

# LA CONTRACEPTION EN BELGIQUE FRANCOPHONE

juin  
2023

Revue de littérature

Clémence Devaux

**●** **OBSERVATOIRE**  
**DU SIDA ET**  
**DES SEXUALITÉS**

Sur base du dossier bibliographique « La contraception en Belgique francophone » publié en avril 2022, nous proposons ici une revue de la littérature sur le sujet.

Pour citer ce document :

Clémence Devaux, *La contraception en Belgique francophone : revue de la littérature*, Observatoire du sida et de sexualités, février 2023.

## **CENTRE DE DOCUMENTATION DE L'OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITES**

L'Observatoire du sida et des sexualités possède un fonds documentaire concernant la prévention du VIH/sida et des IST en Wallonie et à Bruxelles et plus largement, les questions de santé, de sexualité, de genre, race et de migrations. Cette documentation est mise à disposition à travers un espace de consultation, situé dans les locaux de l'ULB.

### **Accessible au public sur rendez-vous**

Université libre de Bruxelles  
Av. F. D. Roosevelt, 50, 1050 Bruxelles  
Bât. D, 9ème étage · Bureau DC9 206  
[observatoire-sidasexualites@ulb.be](mailto:observatoire-sidasexualites@ulb.be)

# SOMMAIRE

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>UNE SOCIOLOGIE DE LA DEMANDE CONTRACEPTIVE : LE POINT DE VUE DES USAGER.ES .....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>UNE SOCIOLOGIE DES INSTITUTIONS : UN CONTEXTE NATIONAL SPECIFIQUE.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1</b>	<b>LE CAS DE LA BELGIQUE .....</b>	<b>17</b>
3.1.1	UNE SOCIOLOGIE DE LA DEMANDE CONTRACEPTIVE .....	17
3.1.2	UNE SOCIOLOGIE DE L'OFFRE CONTRACEPTIVE .....	20
3.1.3	UNE SOCIOLOGIE DES INSTITUTIONS .....	21
<b>4</b>	<b>CONCLUSIONS.....</b>	<b>23</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>25</b>

# 1 INTRODUCTION

Dès leur développement, les hormones contraceptives furent le reflet d'un déséquilibre politique dans la production du genre : la médicalisation de la contraception est marquée par une féminisation du contrôle de la fécondité ; la contraception relève exclusivement de la responsabilité féminine (Le Guen et al., 2017). De plus, le développement des hormones contraceptives est indissociable de logiques coloniales et disciplinaires et ne peut être compris indépendamment des politiques de contrôle des naissances. Il s'inscrit, en effet, dans un contexte historique particulier : celui d'une politique nataliste post-45 dans les pays du Nord, en opposition à une politique dé-nataliste dans les pays du Sud, justifié entre autres par les thèses (néo-)malthusiennes et eugénistes, ainsi que par le leitmotiv du sous-développement (Paris, 2021 ; Vergès, 2017). Partant de ce constat, on peut dire que, dans ses fondements, la contraception hormonale fonctionne comme un agent du discours hétéropatriarcal et colonial : elle est à la fois un instrument de contrôle de la reproduction, une technique eugéniste de production de la race, et un outil de production et de contrôle du genre. En Occident, les hormones féminines se sont progressivement insérées dans les espaces domestiques jusqu'à ce qu'elles deviennent promesses de liberté et de libération sexuelle. Si elles sont, dans un premier temps, ingérées délibérément par les femmes hétérosexuelles, les hormones contraceptives vont progressivement faire l'objet d'une problématisation publique. Elles vont notamment être tenues responsables de complications cardio-vasculaires. Ainsi, en 2012, une controverse sur les risques accrus de thrombose veineuse associés aux pilules œstroprogestatives de troisième génération éclate en France. La littérature montre que ce débat médiatique a contribué à l'expression d'une critique à l'égard de la pilule, et plus largement à l'égard des hormones contraceptives de la part des utilisatrices elles-mêmes (Rouzaud-Cornabas, 2019).

L'enquête de l'équipe Fecond (2014) affirme que « les événements médiatiques et politiques de 2012-2013 semblent donc avoir eu un effet marqué sur le paysage contraceptif [des françaises] ». La littérature nous apprend que ce débat a entraîné une diminution du recours à la contraception orale, passant de 50 % en 2010 à 41 % en 2013, au profit du DIU, du préservatif ainsi que des méthodes dites naturelles de contraception (Fecond, 2014 ; Baromètre santé-contraception, 2016 ; Mannigart, 2016). Les sciences sociales se sont alors progressivement saisies de l'objet « contraception » au prisme de cette remise en question progressive.

Comme nous allons à présent le voir, la contraception est un objet largement étudié par les sciences sociales, en raison des bouleversements sociaux qu'elle a occasionnés, et de son articulation singulière avec le biologique. Nous essayerons de comprendre *comment, et à travers quelles approches les sciences sociales se sont emparées de l'objet « contraception » ?* Egalement, *en quoi les usages de la contraception sont-ils le reflet d'importantes évolutions sociohistoriques ?*

Différentes approches théoriques ont été adoptées par les sciences sociales afin de traiter la question de la contraception. Une récente revue de la littérature de la sociologie de la contraception en France (Roux, 2021) en dégage quatre grandes tendances que nous allons ici développer : (I) *une sociologie de la demande*, qui prend le point de vue des usager.es, leurs demandes et représentations particulières en fonction de leur style de vie ; (II) *une sociologie de l'offre*, qui prend le point de vue des prescripteur·trices, leurs représentations vectrices d'inégalités de genre, de race, de classe et d'âge ; (III) *une sociologie des institutions*, qui s'intéresse au contexte normatif et législatif national et supranational façonnant l'offre et la demande contraceptive. Finalement, nous mobiliserons ce cadre théorique afin d'examiner le cas particulier de la Belgique et la littérature produite dans ce contexte national (IV).

## 2 UNE SOCIOLOGIE DE LA DEMANDE CONTRACEPTIVE : LE POINT DE VUE DES USAGER.ES

La première approche qui a été adoptée par les sciences sociales pour étudier la contraception est héritière des disciplines démographiques et épidémiologiques, se centrant sur les déterminants individuels des usages contraceptifs. Il s'agit d'études sur la contraception qui prennent le point de vue des femmes (et dans une moindre mesure des hommes), leurs styles de vie ainsi que tout autre déterminant pouvant influencer leurs demandes contraceptives particulières. Il s'agit d'interroger les usager.es afin de comprendre quelles sont les logiques sociales qui sous-tendent leurs discours et déterminent leurs pratiques contraceptives.

La première perspective adoptée par les sciences sociales est une approche démographique de la contraception. En effet, le développement de la contraception ne peut être compris qu'à travers la compréhension des politiques de contrôle des naissances. Sa légalisation dans les pays du Nord génère des transformations sociologiques non négligeables, mises en avant par des indicateurs démographiques (*fécondité* : nombres d'enfants au total, par âge ; *nuptialité* : légitimes/illégitimes ; *emplois des femmes*). En France par exemple, plusieurs enquêtes démographiques de grandes échelles prennent la mesure de ces changements, et retracent l'évolution des pratiques contraceptives en prenant le point de vue des usager.es à partir d'entretiens semi-directifs complétés par des données quantitatives (Leridon, 1987 ; Toulemon et al., 1991 ; Leridon et al., 2002 ; Bajos et al., 2012 ; Bajos et al., 2014).

L'étude des sexualités a été bouleversée dans les années 1990 par l'épidémie du VIH/Sida. Dans la pratique, l'épidémie va aussi changer les représentations des usager.es en matière de contraception. Depuis les années 1970, l'utilisation croissante de contraceptifs médicaux s'était accompagnée d'une sexualité libérée des angoisses de grossesses non prévues. Avec l'irruption de l'épidémie du sida, les biographies sexuelles des individus sont marquées par les notions de « risque » et de « prévention ». Cette présence du risque a modifié les conditions de recours à certaines techniques, tel que le préservatif (Beltzer et Bajos, 2008). Ainsi, la littérature montre que le choix des méthodes contraceptives s'effectue en conciliant protection et contraception (Amsellem-Mainguy, 2011).

Il faut attendre les années 2000 pour que les recherches en sciences sociales soulignent le caractère contraignant de la contraception pour les femmes, ainsi que les normes sociales qui

régissent leur utilisation. Bajos et Ferrand (2004), en prenant le point de vue des usagères ont permis de rendre compte d'une norme contraceptive française qui hiérarchise les méthodes, que l'on retrouve également dans le contexte belge (voir *infra* : le cas de la Belgique) : « 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: c'est la « norme contraceptive » française ». Ce modèle contraceptif se structure autour de deux axes : l'âge des usagères et leur nombre (ou absence) d'enfants. La mise en relief de cette norme contribue à dissoudre l'idée de la sacro-sainte pilule, qui serait un « levier de la domination masculine » (Héritier, 2002) tel que soutenu par les sciences sociales depuis les années 70. La mise en évidence de cette norme est l'aboutissement de toute une réflexion à propos du contrôle social auquel les femmes sont sujettes en matière de reproduction et de sexualité (Thomé et al., 2017). Nous verrons à travers l'examen d'autres approches en sociologie de la contraception comment cette « norme contraceptive » est instituée et reproduite.

Ces études ont également permis d'interroger la notion d'*efficacité contraceptive* (Roux, 2021), dégageant progressivement une différence entre efficacité théorique et efficacité pratique (OMS, 2017). En effet, certaines recherches françaises prenant le point de vue des usagères, et soulignant le décalage entre le style de vie de ces dernières et l'adéquation de la méthode contraceptive, ont montré que 65% des avortements étaient réalisés sur des femmes utilisant un moyen de contraception, et qu'un tiers des IVG étaient réalisées sur des femmes prenant la pilule (Bajos et al., 2003). Ces « échecs contraceptifs » sont alors considérés par le corps médical comme étant liés à une difficulté d'observance de la part des femmes, ces dernières étant par conséquent tenues responsables de leurs grossesses non désirées. Cette notion « d'échec contraceptif » a été récemment interrogée par les sciences sociales. En effet, certain.es auteur·rices ont souligné le fait que l'efficacité contraceptive était aujourd'hui la marque d'un consensus épistémologique scientifique : les professionnel·les de la santé prescrivent et promeuvent des méthodes contraceptives en fonction de leur efficacité contraceptive, indiquée par le taux de grossesses non désirées, afin de promouvoir un seul et unique modèle contraceptif – celui de l'efficacité et de la sécurité (Higgins et al., 2020). Cela revient à promouvoir des méthodes de contraception considérées comme efficaces, sans prendre en considération les désirs des femmes. Ce corpus de recherches met en cause l'efficacité contraceptive comme un indicateur pertinent car il revient à considérer l'avortement comme un échec du système de santé. Les thèses de Potter and al. (2019) nous invite alors à remettre en

question le modèle de l'efficacité contraceptive comme indicateur principal justifiant la prescription d'une méthode contraceptive, et à prendre en considération d'autres facteurs afin de promouvoir l'autonomie reproductive des femmes.

Dès les années 2010, les résultats de l'enquête Fecond (Bajos et al., 2012) indiquent que la pilule, longtemps associée à la libération sexuelle, perd en popularité auprès de ses jeunes usagères (20-24ans : - 4,6 points en France entre 2000 et 2010). Ce recul s'observe au profit d'autres méthodes contraceptives, en raison de l'élargissement du paysage contraceptif et en raison de la crise économique et de l'accès difficile à une contraception onéreuse. Cette désaffectation progressive est cristallisée en 2012 par un évènement médiatique nommé « la crise de la pilule » : Marion Larat, une jeune femme de 18 ans attaque le géant Bayer ainsi que l'Agence nationale de sécurité du médicament en justice, car elle est victime d'un AVC présumé consécutif à la consommation d'une pilule œstroprogestative de 3e génération. Cet évènement, largement relayé par les médias (il fait notamment la une du journal français *le Monde*) invite les chercheurs et chercheuses à se demander si l'affaire médiatique a réellement modifié les pratiques contraceptives des usager.es. En France, les résultats indiquent un changement du paysage contraceptif avec un recul inédit de la pilule passant de 50% à 41% entre 2010 et 2013 (Bajos et al., 2014). Ce report de la pilule vers d'autres méthodes contraceptives est marqué par des disparités concernant le profil des usager.es. On observe une augmentation du DIU en cuivre chez les femmes diplômées ayant entre 20 et 29 ans, tandis que les groupes de femmes plus défavorisées se tournent vers le préservatif. Le « choix » du préservatif pourrait traduire une difficulté d'accès au système de soin, en même temps qu'il accentue les inégalités entre les femmes puisque le préservatif engendre une négociation plus compliquée avec le partenaire (Thomé, 2019).

L'enquête de l'équipe Fecond (Bajos et al., 2012) impute le recul de la pilule à des raisons économiques : « les catégories sociales les plus précaires ont de fait une couverture contraceptive moins efficace aujourd'hui en raison d'un moindre recours à la pilule et une plus grande utilisation de méthodes dites naturelles de contraception ». D'autres études convoquent d'autres raisons. Ainsi, Koechlin (2019) met en avant des nouvelles préoccupations écologiques et écoféministes comme raisons du rejet de la contraception hormonale, conduisant certaines femmes à adopter des méthodes dites naturelles de contraception, telles que les méthodes d'observation du cycle naturel ou les méthodes barrières. Rouzaud-Cornabas (2019) montre par ailleurs que les usagères d'hormones contraceptives font preuve d'une méfiance de plus en plus accrue du médicament, et invoque une tolérance de moins en moins grande aux effets secondaires. Roux (2020) et Fonquerne (2021) parlent plutôt d'un changement de génération



qui s'opposerait à une norme instituée, ou du moins la questionnerait. Quoiqu'il en soit, ces différentes études font apparaître que le modèle contraceptif a quelque peu changé. Même si la pilule demeure le premier moyen de contraception en France et en Belgique (Bajos et al., 2014 ; Solidaris, 2017), la diversité des pratiques contraceptives est discutée.

Ce débat a toutefois éclairé la question du choix contraceptif sous un angle nouveau : celui des représentations médiatiques et culturelles. La question est alors de savoir si ce débat a eu des effets sur les représentations des usager.es, bien que les pratiques contraceptives restent relativement inchangées. Certaines recherches indiquent que le débat de 2012 semble avoir « terni l'image sociale et symbolique de la pilule » (Bajos et al., 2014). Ainsi, ce débat a amené les sciences sociales à s'emparer de cette question (le rejet de la pilule) et plus largement de celle du rejet de la contraception hormonale. Une littérature récente s'attèle à dégager les raisons de ce rejet, à échelle nationale et supranationale. Le Guen et ses collègues (2021), en procédant à une revue systématique de la littérature scientifique depuis 2010 (aussi bien médicale qu'en sciences sociales), tentent de dégager les raisons du rejet de la contraception hormonale en occident, en interrogeant aussi bien des hommes que des femmes. Cet état de l'art dégage huit arguments principaux en défaveur de la contraception hormonale : les problèmes liés aux effets secondaires physiques ; l'altération de la santé mentale ; l'impact négatif sur la sexualité ; les préoccupations concernant la fertilité future ; l'invocation de la nature ; les préoccupations concernant les menstruations ; les peurs et l'anxiété qui découlent de la prise d'hormones ; ainsi que la délégitimation des effets secondaires des contraceptifs hormonaux de la part des professionnel·les en santé sexuelle et reproductive. Les résultats indiquent que les femmes rejettent la contraception hormonale par une expérimentation directe des effets secondaires liés à cette dernière, et qu'en réaction, elles réclament une contraception moins « chimique » et plus « naturelle ». Cette revue de la littérature met aussi en évidence le fait que les enquêté.es se montrent déçu.es quant à l'information reçue concernant les effets secondaires de la part des professionnel·les de la santé reproductive.

Les études en sciences sociales sur la contraception prenant le point de vue des usager.es ont aussi permis de mettre en évidence la manière dont le choix contraceptif relève de divers registres de négociations inscrits dans le social. Thomé (2019) a par exemple interrogé la sexualité au prisme de la contraception et a montré comment cette dernière définissait de nouveaux scripts sexuels. La sociologue montre que chaque moyen contraceptif crée chez les usager.es une manière différente d'envisager la sexualité, ainsi que des effets en matière de désir, de plaisir et de pratiques sexuelles. Elle met en évidence le fait que les méthodes contraceptives sont en partie choisies pour répondre au script hétérosexuel « banal » : les

femmes doivent mettre en place - techniquement, financièrement, mentalement, émotionnellement – une contraception permettant à l’homme la spontanéité de ce même script : la pénétration vaginale par un pénis. La sociologue montre que le travail contraceptif des femmes est naturalisé et par conséquent invisibilisé (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017). Elle montre également, en prenant le cas du préservatif, que des techniques considérées comme masculines sont en réalité prises en charge par les femmes (Thomé, 2016).

Ce que Thomé (2016) met en évidence est la question de la féminisation de la contraception. Cette question de la responsabilité contraceptive a également été commentée par d’autres auteur.es. Le Guen (2021), en adoptant une perspective sociohistorique, a montré que cette féminisation de la contraception était une conséquence de sa médicalisation. Elle mentionne deux révolutions contraceptives majeures : la première, ayant eu lieu au XVIII<sup>e</sup> siècle en France et en Angleterre, impliquait le retrait et l’abstinence périodique chez les couples mariés, ce qui nécessitait une gestion conjugale de la contraception et une prise en charge pas l’homme dans les couples hétérosexuels. C’est donc bien lors de la modernisation et de la médicalisation de la contraception que la fécondité est devenue une préoccupation féminine, avec l’abandon de méthodes masculines moins efficaces. La médicalisation de la contraception a renforcé par ailleurs la bicatégorisation sexuelle, en naturalisant la fécondité comme une préoccupation essentiellement féminine. Cette féminisation de la contraception a été renforcée par l’idée selon laquelle l’homme serait irresponsable et focalisé sur sa sexualité tandis que la femme, focalisée sur sa fécondité, serait la seule responsable de cette dernière (Spencer, 1999). Kalampalikis et Buschini (2007) montrent comment ce stéréotype genré de « l’homme irresponsable » est un frein pour l’égalité des sexes puisque cela dédouane naturellement les hommes du travail contraceptif. Les sciences sociales renforcent également cette catégorisation binaire en sous-représentant les hommes des études sur la fécondité et en les surreprésentant dans les enquêtes sur la sexualité (Andro et Du Loû, 2009). Ces stéréotypes de genre ont pour effet d’évincer le plaisir sexuel des femmes des questions de santé reproductive (Higgins et al., 2007). De nombreuses études montrent également comment cette différenciation conduit à l’exclusion par les prescripteur·trices des méthodes dites masculines de contraception (Oudshoorn et al., 1999 ; Desjeux, 2009 ; Blanc, 2015 ; Ventola, 2016 ; Amouroux et al., 2018).

Ce constat concernant l’impact des représentations et des stéréotypes de genre dans le choix contraceptif a amené les sciences sociales à se focaliser sur un autre acteur avec qui les usagèr.es sont obligé.es d’entreprendre des négociations : les prescripteur·trices de contraceptifs.

## **I. Une sociologie de l'offre contraceptive : le point de vue des prescripteur·trices**

De la sociologie des usager.es, on passe à la sociologie des prescripteur·trices. Cette deuxième approche succède chronologiquement à la précédente. En effet, la mise en relief d'une norme contraceptive est l'aboutissement d'une réflexion à propos du contrôle social et médical auquel les femmes sont sujettes en matière de reproduction et de sexualité. Les sciences sociales se sont par conséquent emparées de cette question afin de comprendre comment cette norme, observée *via* l'analyse des pratiques contraceptives des usager.es, est instituée et reproduite via les prescriptions contraceptives. De la mise en relief d'une *norme contraceptive* se focalisant sur la responsabilité des usagères, on passe à la mise en relief d'une *norme prescriptive*, qui souligne le rôle des médecins dans la création de cette norme. Le point de vue adopté est de dire que c'est l'offre qui façonne la demande. Différentes études se positionnent en amont : la question n'est pas de savoir ce qui est effectivement prescrit, mais bien ce qui est recommandé, afin de comprendre quel est le rôle des médecins, indépendamment de la demande des usager.es. Deux approches sont à dégager : (1) les études qui portent sur la parole des prescripteur·trices uniquement, en dégagant les logiques sociales qui sous-tendent leurs recommandations et prescriptions ; (2) Les études qui portent sur l'interaction entre usager.es et prescripteur·trices, marquée par des rapports de pouvoir liés à la position sociale des deux acteur·rices (Roux et al., 2017).

Gelly (2006) a mis en évidence la particularité de l'objet qu'est la contraception au sein du monde médical. Il s'agit d'un objet technique qui n'est pas induit par une maladie. Il ne nécessite pas de diagnostic. La méthode la mieux adaptée doit par conséquent être définie en fonction des demandes particulières des usager.es (Bajos et Ferrand, 2002). Le prescripteur·trice devrait se retrouver dans une posture de conseil plutôt que de soin car son rôle est d'offrir une information de qualité plutôt qu'une recommandation *a priori*. En ce sens, l'OMS (2017) préconise aux prescripteur·trices d'informer sur l'ensemble des méthodes disponibles (Roux et al., 2017). Cependant, nous allons voir, les représentations des médecins concernant la contraception *et* leurs patientes influencent fortement leurs recommandations contraceptives.

Plusieurs éléments influencent les représentations des médecins en matière de contraception. Tout d'abord, leur formation joue un rôle non négligeable. Gelly (2006) a ainsi étudié la manière dont l'avortement et la contraception étaient traités dans les études médicales, en donnant la parole aux étudiant.es en médecine. Elle a ainsi mis en évidence le fait que la

légitimité de l'avortement, comme moyen de réguler les naissances, est toujours déniée. Or, c'est bien cela qui a fondé la norme contraceptive, érigeant la pilule au sommet de la hiérarchie des méthodes. La pilule serait donc prescrite indépendamment des demandes particulières de chaque femme et deviendrait une obligation puisque l'avortement est toujours perçu comme un échec de la contraception. Ce qui place les femmes y ayant recours dans une position de « déviante », malgré sa légalité et sa normalité. En effet, en France comme en Belgique, une femme sur deux a recours à l'avortement au cours de sa vie (Le Guen et al., 2017 ; Manigart, 2016).

En plus de l'influence de la formation médicale, les recommandations sont également influencées par les représentations qu'ont les médecins de leurs patientes, en matière de sexe, d'âge, de sexualité, de race, et de classe sociale.

Ventola (2014, 2016) a mis en évidence « le rôle de la prescription contraceptive dans la construction de catégories sexuées ». Elle observe que les médecins mobilisent une vision thérapeutique de la contraception, notamment *via* l'indice de Pearl, en la considérant comme devant faire baisser la fertilité. Cette vision thérapeutique repose sur une pathologisation de la fonction reproductive du corps des femmes, justifiant alors la mise sous tutelle médicale. Comme dit précédemment, elle montre que le processus de féminisation qui a accompagné la médicalisation de la contraception a évincé l'implication des hommes. En prenant le point de vue des médecins, elle montre que la contraception masculine n'est que très peu (voire pas du tout) évoquée par ces derniers dans le panel de méthodes proposées. En mobilisant la même approche, Fonquerne (2020) explique que la contraception hormonale, en plus d'une fonction contraceptive, a aussi pour fonction de « corriger » et « d'améliorer » le corps des femmes, *via* le contrôle des saignements, le traitement de l'acné, l'augmentation de la taille de la poitrine, etc. Il y a donc, en plus de la construction de catégories sexuées, une homogénéisation et une normalisation de la catégorie « femme » *via* la contraception hormonale, et principalement la pilule. Analyser la parole des médecins paraît donc une approche sociologique pertinente afin de comprendre le clivage de genre qui traverse l'objet qu'est la contraception.

Au sein des catégories sexuées, d'autres hiérarchisations sont produites par le suivi gynécologique. Ruault (2015), en prenant le point de vue des prescripteur·trices, montre que la pratique gynécologique contribue à *la fabrication* des patientes. Elle s'accorde avec Ventola pour montrer que le corps des femmes est sexualisé par le corps médical comme un corps utile à la reproduction. Cette fonction « supplémentaire » par rapport au corps des hommes, sujet

neutre de l'épistémologie médicale, déterminerait un « potentiel maladif supérieur ». C'est en effet précisément la pathologisation de la sphère reproductive qui contribue à justifier la médicalisation du corps des femmes. Ainsi, la sexualisation particulière du corps des femmes amène le corps médical à penser les étapes de vie des femmes en fonction d'une sexualité à fonction reproductive, pensée dans le cadre de l'hétérosexualité. La vie des femmes se voit ainsi systématisée autour du « prétendu âge de la procréation ». La sociologue montre comment ces catégories d'âge structurent les pratiques des prescripteur·trices, et comment ces derniers utilisent des stratégies à la fois coercitives et/ou dissuasives en fonction de l'âge des patientes. Les âges de la procréation dégagés par Ruault correspondent en fait à la norme contraceptive française dégagée par Bajos et Ferrand (2002): « *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* ». Les représentations des prescripteur·trices déterminent dès lors leurs pratiques et semblent exercer une influence déterminante dans la structuration des pratiques contraceptives et donc dans l'instauration la reproduction d'une norme contraceptive, structurée autour de l'âge des femmes, celui-ci étant pensé comme construisant le sexe des femmes.

Ruault montre comme les prescripteur·trices, en définissant le naturel à travers la norme contraceptive, produisent une certaine homogénéité parmi les groupes de femmes, structurés autour de l'âge. La sociologue met néanmoins en avant le fait que les normes reproductives doivent être comprises au sein d'autres rapports de pouvoir que l'âge et le sexe, afin de mieux comprendre quelles sont les populations considérées comme « à risque » par le corps médical. Dès lors, la question est de savoir quels sont les groupes de femmes considérés comme « irresponsables » concernant la contraception, ou bien encore comment la classe des femmes est divisée en deux catégories par le corps médical : celles dont on souhaite la reproduction, et celle dont on ne la souhaite pas. Les prescriptions contraceptives en fonction du profil sociologique des femmes découlent précisément de la création de cet antagonisme.

Fonquerne (2020) s'accorde avec Ruault pour dire que les médecins adaptent leurs recommandations contraceptives en fonction de critères non-médicaux, tel que la « compétence contraceptive » déterminée en fonction de « la capacité d'observance » (Ventola, 2014). Ainsi, au sein de la catégorie des femmes dont le corps médical ne « souhaite » pas la reproduction, Fonquerne dégage quatre catégories de femmes : « jeunes, précarisées, ayant eu recours à l'IVG et racisées ». Ces catégories étant établies « selon un continuum allant des patientes idéalisées

aux patientes ‘déviantes’ » (Roux et al., 2017). Fonquerne fait apparaître que les jeunes femmes se voient prescrire la pilule, en raison d’une sexualité représentée comme multipartenariale et un taux de fertilité élevé. La sexualité des jeunes patientes devient dès lors pathogène et nécessite un haut degré de médicalisation. Le DIU et la stérilisation sont refusés à ces jeunes femmes nullipares. En effet, leur sexualité étant représentée comme « à risque », à la fois des IST et des IVG, leur mise sous tutelle médicale est justifiée, et le DIU les éloignerait des cabinets médicaux pendant 5 ans. Les femmes précarisées, quant à elles, se voient plutôt prescrire des contraceptifs de long cours tel que l’implant. Cette recommandation est liée au fait qu’il s’agit d’une contraception considérée comme très efficace, et ce, indépendamment de la « capacité d’observance » des usagères. Roux et ses collègues (2017) mettent en évidence que l’implant est surtout prescrit aux « femmes étiquetées comme déviantes ». Enfin, les femmes racisées se voient racialisées et leur « capacité d’observance » est souvent remise en question (Fonquerne, 2020). Ainsi, alors que la stérilisation pour les femmes blanches nullipares relève de l’impensable, les femmes roms sont soumises depuis le début du XXe à des stérilisations contraintes (Kocze, 2011). Bretin (1992, 2004, 2016) met aussi en évidence le fait que la contraception hormonale injectable est une méthode qui est prescrite en France à des femmes algériennes et tsiganes. Ces stérilisations et contraceptions de long cours sont la marque de représentations particulières de la sexualité des femmes racisées. Ces dernières sont considérées comme faisant trop d’enfants, ce qui les rendrait responsables de leur précarité (Paris, 2021). Trop fatiguées, elles n’auraient par conséquent pas de capacité d’observance (Fonquerne, 2020).

Par conséquent, la catégorisation des patientes par le corps médical apparaît comme un outil à la fois discriminatoire et de contrôle social des femmes. Elle traduit une pathologisation basée sur une vision thérapeutique de la contraception plutôt que sur les demandes particulières des usagères et les recommandations officielles (OMS, 2017). La prérogative qu’est d’offrir un choix libre et éclairé aux femmes ne peut être appliquée. En effet, les femmes ne sont pas libres, car elles ne sont pas émancipées des contraintes sociales, ce qui ne leur donne pas un accès égalitaire au suivi gynécologique, et leur choix n’est par conséquent pas éclairé, car elles ne disposent pas des informations nécessaires. Les méthodes les plus utilisées ne sont donc peut-être pas les méthodes les plus choisies. Les pratiques des prescripteur·trices sont donc vectrices d’inégalités d’accès à l’information et la prescription est différente en fonction du profil sociologique des patientes. Le choix contraceptif offert paraît alors plus qualitatif en fonction de la hiérarchie sociale (Bajos et Ferrand, 2004 ; Bajos et al., 2012, 2014).

Enfin, bien que nous nous soyons focalisés sur le rôle des prescripteur·trices, la sociologie de l'offre contraceptive a aussi dégagé le rôle de l'industrie pharmaceutique dans l'orientation des recommandations contraceptives. Cette approche est plus rare, peut être en raison d'un accès moins aisé à des interlocuteur·rices, sachant que la sociologie de la contraception a érigé l'entretien semi-directif comme un outil d'enquête incontournable. Toutefois, ces quelques travaux mettent en avant l'influence de l'industrie pharmaceutique sur les pratiques médicales, à la fois à travers l'invention et la production de médicaments, mais aussi à travers leur promotion (Roux, 2021). En effet, l'industrie pharmaceutique exerce une influence non négligeable sur les prescriptions, via des stratégies de marketing scientifique (Gaudillière, 2015). Ainsi, on retrouve un lien étroit entre ce qui est produit par l'industrie, ce qui est promu par celle-ci, ce qui est effectivement prescrit par les professionnel·les et enfin, ce qui est consommé par les usager.es : ces différentes facettes allant dans le sens de la création d'un marché (Roux, 2021). Par exemple en France, la centralité de la pilule coïncide parfaitement avec les intérêts économiques de l'industrie pharmaceutique, et les recommandations des prescripteur·trices qui mettent en place cette fameuse norme contraceptive. L'industrie pharmaceutique, *via* le marketing scientifique, façonne donc les prescriptions, qui à leur tour, façonnent la demande.

### 3 UNE SOCIOLOGIE DES INSTITUTIONS : UN CONTEXTE NATIONAL SPÉCIFIQUE

En plus du rôle de l'industrie pharmaceutique et du rôle des prescripteur·trices dégagés par une sociologie de l'offre contraceptive, la sociologie s'est intéressée au rôle des institutions. Bien que cette approche semble plus rare, elle montre que des différences significatives en matière de pratiques contraceptives existent en fonction des contextes nationaux. Ainsi, le rôle des prescripteur·trices et de l'industrie pharmaceutique s'inscrit dans un système contraceptif qui se définit à l'échelle nationale et supranationale (Roux, 2021). C'est ce dont essaye de rendre compte cette sociologie de la contraception davantage focalisée sur les institutions.

Ventola (2017) montre par exemple que 15% des Françaises déclarent utiliser des méthodes considérées comme masculines (vasectomie, retrait, préservatif) contre 54% des femmes au Royaume-Uni. C'est en adoptant une méthode comparative qu'elle met en évidence la prégnance du modèle contraceptif français, focalisé sur la pilule. Roux (2020) s'accorde avec Ventola, et en adoptant également une approche comparative, tente d'identifier les composantes nationales de la structuration de l'offre contraceptive française.

Les réglementations et orientations des politiques de santé en matière de contraception s'avèrent ainsi jouer un rôle fondamental dans les recommandations et les demandes contraceptives. Concernant la contraception dite masculine, Ventola (2017), montre que les méthodes dites définitives telles que la stérilisation tubaire et la vasectomie ne sont que très peu utilisées en France contrairement à d'autres pays tels que les États-Unis, le Canada, le Royaume-Uni ou encore le Brésil, et que cette faible recommandation est peut-être liée à une réglementation qui n'apparaît en France qu'à partir de 2001.

La question du remboursement des méthodes semble également jouer un rôle décisif dans l'établissement des différents systèmes de contraception puisque ce dernier définit en partie la question de l'accès à la contraception. Les méthodes de long cours sont particulièrement utilisées aux États-Unis, car les assurances maladie ne prennent pas en charge les pilules contraceptives (Ventola, 2017). Rouzaud-Cornabas (2019) montre quant à elle que la question du remboursement des méthodes constitue un facteur déterminant dans la légitimation (ou délégitimation) sociale d'une méthode contraceptive. Elle montre que le remboursement de la



pilule en France dès 1974 s'est accompagné d'une utilisation croissante de cette méthode, et qu'à l'inverse, la décision de dérembourser les pilules de 3<sup>e</sup> génération à la suite de la crise de la pilule constituait un choix politique qui mettait en exergue l'enjeu social de l'utilisation spécifique d'une méthode.

Les politiques d'éducation sexuelle et de prévention des risques à destination des écoles, mais aussi au sein même des plannings familiaux constituent également un facteur important de la construction des représentations qu'aura ce public en matière de contraception. Par exemple, Amsellem-Mainguy (2011) met en évidence le rôle de la première consultation gynécologique dans le façonnement des normes sexuelles et contraceptives. Fonquerne (2020) fait également apparaître que les pratiques de soin dépendent des systèmes de soin. Ainsi, les sages-femmes et les professionnel·les de centre de santé semblent plus enclins à présenter de manière plus complète le panel des méthodes, et ont une approche qui pathologise moins le corps des femmes. Elles prennent aussi plus de temps lors des consultations que les médecins généralistes libéraux. Leur position en bas de la hiérarchie médicale les rendent peut-être plus à même de créer une relation avec leurs patientes, moins asymétrique en termes de pouvoir.

Finalement, la mise en évidence de l'importance du contexte institutionnel national dans le façonnement du paysage contraceptif nous invite à nous pencher sur le contexte plus précis qu'est le nôtre : le cas de la Belgique. J'essayerai de montrer, à travers une littérature récente, que le cas de la Belgique est à bien des égards, similaire au cas français.

## 3.1 Le cas de la Belgique

### 3.1.1 Une sociologie de la demande contraceptive

En Belgique, les enquêtes sur la sociologie de la demande sont plutôt à trouver dans une littérature « grise ». Il s'agit d'une perspective adoptant également des indicateurs démographiques, mais réalisée à l'initiative d'organismes tel que la mutualité socialiste, la fédération laïque des Centres de Planning familial (FLCPF) ou le mouvement féministe de gauche Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS). Les questions de contraceptions sont abordées sous le prisme de l'égalité homme/femme, et une part importante est accordée à la question de la sensibilisation, de l'éducation et de la facilité d'accès.

Deux grandes enquêtes ont été réalisées récemment sur la contraception en Belgique par l'Institut Solidaris (2010, 2017) en collaboration avec la FLCPF et des FPS. Il s'agit d'un institut d'études et de sondages de la Mutualité Solidaris, dont le rôle est « *de recueillir l'avis de la population sur des sujets de société, la santé et le bien-être afin de devenir un lieu de connaissance à finalité sociétale* ». Les deux enquêtes se focalisent sur des questions propres à la sociologie de la demande. Les questions abordées concernent les pratiques contraceptives effectives, mais aussi comment ces pratiques sont vécues par les usager.es, et quels sont les rapports de genre qui sont à l'œuvre en matière de contraception.

Les résultats de ces enquêtes révèlent des similitudes prégnantes avec la norme contraceptive à la française. En effet, 69% des femmes belges entre 14 et 55 ans utilisent un moyen de contraception. Parmi celles-ci, les  $\frac{3}{4}$  utilisent la pilule entre 14 et 20 ans, tandis que le stérilet dépasse celle-ci auprès des femmes de plus de 40 ans (41% d'entre elles). Ainsi, la pilule (54,5%), le stérilet (27,3%) et le préservatif masculin (6%) sont les trois premiers moyens de contraception en Belgique.

Entre 2010 et 2017, l'enquête note une diminution de l'usage de la pilule (-6 points) et montre que 48% des femmes belges ont changé de contraception. Cela indique que la « crise de la pilule » semble aussi avoir eu des répercussions sur les pratiques contraceptives en Belgique, ainsi que sur les représentations des usager.es. L'enquête révèle que la crainte des effets secondaires des méthodes contraceptives hormonales a augmenté de 24 points par rapport à 2010. Le caractère nocif pour la santé est de plus en plus signifié avec une augmentation de 16 points par rapport à 2010. En Belgique, les femmes seraient aujourd'hui 56% à être inquiètes

de la composition des contraceptifs hormonaux. Ce rejet de la contraception hormonale a aussi été noté par les professionnel·les de la santé reproductive. Ainsi, grâce à une revue de la littérature médicale, Manigart et al. (2016) indique que la pilule est en recul en Belgique depuis la publicisation des effets secondaires et que, à l'instar de la France, ce recul s'est fait au profit d'autres méthodes contraceptives.

Certain.es auteur.es ont également documenté les effets de « la crise de la pilule » de 2012. Pitisci (2015), avec une approche journalistique, s'est intéressée aux causes du recul de la pilule en Belgique, et a détaillé l'impact des médias sur les représentations des usager.es concernant cette dernière. La FLCPF a aussi organisé en 2019 un colloque sur le rejet de la contraception hormonale en Belgique. Remarquons qu'il y a cependant un manque à combler en sociologie concernant ce rejet de la contraception hormonale en Belgique.

L'enquête Solidaris révèle également une féminisation naturalisée de la contraception, et indique que seulement 53% des femmes en couple hétérosexuel déclarent établir leur choix contraceptif sur base d'une décision conjointe avec le partenaire masculin. Ainsi, 77% des femmes sont conseillées premièrement par leur gynécologue concernant le choix contraceptif, tandis que pour 37% des hommes, la première conseillère n'est autre que la partenaire sexuelle. Ce résultat indique, à l'instar de la France (Thomé, 2018), que la charge contraceptive repose essentiellement sur les femmes, et ce, même lorsqu'il s'agit d'une contraception dite masculine. Ainsi, en matière d'implication, seules 33% des femmes estiment que leur partenaire masculin se sent concerné par la contraception au sein du couple.

Concernant la contraception masculine, 40% des hommes interrogés se disent prêts à utiliser des méthodes contraceptives masculines telles que la pilule. L'enquête révèle une hiérarchisation sexuée de la santé, puisque la non-commercialisation de cette méthode en Belgique est retardée en raison des effets secondaires de cette dernière, alors même qu'ils sont similaires à ceux que subissent les femmes. La question de la naturalisation de la féminisation de la contraception se voit ainsi problématisée par la littérature belge, principalement au regard de la place des hommes au sein des questions contraceptives. Stevelinck (2019) souligne que les femmes sont encore aujourd'hui en charge de la contraception, techniquement, financièrement et mentalement et les hommes ne partagent que très peu cette responsabilité. La chercheuse utilise plusieurs approches sociologiques afin de révéler les freins à la mise en œuvre d'un partage de responsabilité : elle mobilise une sociologie de l'offre en interrogeant

les professionnel·les de la santé, et révèle que les représentations de ces derniers sont des obstacles symboliques et culturels à l'acceptation de la contraception masculine. Terrien (2019), avec une approche psychologique, s'accorde avec Stevelinck et montre que l'usage d'une pilule contraceptive masculine est encore freiné par les professionnel·les de la santé reproductive, à cause d'une conception essentiellement féminine de la fécondité. Les FPS focalisent également un certain nombre de leurs recherches sur la question de la contraception sous le prisme de l'égalité de genre. Malcourant (2017) insiste sur le fait que la contraception devrait concerner les deux partenaires au sein des couples hétérosexuels ; Roubin (2017) problématise la question de la contraception masculine et Nuncic (2018) s'intéresse à la vasectomie. Enfin, en 2020 l'Asbl O'Yes organisait un colloque pour aborder la contraception masculine (O'Yes, 2020).

C'est aussi la question des inégalités d'accès à la contraception et du traitement différencié selon le profil sociologique des usagères qui est commentée par la littérature belge. Médecin Du Monde Belgique (2019), la FLCPF (2014, 2015) et certaines recherches des FPS (Dufey, 2013) enregistrent un accès différencié à la santé sexuelle et reproductive en fonction du niveau de précarité des femmes sur Bruxelles. Médecins Du Monde (2019), en s'interrogeant sur l'accès à l'information concernant la santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes dans une situation de grande précarité, indique que ces femmes font face à une multitude d'obstacles. Leur enquête révèle une difficulté d'accès à un contrôle prénatal, une difficulté d'accès à l'IVG dans le délai légal belge, et un manque d'informations concernant la contraception et les risques liés aux relations sexuelles. L'enquête, se basant sur des données déjà existantes, révèle également un biais racial en montrant qu'aucune étude n'a été publiée sur l'utilisation de la contraception par les femmes migrantes en situation irrégulière en Belgique. Ainsi, l'injection ne figure pas dans les statistiques présentées par l'enquête de l'institut Solidaris (2017), seulement 1,1% des femmes belges l'auraient utilisé au cours de leur vie. Pourtant, selon Médecins Du Monde, les méthodes de contraception préférées par les femmes migrantes sont la pilule contraceptive (60%) et les injections progestatives (24,4%). Pour Médecins Du Monde la préférence pour l'injection progestative serait liée à l'utilisation de ce contraceptif dans les pays d'origine ainsi qu'à sa facilité d'administration, sa discrétion et son confort lié à l'aménorrhée. Ces conclusions concernant l'utilisation importante de l'injection progestative chez les femmes migrantes ne mettent pas en évidence le rôle des prescripteur·trices dans *la fabrication* des patientes tel que mis en évidence par la littérature sociologique française. En effet, comme dit précédemment, certaines auteures françaises (Bretin, 1992, 2004 ; Bretin et

Kotobi, 2016 ; Fonquerne, 2020 ; Paris, 2021) ont révélé que les contraceptions de long cours étaient la marque de représentations particulières de la sexualité des femmes racisées et précarisées de la part du corps médical.

Concernant les inégalités raciales d'accès à la contraception pour des femmes en situation régulière, Leire et al. (2015), en prenant le point de vue des usagères avec une approche psychologique, observent l'influence de métastéréotypes lors des consultations contraceptives pour des femmes originaires d'Afrique sub-saharienne et d'Afrique du Nord en Belgique. De même, Mboyo Lokofo (2019) enregistre un accès inégalitaire à la connaissance en matière de contraception chez les femmes immigrées d'origine africaine qui ont recours au service de planning familial. D'autres recherches portent sur l'accès à la contraception pour les jeunes et les femmes vulnérables (Cueppens, 2017) et le fait que ce manque de connaissance constitue un frein pour un choix libre et éclairé en matière de contraception (Roubin, 2017).

Concernant cette question de la sensibilisation, de l'éducation et de la facilité d'accès, on peut noter l'importance de la FLCPF en Belgique dont la mission principale est « *la reconnaissance des droits sexuels et reproductifs comme des droits humains fondamentaux* ». Son centre de documentation, le CEDIF, est le seul centre de documentation de la fédération Wallonie-Bruxelles spécialisé dans les questions liées à la santé sexuelle et reproductive. Il a une mission d'Education permanente et par conséquent, cherche à favoriser l'accès à « un libre choix responsable en matière de droits sexuels et reproductifs ».

### **3.1.2 Une sociologie de l'offre contraceptive**

Bien que certain.es auteur.es belges ont noté l'importance du rôle des prescripteur·trices dans le choix contraceptif des usager.es et dans l'instauration et la reproduction d'une norme contraceptive belge *via* les recommandations (Lalman, 2010 ; Dufey, 2013a, 2013b), une lacune demeure concernant la sociologie de l'offre contraceptive. Contrairement à la France, peu d'études prennent le point de vue des prescripteur·trices en matière de contraception. Ainsi, nous pouvons essayer de comprendre quelles sont les représentations qui régissent les recommandations contraceptives des prescripteur·trices, à la fois concernant leur vision de la contraception ainsi que concernant le profil sociologique de leurs patientes, mais nous ne pouvons le faire qu'en prenant le point de vue des usager.es. Par comparaison avec le cas français, nous pouvons dire que des recherches sociologiques sur les logiques sociales qui sous-

tendent les recommandations contraceptives restent à produire en Belgique. En particulier si l'on cherche à objectiver comprendre les clivages de genre, de race, de classe et d'âge qui traversent l'objet qu'est la contraception.

Une sociologie de l'offre contraceptive a tout de même dégagé le rôle des prescripteur·trices et de l'industrie pharmaceutique dans les recommandations contraceptives. Le FLCPF a organisé en 2013 un colloque sur le business qu'est la contraception. Feulien (2013) a ainsi mis en exergue l'impact du *counseling* dans le choix d'une méthode contraceptive. Elle affirme que les méthodes les plus utilisées ne sont peut-être pas les plus choisies puisque, comme dit précédemment, les femmes ne reçoivent pas toutes les informations utiles pour faire leur choix et ne choisissent pas toujours la méthode qui correspond le mieux à leur style de vie. La chercheuse rapporte les résultats de l'étude CHOICE - The Contraceptive Health Research Of Informed Choice Experience (2012) menée dans 11 pays européens, dont la Belgique. Cette étude avait pour ambition de mesurer l'impact des recommandations contraceptives des gynécologues. Ainsi, des femmes furent interrogées avant un entretien gynécologique à propos de leurs ambitions contraceptives. À la suite de l'entretien, 39% d'entre elles avaient changé d'avis. Feulien (2013) rapporte également les recherches de Henri Houben sur le marché contraceptif belge. À propos, l'économiste montre que le marché belge de la contraception, qui concerne plus de 100 marques, est détenu par seulement quatre firmes pharmaceutiques, dont la moitié est détenue par Bayer. Le chercheur indique que cette situation de monopole permet d'augmenter sans cesse le prix des contraceptifs, et que leur coût aurait ainsi triplé depuis le début des années 70. L'industrie pharmaceutique en tire ainsi profit aux dépens des usager.es, et de l'État qui, *via* la sécurité sociale, ne donne pas accès à une contraception gratuite et donc libre.

### **3.1.3 Une sociologie des institutions**

Concernant une approche sociologique des institutions au sujet de la contraception, Peireira et Stoffel (2008) ont tenté de dégager le cadre normatif et d'identifier les acteurs institutionnels des droits sexuels et reproductifs en Belgique, ainsi que la situation de terrain *via* une analyse des missions des centres de plannings familiaux. Les deux auteures reviennent sur l'histoire de la contraception en Belgique, les acquis et progrès techniques de cette dernière, mais aussi les freins politiques tels que le non-remboursement de certains contraceptifs. Elles mettent également en évidence le rôle de l'État dans la régulation des prix des contraceptifs, et son

importance afin d'éviter que l'industrie pharmaceutique ne puisse en tirer profit aux dépens des usager.es. Par exemple, l'Arrêté royal du 16 septembre 2013 permet le remboursement de certaines pilules pour les jeunes filles de moins de 21 ans, et cela a pour conséquence de diminuer la barrière financière à l'utilisation de la contraception. La modification de cet arrêté en 2018 concernant le remboursement de la pilule du lendemain ne fait qu'atténuer cette barrière financière. Les chercheuses mettent tout du moins en avant que les institutions ne permettent pas l'accès à la contraception à toutes les femmes : certains moyens contraceptifs ne sont pas remboursés intégralement par la sécurité sociale, et comme dit précédemment, l'information concernant la contraception n'arrive pas aux oreilles de toutes, selon le profil socio-économique des femmes. Les chercheuses mettent en avant le fait qu'assurer collectivement la gratuité des moyens de contraception serait un moyen de reconnaître qu'il ne s'agit pas exclusivement d'une affaire de femmes.

## 4 CONCLUSIONS

Dans cette revue de la littérature, j'ai tenté de mettre en exergue les différents angles sociologiques à partir desquels l'objet « contraception » est abordé, ainsi que les apports de chacune de ces approches: une sociologie de la demande, une sociologie de l'offre, et enfin, une sociologie des institutions. Cette revue s'est centrée plus particulièrement sur les études parues à partir des années 80, soit une décennie après la période de légalisation de la pilule dans les pays du nord global, et ce afin de saisir quelles en étaient les modifications normatives.

La première approche, se focalisant sur la demande contraceptive, a permis de comprendre quelles étaient les pratiques contraceptives effectives des usagèr.es, leurs représentations concernant ces dernières ainsi que les logiques sociales qui sous-tendent leur discours. Ainsi, cette première approche a permis de dessiner le paysage contraceptif à échelle nationale et supranationale, et ces évolutions, marquées à la fois par des changements économiques et idéologiques. Cette approche rend compte d'une « féminisation de la contraception », conséquence de la médicalisation de cette dernière. Ce travail contraceptif est naturalisé et par conséquent invisibilisé. Ainsi, la contraception crée une bicatégorisation genrée : la fécondité est naturalisée comme une préoccupation féminine tandis que la sexualité est considérée comme un domaine masculin, naturalisant la figure de « l'homme irresponsable » focalisé sur sa sexualité, et le dédouanant par conséquent de tout travail contraceptif. Grâce à cette approche, nous avons également pu déceler qu'une norme contraceptive résiste : *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). La mise en relief de cette norme est l'aboutissement d'une réflexion à propos du contrôle social et médical auquel les femmes sont sujettes en matière de reproduction et de sexualité. Cela permet de mettre en évidence qu'une certaine domination masculine persiste et se manifeste par une domestication du corps des femmes via la contraception. Ces constats produisent un glissement dans lequel l'adage « contraception et libération sexuelle » semble de plus en plus questionné. Ainsi, dégager cette norme nous invite à nous demander comment celle-ci est *in fine* créée et promue.

Ce constat a amené les sciences sociales à se focaliser sur un autre acteur avec qui les usagèr.es sont obligé.es d'entreprendre des négociations : les prescripteur·trices de



contraceptifs. Ainsi, cette approche a permis de faire remarquer que, malgré les recommandations officielles qui préconisent aux prescripteur·trices d'informer sur l'ensemble des méthodes contraceptives, les recommandations contraceptives sont influencées par les représentations des médecins en ce qui concerne le sexe, l'âge, la race, et la classe sociale de leurs patient.es. En conséquence, cette approche sociologique donne à voir la catégorisation des patientes par le corps médical *via* la contraception comme un outil discriminatoire de contrôle social des femmes, reposant sur les représentations des médecins plutôt que sur les demandes particulières des usagères. Le choix contraceptif offert paraît alors plus qualitatif en fonction de la hiérarchie sociale. En plus du rôle des prescripteur·trices, la sociologie de l'offre a aussi permis de dégager le rôle de l'industrie pharmaceutique dans l'orientation des recommandations contraceptives, en mettant en relief l'influence des stratégies de marketing scientifique sur les prescriptions des médecins. Ainsi, on retrouve un lien étroit entre ce qui est produit par l'industrie, ce qui est promu par celle-ci, ce qui est effectivement prescrit par les professionnel·les et ce qui est consommé par les usager.es. Ces différentes facettes vont dans le sens de la création d'un marché qui impose à l'État une certaine politique dans le fait de favoriser la diffusion de certains contraceptifs plutôt que d'autres.

En conclusion - et puisque les demandes contraceptives sont prises dans des enjeux idéologiques et économiques et sont façonnées en grande partie par le corps médical, l'industrie pharmaceutique et l'État - on peut se demander quelle est la place des femmes, en tant que sujet, dans ces prises de décisions ? Peut-on acquérir une liberté contraceptive sans contrainte ? Comment trouver des alternatives face au discours dominant ? Peut-on masculiniser la contraception sans porter atteinte aux droits des femmes en matière de choix contraceptifs, sexuels et reproductifs ?

## BIBLIOGRAPHIE

- Amouroux, M., Mieusset, R., Desbriere, R., Opinel, P., Karsenty, G., Paci, M., Perrin, J. (2018). *Are men ready to use thermal male contraception? Acceptability in two French populations: New fathers and new providers*. PloS one, vol.13, n°5, e0195824.
- Andro, A., du Loû, A. D. (2009). *La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive: enjeux et difficultés*. Autrepart, vol. 52, n°4, p. 3-12.
- Bajos, N., Ferrand, M. (2002). *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
- Bajos, N., Leridon, H., Goulard, H., Oustry, P., Job-Spira, N. (2003). *Contraception: from accessibility to efficiency*. Human Reproduction, vol.18, n°5, p.994-999.
- Bajos, N., Ferrand, M. (2004). *La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine*. Sciences sociales et santé, vol.22, n°3, p.117-142.
- Bajos, N., Bohet, A., Le Guen, M., Moreau, C. (2012). *La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?*. Population et Sociétés, n° 381, p.1-4.
- Bajos, N., Rouzaud-Cornabas, M., Panjo, H., Bohet, A., Moreau, C. (2014). *La crise de la pilule en France: vers un nouveau modèle contraceptif?*. Population et Sociétés, n°5, p. 1-4.
- Beltzer, N., Bajos, N. (2008). *De la contraception à la prévention: les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles*. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé. Paris, La Découverte.
- Blanc, L. (2015). *Acceptabilité de la pilule contraceptive masculine: enquête auprès de 3368 hommes français*. Med Hum Pathol.
- Bretin, H. (1992). *Contraception: quel choix pour quelle vie?: récits de femmes, paroles de médecins*. La documentation française: INSERM.
- Bretin, H. (2004). *Marginalité contraceptive et figures du féminin: une expérience de la contraception injectable hormonale en France*. Sciences sociales et santé, vol. 22, n°3, p. 87-110.
- Bretin, H., Kotobi, L. (2016). *Inégalités contraceptives au pays de la pilule*. Agone, n°1, p.123-134.
- Cueppens, C. (2017). *Contraception : quel accès pour les jeunes et les femmes vulnérables ?*. Consultable au CEDIF.
- Desjeux, C. (2009). *Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine*. Autrepart, n°4, p. 49-63.
- Dufey, L. (2013a). *Femmes et contraception : quel véritable choix ?*. Analyse des Femmes Prévoyantes Socialistes, Bruxelles.

- Dufey, L. (2013b). *Boudé, le stérilet ?*. Analyse des Femmes Prévoyantes Socialistes, Bruxelles.
- Feulien, C. (2013). *La contraception, business utile et rentable*, Education santé, n°286.
- Fédération Laïque des Centres de Planning Familiaux (FLCPF). (2005). *L'accès à la contraception*, Education santé, n° 207, décembre 2005.
- Fédération Laïque des Centres de Plannings Familiaux (FLCPFF). (2014). *Précarité et santé sexuelle : quels défis ?*. Bruxelles, pp. 46.
- Fonquerne, L. (2020). *À qui faire avaler la pilule?*. Emulations-Revue de sciences sociales, n°35-36, p.65-79.
- Gaudillière, J. P. (2015). *The development of scientific marketing in the twentieth century: Research for sales in the pharmaceutical industry*. Routledge.
- Gelly, M. (2006). *Avortement et contraception dans les études médicales: une formation inadaptée*. Editions L'Harmattan.
- Héritier, F. (2002). *Masculin Féminin II: dissoudre la hiérarchie*. Odile Jacob.
- Higgins, J. A., Hirsch, J. S. (2007). *The pleasure deficit: revisiting the "sexuality connection" in reproductive health*. Perspectives on sexual and reproductive health, vol. 39, n°4, p. 240-247.
- Jacek, T., Tomasz, P., Romuald, D., Jan, K. (2012). *CHOICE (Contraceptive Health Research Of Informed Choice Experience)*. Ginekol Pol, vol.83, p. 417-423.
- Kalampalikis, N., Buschini, F. (2007). *La contraception masculine médicalisée: enjeux psychosociaux et craintes imaginaires*. Nouvelle revue de psychosociologie, n°2, p. 89-104.
- Koczé, A. (2011). *La stérilisation forcée des femmes roms dans l'Europe d'aujourd'hui*. Cahiers du genre, n°1, p. 133-152.
- Koechlin, A. (2019). *L'auto-gynécologie: écoféminisme et intersectionnalité*. Travail, genre et sociétés, n°2, p.109-126.
- Lalman, L. (2010). *Contraceptions : quels choix pour les femmes aujourd'hui ?*. Centre d'Education à la Famille et à l'Amour (CEFA Asbl), Louvain-la-Neuve.
- Le Guen, M., Roux, A., Rouzard-Cornabas, M., Fonquerne, L., Thomé, C., Ventola, C. (2017). *Cinquante ans de contraception légale en France: diffusion, médicalisation, féminisation*. Population et Sociétés, n°10, p.1-4.
- Le Guen, M. (2021). *Évolution des usages contraceptifs-Une pratique millénaire et deux révolutions*. médecine/sciences, vol.37, n°6-7, p. 641-646.
- Le Guen, M., Schantz, C., Régnier-Loilier, A., de La Rochebrochard, E. (2021). *Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review*. Social science & medicine, vol. 284, 114247.

- Leire, N. (2015). *Expériences de femmes originaires d'Afrique Sub-saharienne et d'Afrique du Nord lors du counseling contraceptif en Belgique : présence et influence de métastéréotypes*. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université catholique de Louvain. Prom. : De Mol, Jan ; Wallach, Isabelle.
- Leridon, H. (1987). *La seconde révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985*. Ined, pp.380.
- Leridon H, Oustry P, Bajos N, l'équipe Cocon. (2002). *La médicalisation croissante de la contraception en France*. Population et Sociétés, n° 381, p.1-4.
- Malcourant, E. (2017). *La contraception : l'affaire des deux partenaires*, Analyse des Femmes Prévoyantes Socialistes, Bruxelles.
- Manigart, Y., Beliard, A., Rozenberg, S., Gilles, C. (2016). *État de la contraception en 2016*. Revue médicale de Bruxelles, vol. 37, p. 353-360.
- Médecins du monde. (2019). *Santé sexuelle et reproductive des femmes en situation de précarité à Bruxelles : Évaluation des activités de Médecins du Monde en matière de santé sexuelle et reproductive de mars 2018 à mars 2019*, pp.72.
- Oudshoorn, N., Akrich, M., Le Doaré, H. (1999). *Contraception masculine et querelles de genre*. Les Cahiers du Genre, vol. 25, n°1, p.139-166.
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*. Troisième édition 2017, vol. 3, n°3. En ligne [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/SPR-3/fr/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/fr/)
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Planification familiale/Contraception*. Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Organisation Mondiale de la Santé (2019). *Contraception*. Repéré à <https://www.who.int/topics/contraception/fr/>
- Paris, M. (2021). *Trajectoires contemporaines de l'eugénisme dans une périphérie post coloniale française : le contrôle des naissances à La Réunion (années 1960-1970)*. (CESSP-CNRS).
- Pascaline, N. (2018). *Contraception masculine, à la découverte de la vasectomie*. Analyse des Femmes Prévoyantes Socialistes, Bruxelles.
- Pereira, S., Stoffel, S. (2008). *Quelle éducation sexuelle et affective des adolescent-e-s à l'aube de ce troisième millénaire ?* Cahiers de l'UF.
- Pitisci, J. (2015). *Pilule contraceptive : la désillusion ? Etude du recul de la pilule contraceptive et de ses causes multiples*. DVD. Faculté de Lettres, traduction et communication – journalisme, Université Libre de Bruxelles. Prom. : Piette, Valérie. (mémoire)
- Roubin, S. (2017). *La pilule contraception masculine pour bientôt?*. Analyse des Femmes Prévoyantes Socialistes, Bruxelles.

- Roux, A., Ventola, C., Bajos, N. (2017). *Des experts aux logiques profanes: les prescripteurs de contraception en France*. Sciences sociales et santé, vol. 35, n°3, p. 41-70.
- Roux, A. (2020). « *Par amour des femmes*»? *La pilule contraceptive en France, genèse d'une évidence sociale et médicale (1960-2000)*. (Doctoral dissertation, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS)).
- Roux, A. (2021). *Sociologie de la contraception en France*. médecine/sciences, vol. 37, n°6-7, p. 647-653.
- Rouzaud-Cornabas, M. (2019). *"Alerte à la pilule". Politiques contraceptives et régulation du risque au prisme du genre* (Doctoral dissertation, Université Paris-Saclay (ComUE)).
- Ruault, L. (2015). *La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine*. Nouvelles questions féministes, vol.34, n°1, p. 35-50.
- Solidaris - Union Nationale des Mutualités Socialistes. (2017). *Grande Enquête - Contraception*. En ligne <http://www.institut-solidaris.be/index.php/enquete-contraception/>
- Spencer, B. (1999). *La femme sans sexualité et l'homme irresponsable*. Actes de la recherche en sciences sociales, vol.128, n°1, p. 29-33.
- Stevelinck, L. (2018). *Contraception : où sont les hommes ? Essai sur une responsabilité partagée L'exemple de Thomas Bouloù*. Faculté de philosophie, arts et lettres, Université catholique de Louvain. Prom. : Piette, Valérie. (mémoire)
- Terrien, S. (2019). *Contraception masculine : une pilule difficile à avaler*, LE CERCLE PSY, n°34.
- Thomé, C. (2016). *D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes*. Sociétés contemporaines, n°4, p. 67-94.
- Thomé, C., Rouzaud-Cornabas, M. (2017). *Comment ne pas faire d'enfants ? La contraception, un travail féminin invisibilisé*. Recherches sociologiques et anthropologiques, vol.48, n°2, p. 117-137.
- Thomé, C. (2019). *La sexualité aux temps de la contraception : genre, désir et plaisir dans les rapports hétérosexuels (France, années 1960-années 2010)* (Doctoral dissertation, Paris, EHESS).
- Toulemon, L., Leridon, H. (1991). *Vingt années de contraception en France : 1968-1988*. Population, n°4, p. 777-811.
- Ventola, C. (2014). *Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées*. Genre, sexualité & société, n°12.
- Ventola, C. (2016). *Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre*. Cahiers du genre, n°1, p. 101-122.
- Vergès, F. (2017). *Le Ventre des femmes : Capitalisme racialisation féminisme*. Albin Michel.