme peu contestée	371
8	Les tentatives avortées de contestation des contraceptifs oraux et de la norme contraceptive française	375
8.1	Résistances morales et politiques à la contraception médicalisée : la pilule comme repoussoir social	377
8.1.1	Contestation religieuse ou résistance conservatrice et patriarcale?	378
8.1.2	La pilule, une menace pour les rapports de genre?	381
8.1.3	Résistances morales dans le champ médical	383
8.2	Résistances scientifiques et polémiques sur les effets secondaires	387
8.2.1	Des premières mises en cause médicales à la mise en évidence des risques et contre-indications	389
8.2.2	Des effets secondaires inégalement étudiés	406
8.3	Les utilisatrices, entre difficultés de prise de parole, défection invisibilisée et loyauté encouragée	420

8.3.1	Les difficultés du « <i>voice</i> »	420
8.3.2	Un « <i>exit</i> » sous-estimé	423
8.3.3	La construction d'une « <i>loyalty</i> »	425
9	De la contraception comme droit à la pilule comme « choix » : des mouvements féministes peu critiques de la médicalisation de la contraception	429
9.1	La contraception dans les mouvements féministes : un sujet qui ne pose pas question ?	435
9.1.1	Des mouvements féministes centrés sur la question de l'avor- tement, malgré la revendication d'une contraception « libre et gratuite »	435
9.1.2	La pilule comme symbole des luttes féministes	439
9.2	Des contraceptifs oraux peu critiqués, malgré des positionnements théoriques favorables à leur mise en cause	445
9.2.1	La critique d'une médecine bourgeoise et capitaliste rarement mise en lien avec les contraceptifs oraux	445
9.2.2	Les mouvements de self-help : quelle critique des contraceptifs oraux ?	450
9.2.3	Tensions théoriques dans l'adhésion à la pilule	462
9.3	La mémoire féministe et la question du « choix contraceptif » : un conflit générationnel ?	469
	Conclusion	477
	Principaux résultats	477
	Apports de la thèse	481
	Limites de l'analyse et pistes de recherche	485
	Annexes	491
	A Liste des sources	491
	B Liste des entretiens, guide d'entretien et lettre de contact	499
	B.1 Liste des entretiens	499
	B.2 Grille d'entretien	499
	B.3 Exemple de lettre de contact avec une enquêtée	502
	C Lois, décrets et arrêtés administratifs relatifs à la régulation des naissances (1920-2002)	505

D Produits et dispositifs contraceptifs circulant en France (années 1950-2004)	509
E Enquête Stérilet 1977	511
F Evolutions du marketing contraceptif de Schering	515
G Lettre ouverte de militantes du MLAC aux médecins, à propos de la prescription contraceptive	517
H À l'ombre des jeunes filles en fleurs : métaphores de la féminité dans les publicités pharmaceutiques	521
H.1 Nudité	522
H.2 Fleurs	524
Bibliographie	550
Index des noms cités	550
Table des matières	559

« Par amour des femmes » ? La pilule contraceptive en France, genèse d'une évidence sociale et médicale (1960-2000)

Résumé : La pilule contraceptive est aujourd'hui centrale dans les pratiques comme dans les représentations en France, au point que son recours élevé et que le moindre usage des autres méthodes fassent figure d'évidence. La thèse retrace la genèse de cette évidence, en montrant de quelle manière le recours à la pilule comme méthode principale de contraception est devenu, entre 1960 et 2000, une norme sociale et médicale. Elle s'appuie pour cela sur un large corpus d'archives, sur des entretiens avec des expert-e-s en contraception, et sur les données d'enquêtes nationales sur les pratiques contraceptives et prescriptives.

Cette recherche montre que la norme contraceptive française – faisant de la pilule la méthode principale d'espacement des naissances, et du dispositif intra-utérin la principale contraception d'arrêt, lorsque les femmes ne souhaitent plus avoir d'enfant – se généralise au cours des années 1980. En parallèle de cette évolution dans les pratiques, la pilule devient centrale dans les représentations médicales et médiatiques à la fin des années 1960, jusqu'à se confondre avec la contraception dans son ensemble. Ce « pilulocentrisme » médical et médiatique s'accompagne de l'éviction des autres méthodes contraceptives. Ce travail de thèse a permis d'éclairer le rôle des expert-e-s en contraception dans la définition et la diffusion de cette norme. D'une vision de la contraception comme une panoplie de méthodes, ces expert-e-s évoluent progressivement vers l'idée que la pilule est la seule méthode efficace et sans risque, dans les limites de ses contre-indications. Les industries pharmaceutiques ont également un rôle déterminant dans la définition des catégories mobilisées par les expert-e-s, et dans la focalisation progressive de l'offre contraceptive sur les contraceptifs oraux. Si des tentatives de contestation de la norme contraceptive ont émergé, notamment dans le champ médical, à la fin des années 1960 et au début des années 1980, elles n'ont finalement eu que peu d'impact. Les militantes féministes des années 1970 se sont révélées être des alliées plutôt que des opposantes à cette norme, et ont érigé la pilule comme symbole des luttes pour les droits reproductifs.

Mots-clés : pilule contraceptive, norme contraceptive, pilulocentrisme, évidence, expert-e-s, médecins, industries pharmaceutiques, contestation, mouvements féministes

« For the Love of Women » ? The Contraceptive Pill in France : Birth of a social and medical norm (1960-2000)

Abstract : The pill, in France, is so central to current contraceptive practices and social representations that its vast prescription, and the minority use of other methods, goes almost without question. This PhD thesis studies the genesis of such widespread acceptance, by looking at how the use of the pill as main contraceptive became, between 1960 and 2000, a social and medical norm. My analysis relies on a considerable body of archives, on interviews with contraception experts, and on quantitative data about national contraceptive and prescriptive practices.

This research shows that the norm in French contraceptive practice, which considers the pill as the go-to recourse to pace pregnancies, and intra-uterine devices as final contraception for women who no longer want children, was generalized in the 1980s. As practices converged towards that norm, the pill benefited from the central role it occupied in medical and media representations since the end of the 1960s, to the point of standing in for contraception as a whole. Such "pill-centrism" in the media and medical fields led to the occultation of other methods. This work sheds light on the role of contraception experts in defining and expanding the aforementioned norm. There was a gradual shift from conceiving contraception as a plurality of methods, to considering the pill as the only efficient and risk-free way to prevent pregnancies – within the limits of adequate prescription. Furthermore, the involvement of pharmaceutical industries was paramount in shaping the experts' medical categories and in focalizing the market on oral contraceptives. Although the end of the 1960s and the beginning of the 1980s saw a number of attempts, most notably in the medical sector, to challenge the norm, those hardly impacted contraceptive practices and representations. French feminist activists in the 1970s rallied to the norm rather than challenge it, and made the pill a symbol of the battle for extended reproductive rights.

Keywords : contraceptive pill, contraceptive norm, pill-centrism, unquestioned, contraception experts, prescribers, pharmaceutical industries, feminist movements
